

Historia Clínica Materna Perinatal “Formulario 051”

Instructivo

2016

Ficha catalográfica:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Historia Clínica Materna Perinatal “Formulario 051”, Instructivo. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad, 2016, pág. 95.

Edición general: Dirección Nacional de Normatización

Ministerio de Salud Pública

Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud. Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.

Edificio OBRUM, piso 10, Teléfono: 593-2-381-4400

Página Web: www.msp.gob.ec

Documento Adaptado: Historia Clínica Materna Perinatal y Formularios

Complementarios

Publicación Científica CLAP/SMR 1572, 2010.

Cómo citar este documento:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Historia Clínica Materna Perinatal “Formulario 051”. Instructivo. Dirección Nacional de Normatización y Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, Abril, 2016, Quito, Ecuador.

Diseño e impresión:

Impreso en Quito - Ecuador

Autoridades

Dra. Margarita Guevara, Ministra de Salud Pública
Dra. Verónica Espinosa, Viceministra de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Dr. Laureano Restrepo, Viceministro de Atención Integral en Salud
Dra. Jakeline Calle, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud
Ing. J. Carlos Almeida, Subsecretario Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud (E)
Dr. Paúl Proaño, Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Mgs. Consuelo Santamaría, Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dra. Jenniffer Florencia, Directora Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
Dra. Martha Gordón, Directora Nacional de Normatización.

Edición general

Dirección Nacional de Normatización

Equipo de Redacción Montevideo- Uruguay

Fescina RH, Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR
De Mucio B, Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR
Martínez G, Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR
Díaz Rossello JL, Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR
Mainero L, Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR
Rubino M, Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR

Equipo de revisión- adaptación Ecuador

Dra. Linda Arturo, pediatra, Hospital Gineco Obstétrico Maternidad Isidro Ayora.
Dra. Jenny Benalcazar, ginecóloga, Hospital Gineco Obstétrico Maternidad Isidro Ayora.
Obst. Carolina Puetate, analista, Mejoramiento Continuo de la Calidad, DNCSS/MSP

Equipo de validación interna

Ing. Lorena Carranza, Coordinadora de Mejoramiento Continuo de la Calidad, MSP.
Dra. Esther Castillo, analista, Gerencia Institucional de Reducción de Muerte Materna, MSP.
Lic. Margarita Cañar, analista, Gerencia Institucional de Reducción de Muerte Materna, MSP.
Md. David Armas, analista, Dirección Nacional de Normatización, MSP.
Lic. Sofía Pozo, analista, Subsecretaría Nacional de Provisión de los Servicios de Salud, MSP.
Dr. Roberto Ponce, médico, Quito.
Dra. Melisa Cadena, médico, Quito.
Dra. Zoila Salazar, analista, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud,

MSP.

Obsta. Jhon Arias, analista, Dirección Nacional de Salud Intercultural, MSP.

Lic. Ruvi Paola Guzmán Naranjo, analista, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, MSP.

Dra. Betzabé Tello, médica, Quito.

Equipo de validación externa

Dr. Francisco Delgado, ginecólogo, Hospital Pablo Arturo Suárez.

Dr. Carlos A. Molina, ginecólogo, Hospital General de Macas.

Dr. Benito Bayas, ginecólogo, Hospital Docente de Riobamba.

Dr. David López, ginecólogo, Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Dr. Iván Cevallos, ginecólogo, Hospital Enrique Garcés.

Dr. Rodrigo Rosillo, ginecólogo, Hospital Ángela Loayza de Ollague.

Dra. Sasky Falcones, ginecóloga, Hospital Especializado Marina de Jesús

Dra. Verónica Hidalgo, ginecóloga, Hospital Tena.

Dr. José Alcivar, ginecólogo, Hospital General de Chone

Dra. Silvia Duchicela, neonatóloga, Hospital General de Macas.

Dr. Freddy Alcivar, neonatólogo, Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Dr. Enrique Mulet, neonatólogo.

Dr. Pedro Galiano, neonatólogo, Hospital Teófilo Dávila.

Dr. Fabián Valencia, neonatólogo, Hospital Provincial de Ambato.

Dra. Cecilia Cevallos, neonatóloga, Hospital Ángela Loaiza

Dr. Jorge Cruz, pediatra, Hospital Liborio Panchana

Dr. Miguel Hinojosa, pediatra, Hospital Enrique Garcés

Dra. Ana Belén Tamayo, pediatra, Hospital Luis G Dávila.

Dra. Iris Orozco, pediatra, Hospital Miguel H Alcivar.

Dra. Jenny Panchi, pediatra, Hospital San Vicente de Paúl.

Dr. J. Carlos Herrería, pediatra, Hospital Especializado Marina de Jesús.

Dr. Federico Tixi, médico tratante, Hospital Docente de Riobamba.

Dra. Dayana Imbaquingo, médico residente, Hospital San Vicente de Paúl.

Dr. Ángel Barre, médico residente, Hospital Delfina Torre de la Concha.

Dra. Mónica Paladines, Líder de Calidad, Coordinación Zonal 9.

Dra. R. Isabel Monge, Coordinadora, Gineco Obstetricia, Hospital Dr. G Dávila.

Lic. R. Elena Lara, Líder de Calidad, Coordinación Zonal 3.

Dr. Víctor Vélez Acosta, Líder de Calidad, Coordinación Zonal 4

Dr. Fabián Chango, Líder de Calidad, Coordinación Zonal 2.

Dra. Gabriela Carranza, Hospital Delfina Torres de Concha..

Dr. Jorge Merchán, Jefe de Ginecología, Hospital Liborio Panchana.

Lic. Mercy Aguayo, Zona 4

Dra. Elsa Díaz, Coordinadora de Calidad, Hospital Especializado Marina de Jesús.

Dra. Ximena Raza, magister en salud pública, Coordinadora de la DNN-MSP

Dra. Mirian Viteri, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

Dr. Jaime Sandoval, Policía Nacional – Dirección de Salud

Dra. Marianela Robalino, Hospital Carlos Andrade Marín

Dr. Freddy Vallejo, Policía Nacional – Dirección de Salud

Lic. Anabel Ponce, analista, Gerencia Institucional de Reducción de Muerte Materna, MSP.

Contenido

1. Presentación

2. Introducción

3. Antecedentes

4. Objetivos

Objetivo general

Objetivos específicos

5. Alcance

6. Definiciones

7. Desarrollo

Sección: Antecedentes familiares, personales y obstétricos

Sección: Gestación actual

Sección: Parto / Aborto

Sección: Morbilidad

Sección: Postparto

Sección: Morbilidad Materna Grave (NEAR MISS)

Sección: Recién nacido

Sección: Egreso del recién nacido

Sección: Egreso materno

Sección: Anticoncepción

Sección: Detalles en Partograma

8. Abreviaturas

9. Referencias Bibliográficas

10. Anexos

1. Presentación

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador como ente rector del Sistema Nacional de Salud ha considerado pertinente la adaptación de la Historia Clínica Perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP)/ Salud de la Mujer y Reproductiva (SMR), para desarrollar la Historia Clínica Materna Perinatal (HCMP) “Formulario 051”; lo que permite mantener actualizado su contenido con la mejor evidencia científica disponible, así como también incluir las prioridades nacionales, definidas por el MSP.

Uno de los objetivos del Desarrollo del Milenio, es mejorar las condiciones de vida de las madres y sus recién nacidos, es por eso que una de las estrategias más costo efectivas para alcanzar estos logros, es capacitar al equipo de salud en la atención continua de los cuidados de la madre y del recién nacido.

El presente documento plantea un plan estratégico a nivel nacional, para su adaptación e implementación, que responden a líneas estratégicas, orientadas a disminuir la mortalidad materna, perinatal y neonatal y a mejorar la salud de las mujeres y los/as recién nacidos/as.

En este sentido, el Ministerio de Salud Pública, como Autoridad Sanitaria Nacional, despliega todos sus esfuerzos de carácter administrativo, técnico, organizacional con la finalidad de viabilizar la institucionalización de la garantía de la calidad en cada uno de los establecimientos y niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, para lo cual pone a disposición de todos/as los servidores, trabajadores y profesionales de la salud, el presente instructivo, diseñado con el fin de 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.

Dra. Margarita Guevara

Ministra de Salud Pública

2. Introducción

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, plantean 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 para que el profesional que atiende al paciente, en el lugar y momento de la atención, disponga de una Historia Clínica apropiada y un flujo de la información que garantice los datos necesarios para el correcto manejo.

La riqueza de datos contenidos en la Historia Clínica Materna Perinatal (Formulario 051), permite construir 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/o realizar investigaciones operacionales y epidemiológicas.

En este instructivo se describe en detalle la forma de llenado y la definición e interpretación de cada una de las variables que presenta la Historia Clínica Materna Perinatal (Formulario 051).

3. Antecedentes

A nivel de país, las bases de datos producidas por los establecimientos de salud son agregadas y analizadas para construir estándares e indicadores de mejora de la calidad de la atención, relacionados con las variables de la Historia Clínica Materna Perinatal (Formulario 051) a nivel de establecimientos de salud. El equipo de mejoramiento continuo de la calidad del Ministerio de Salud Pública, mediante la auto medición y autoevaluación, analiza la información, reconoce las brechas y desarrolla acciones para mejorar la calidad de atención en forma continua y con el reporte e informe correspondiente.

La Historia Clínica Materna Perinatal (Formulario No. 051) se convierte en un instrumento para la vigilancia epidemiológica de eventos maternos neonatales, para la evaluación de programas nacionales y regionales, así como para desarrollar acciones que lleven a la mejora continua de la calidad y den sostenibilidad a los programas de cuidado materno neonatal.

La Historia Clínica Materna Perinatal (Formulario No. 051) es para uso de los profesionales de la salud que atienden a madres embarazadas, parturientas, puérperas y recién nacidos, en los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención de la Red Pública Integral de salud y Complementaria. .

Su utilidad radica en que los datos clínicos maternos y neonatales desde la gestación, hasta el puerperio y nacimiento 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, seguimiento y alerta son registrados en color amarillo.

4. Objetivos

Objetivo general

Orientar al profesional de la salud que realiza atención materna y neonatal, en el llenado de Historia Clínica Materna Perinatal (Formulario No. 051) con el fin de registrar datos completos de la atención de la madre y del recién nacido, siendo un instrumento de interés social, legal y de toma de decisiones, para la embarazada, su hijo/a, el equipo de salud y la institución responsable de la atención.

Objetivos específicos

1. Describir en detalle la forma de llenado y la definición e interpretación de cada una de las variables que presenta la Historia Clínica Materna Perinatal.
2. Facilitar al personal de salud el registro de datos con el fin de generar información útil para la toma de decisiones oportunas, correctas y acorde al Modelo de Atención Integral de Salud y de interés legal para la embarazada, su hijo/a, el equipo de salud y la institución responsable de la atención.
3. Proporcionar un instrumento para la capacitación del equipo de salud.

5. Alcance

Este instructivo es de uso y cumplimiento obligatorio en todos los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Complementaria.

6. Definiciones

Autoidentificación étnica: acto individual de reconocimiento explícito y contextualizado de la pertenencia a un grupo étnico, sobre la base de los marcadores étnicos compartidos por el grupo de referencia; y que siempre implican un ejercicio de contrastación con otro. Es evidente que los marcadores étnicos además estarán fuertemente influenciados por el contexto de discriminación y /o revitalización étnica.

Apego inmediato: es el inicio de la integración madre-hijo, piel con piel desde los primeros minutos de vida. Favorece el inicio exitoso de la lactancia materna y el vínculo emocional madre-hijo. Es un derecho universal y recomendado por la OMS.

Cédula de Identidad: Es el documento público que tiene por objeto identificar a las personas ecuatorianas y las extranjeras que se encuentren en el Ecuador de conformidad a la ley de la materia.

Consejería en lactancia materna: es la entrega sistematizada y oportuna a la madre embarazada y su familia 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.

Curva de dilatación: es la línea que muestra la evolución de la dilatación del cuello uterino para una embarazada determinada.

Curva de alerta: es la línea que se construye al inicio del trabajo de parto activo, según tiempos definidos por las condiciones maternas específicas y que al ser cruzada por la curva de dilatación obliga la reevaluación integral del binomio madre – hijo para la medición de nuevas decisiones que permitan un desarrollo adecuado del parto. La curva de alerta representa el percentil 90 (p90) de la dilatación de una población de referencia, es decir que el 90% de las madres han tenido su parto antes del tiempo estipulado por dicha curva o en contraposición, solo el 10% de las madres se demorarán más del tiempo estipulado por la línea de alerta para el nacimiento y por lo tanto en este grupo estarán las madres que tendrán una mayor probabilidad de presentar distocias.

Embarazo planificado: momento en el cual una pareja quieren ser padres o una mujer quiere ser madre. Para ello, la pareja tomará una serie de medidas que aseguren que la posibilidad de quedar embarazada se reduce al mínimo durante el periodo deseado.

Educación prenatal: corresponde a dar consejería a la madre embarazada y su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio. Informar sobre técnicas de relajación y respiración, aumentar la percepción de autocontrol, entre otros.

Historia Clínica Materna Perinatal: es un instrumento diseñado para ayudar a la toma de decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la madre (durante el control prenatal, parto y puerperio) y del neonato (desde el nacimiento hasta el momento del alta).

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).

Inmunoglobulina anti – Rh (D): la inmunoglobulina anti-Rh (D) es un anticuerpo pasivo que solo evita la inmunización, hecho que obliga a administrar una nueva dosis cada vez que se produce una nueva exposición. Es utilizada para la prevención de la Enfermedad Hemolítica del Recién Nacido de madres Rh negativas y la profilaxis de la inmunización (Rho) en personas Rh negativas después de una transfusión incompatible de sangre total, concentrado de eritrocitos o plaquetas Rh positivo.

Mestiza: Resultado biológico de la combinación de grupos fenotípicos diferentes, proveniente de Europa, África y los pueblos indígenas originarios de América.

Muertos 1ra semana: se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos) y se marcará con una (X) el círculo correspondiente.

Muertos después 1ra semana: se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más). No hay límite superior e incluye las muertes ocurridas hasta el mismo día de la consulta, lo que se marcará con una (X) el círculo correspondiente.

Muerto anteparto: se define como la muerte fetal que ocurre en la segunda mitad del embarazo, sin labor de parto presente, por causas ambientales, maternas o fetales.

Muerto parto: muerte del feto 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 del feto.

Nacimiento: culminación del embarazo, el periodo de salida del bebé del útero materno.

Partograma: es el formato para el registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto.

Peso EG (peso para edad gestacional): se refiere al peso del recién nacido en relación a su edad gestacional, se usa un patrón de referencia de la distribución de peso en las diferentes edades gestacionales.

Peso inicial: se refiere al peso en kilogramos de la madre en el primer control prenatal. 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 madre embarazada pesaba antes del embarazo 60 Kg y tiene una talla de 1.60 m, el cálculo será: $60 / 1.60^2 = 23.44$ IMC.

Lactancia materna exclusiva: se refiere a si el recién nacido solo ha recibido leche materna y ningún otro líquido o leche artificial.

Lactancia no exclusiva: se refiere a si el recién nacido recibió leche materna y además líquidos o leche artificial (sucedáneo).

Línea de base: es la línea a partir de la cual se inicia la construcción de las curvas de alerta.

Recién Nacido: niño/a que nace vivo/a, producto de una gestación de 22 semanas o más; desde que es separado/a del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina.

Trabajo de parto activo: presencia de contracciones uterinas efectivas que produzcan borramiento, dilatación del cuello uterino.

Último embarazo: indagar sobre el peso del recién nacido en el último embarazo. Marcar si pesó menos de 2500 gramos, fue mayor o igual a 4000 gramos, o n/a (no aplica) si no hubo nacimientos previos.

Vigilancia materna y fetal: cuidado continuo provisto durante el trabajo de parto para la identificación oportuna de la aparición de riesgos o complicaciones.

Viven: se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la consulta.

7. Desarrollo

La Historia Clínica Materna Perinatal- HCMP “Formulario 051”, es una herramienta útil para la vigilancia de eventos maternos y neonatales, en todos los niveles de atención, por lo cual es esencial que los datos registrados sean veraces, completos, válidos, confiables, estandarizados y legibles.

Las secciones de la HCMP cuentan con diferentes formas para la recolección de datos	
En algunas secciones hay espacios libres que admiten la escritura de letras y números, como se ve en el ejemplo.	<div>Dirección Domicilio:</div> <div>Av. 5 de Junio y Gral. Miller</div>
Otros secciones son de forma rectangular y solo admite números.	Edad (años) <div><div>2</div><div>0</div></div>
Cuando los datos registrados son marcados en el círculo amarillo, se considerará los mismos como un signo de alerta	<div><input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/></div>
La forma correcta de marcar los círculos es con una x de la siguiente manera:	<div><input checked="" type="radio"/></div>
Evitar otro tipo de llenado, por ejemplo:	<div><input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></div>

En el llenado de la Historia Clínica Materna Perinatal “Formulario 051”, no se aceptan tachones, enmendaduras, utilización de corrector, ya que es un documento médico legal y se debe garantizar la calidad.

Secciones de la Historia Clínica Materna Perinatal “Formulario 051”

La Historia Clínica Materna Perinatal- HCMP “Formulario 051”, consta de diferentes secciones, cada una de ellas se encuentran estructuradas de acuerdo a la relación entre variables.

Sección 1: Datos Generales

Objetivo: identificar a la madre embarazada desde un punto de vista civil

- Nombre, apellido, identificación de la embarazada.
- Nacionalidad que pueden orientar al origen étnico, además de las costumbres y hábitos culturales.
- Edad, orienta hacia las distintas posibilidades patológicas dependiente de este factor.
- Residencia, orienta a los problemas de accesibilidad a los servicios de salud, así como las condiciones propias de la región.
- Ocupación, orienta sobre las condiciones vinculadas con el trabajo.

DATOS GENERALES	
NOMBRES:	APELLIDOS:
Residencia habitual de la madre: (División Política Administrativa)	
Provincia: _____	
Cantón: _____	
Parroquia: _____	
Dirección Domicilio: _____	

1.1 Nombres – Apellidos

Llenar el espacio con los nombres y apellidos (paterno y materno) de la madre embarazada.

1.2 Residencia habitual de la madre

Provincia-Cantón-Parroquia- Dirección Domicilio

Se refiere a la residencia habitual de la madre embarazada.

Anotar el nombre de la provincia, cantón, parroquia, dirección, domicilio. Registrar la dirección completa (calle principal, número de casa y calle transversal).

Si no se puede identificar el domicilio con estos datos, anotar otra referencia que facilite su ubicación. (Ej. Junto a la iglesia).

1.3 Cédula de Identidad/ historia clínica

Anotar en el recuadro correspondiente el número de la historia clínica ó la Cédula de Identidad de la madre embarazada. En caso de no contar con el documento de identificación, anotar el código temporal según el Acuerdo Ministerial No. 00004934.

1.4 Teléfono (TELEF), anotar el número de teléfono del domicilio habitual de la madre embarazada. Si no lo tiene, se anotará un número de teléfono alternativo (familiar) o un número celular que permita la comunicación del establecimiento de salud con la familia.

1.5 Nacionalidad

De acuerdo al Art. 6 de la Constitución del Ecuador, todas las ecuatorianas y los ecuatorianos son ciudadanos y gozarán de los derechos establecidos en la Constitución. La nacionalidad ecuatoriana es el vínculo jurídico político de las personas con el Estado, sin perjuicio de su pertenencia a alguna de las nacionalidades indígenas que coexisten en el Ecuador plurinacional.

La nacionalidad ecuatoriana se obtendrá por nacimiento o por naturalización y no se perderá por el matrimonio o su disolución, ni por la adquisición de otra nacionalidad.¹

Seleccionar una de las dos opciones que se contemplan en el recuadro. Señalar con una (X); ecuatoriana o extranjera según corresponda.

Si selecciona extranjera, colocar en la opción **¿Cuál?** la nacionalidad a la que la madre embarazada pertenece.

1.6 Fecha de nacimiento

Anotar día, mes y año de nacimiento de la madre embarazada (dd/mm/aaaa).

Ejemplo:

26/09/1987

***Nota:** en caso de que la madre embarazada no recuerde la fecha exacta de su nacimiento, pregunte la edad y calcule el año aproximado de nacimiento. Ejemplo: paciente indica tener 20 años, reste al año correspondiente (2016) la edad (20), en este caso la fecha aproximada de nacimiento sería 01/01/1996.*

1.7 Edad (años)

Al momento de la primera consulta preguntar: **¿Cuántos años cumplidos tiene?**

Anotar la respuesta en el espacio disponible. Cuando la madre es menor a 15 años o mayor a 35 años, marcar el casillero amarillo.

1.8 Auto identificación étnica²

Seleccionar con una (X) una de las opciones de la variable de autoidentificación étnica (indígena, afro ecuatoriana/afrodescendiente, negra, mulata, montubia, mestiza, blanca y otra). Seleccionar otra a cualquier opción que no incluya las anteriores, por ejemplo etnias no reconocidas

La forma de obtener el dato podría ser: **¿Cómo se considera? ¿blanca? ¿indígena? etc.**

Indígena: persona con una identidad cultural definida que se auto identifica como tal, en relación a su pertenencia a un pueblo y/o nacionalidad originaria, anterior a la constitución del Estado Ecuatoriano.

Afro ecuatorianas: esta categoría se desprende del etnónimo afrodescendiente, denota a los descendientes de africanos que sobrevivieron a la trata esclavista en las

Américas, además comprende una doble adscripción o pertenencia del sujeto: tanto a las raíces africanas “afro como a la nación ecuatoriana”.

Negra: personas descendientes de africanos en América. Obedece a rasgos de identificación socio cultural que tienen que ver con la pigmentación de la piel y la constitución somática del cuerpo.

Mulata: personas descendiente de africanos mezclado socio racialmente con poblaciones blancas o mestizas.

Montubia persona con características propias de la región litoral y zonas subtropicales poseedores de una formación cultural y política que los auto determina como resultado de un largo proceso de acondicionamiento espacio temporal que tiene su cosmovisión ancestral y mantiene su hábitat natural.

Mestiza: Resultado biológico de la combinación de grupos fenotípicos diferentes, proveniente de Europa, África y los pueblos indígenas originarios de América.

Blanca: personas cuya tonalidad de piel clara suele asociarse a poblaciones de origen europeo, aunque literalmente implica cuestiones externas como la piel clara, forma y color de cabello y ojos, entre otras.

Existen etnias que presentan riesgos perinatales específicos, independientemente de su condición socioeconómica cultural. Se puede citar a manera de ejemplo la anemia falciforme en las poblaciones afro ecuatorianas. Además de su importancia demográfica y por condiciones clínicas particulares, estos grupos poblacionales viven en condiciones de mayor vulnerabilidad que otros grupos poblacionales.

1.9 Sabe leer y escribir

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No). Tener en cuenta que la persona que solamente sabe leer o solamente escribir, se considera analfabeta.

1.10 Nivel de instrucción

Marcar con una (X) según el nivel de instrucción que corresponda. Se refiere a los estudios cursados en el sistema formal de educación.

Preguntar: ¿Cuál fue el nivel de estudios más alto al que asistió?

Educación básica jóvenes y adultos, anteriormente conocido como *Centro de alfabetización*: es el Proyecto de capacitación básica, para mayores de 15 años, sin destrezas de lectura y escritura.

Educación inicial, anteriormente conocido como *Educación Preescolar*: es el proceso de acompañamiento al desarrollo integral a niños menores de 5 años.

Educación básica (preparatoria), anteriormente conocido como *Jardín de Infantes*, que corresponde al primer grado de educación.

Educación básica (elemental y media), anteriormente conocido como *Primaria (hasta sexto grado)*: comprende la educación recibida entre el primero y sexto grado.

Educación básica superior, anteriormente conocido como *Secundaria 1° a 3° curso-ciclo básico*, lo que comprende al octavo, noveno y decimo año.

Bachillerato, anteriormente conocido como *Secundaria 1° a 3° curso-ciclo diversificado*: es decir lo que significaba el cuarto, quinto, sexto curso del sistema tradicional.

Técnico Superior³, anteriormente conocido como *Pos-bachillerato*, orientado al desarrollo de las habilidades y destrezas que permitan al estudiante potenciar el saber hacer. Corresponden a éste los títulos profesionales de técnico o tecnólogo superior, que otorguen los institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores.

Superior tercer nivel de grado³, orientado a la formación básica en una disciplina o a la capacitación para el ejercicio de una profesión. Corresponden a este nivel los grados académicos de licenciado y los títulos profesionales universitarios o politécnicos, y sus equivalentes. Sólo podrán expedir títulos de tercer nivel las universidades y escuelas politécnicas.

Superior cuarto nivel de grado³, está orientado al entrenamiento profesional avanzado o a la especialización científica y de investigación. Corresponden al cuarto nivel el título profesional de especialista; y los grados académicos de maestría, PhD o su equivalente.

Ninguno: es la condición en la que la madre embarazada declara que nunca asistió a una institución educativa.

Se Ignora: cuando la madre embarazada no sabe, no responde.

Último año aprobado: registrar únicamente el año más alto que haya sido aprobado.

Preguntar: ¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel? Categoría que deberá ser registrada a partir Educación Básica (elemental y media).

Por ejemplo: si la mujer menciona haber completado hasta el tercer año de educación básica (elemental y media), y no terminó, marcar el nivel de instrucción referido y registrar **03** en el recuadro que corresponde, lo que significaría que solo aprobó primero, segundo y tercer grado de la primaria.

1.11 Estado civil

Marcar con una (X) el estado civil que corresponda. Es importante señalar la información que la madre embarazada refiera.

Estado civil: Según el artículo 331 del Código Civil es la calidad de un individuo, en cuanto le habilita o inhabilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles.

Unión de hecho: Unión estable y monogámica entre dos personas libres de vínculo matrimonial, mayores de edad, bajo las condiciones y circunstancias que señala la Constitución de la República y la ley.

Soltera: es la persona que no ha contraído matrimonio.

Casada: es la persona que ha contraído matrimonio de acuerdo a la ley.

Divorciada: es la persona que ha disuelto su matrimonio por la vía legal.

Viuda: es la persona que sobrevive a su cónyuge y que no ha contraído nuevo matrimonio

Se Ignora: cuando la madre embarazada no sabe, no responde.

Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información, MSP.

1.12 Vive sola

Marcar con una (X) según corresponda. Corresponde a si la madre embarazada vive sola sin acompañamiento de una persona (no se refiere si la madre tiene o no pareja). Si la respuesta es positiva marcar con una (X) el casillero amarillo.

1.13 Establecimiento del control prenatal

Anotar el **unicódigo** del establecimiento de salud, en el cual está brindando la atención.

En el caso que la madre embarazada no asista con la Libreta Integral de Salud, o desconozca el lugar del control donde se realizó anteriores controles prenatales, se colocará no existe información, si la embarazada refiere el establecimiento de anteriores atenciones, colocar el unicódigo correspondiente.

Si la madre embarazada refiere el lugar de control como servicio privado, también se registrará con el unicódigo correspondiente.

Si el espacio queda en blanco, se entenderá que el profesional no registró el dato.

1.14 Establecimiento del lugar de parto

Anotar el unicódigo del establecimiento de salud en el que se atendió el parto.

Si el control prenatal y el parto se realizaron en el mismo establecimiento, entonces el unicódigo se repite en las dos variables.

Sección 2: Antecedentes familiares, personales y obstétricos

Objetivo: identificar oportunamente posibles problemas de salud, para reducir el riesgo mediante la implementación de cambios en el estilo de vida, la realización de intervenciones médicas o el incremento del monitoreo de la enfermedad.

Los datos de esta sección se obtienen al momento de la primera consulta prenatal.

Si la madre es hospitalizada (por trabajo de parto normal o enfermedad) en un establecimiento de salud diferente al lugar del control prenatal, los datos de esta sección se podrán obtener del carné perinatal o por interrogatorio directo a la madre o familiar al momento del ingreso.

ANTECEDENTES							
FAMILIARES		PERSONALES					
no	si	no	si			no	si
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TBC		Cirugía	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes		Genito-Urinaria	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensión		Infertilidad	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Preeclampsia		Cardiopatía	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eclampsia		Nefropatía	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otra cond.		Violencia	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	médica grave		VIH	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cuál?			

2.1 Antecedentes familiares

Se refiere a los antecedentes de los padres o hermanos u otros familiares consanguíneos (hasta el cuarto grado de consanguinidad).

Preguntar: **¿En su familia alguien ha tenido... (Mencionar cada una de las patologías de la Historia Clínica Materna Perinatal “Formulario 051”).** Marcar con una (X), según la respuesta que proporcione la madre embarazada.

Si existe **otra condición médica grave**, y no está registrada en el formulario, colocar en la opción **¿Cuál?** el nombre de la patología.

2.2 Antecedentes personales

Marcar con una (X), según la respuesta que proporcione la embarazada.

Se refiere a los antecedentes propios de la mujer (además de las patologías mencionadas en los antecedentes familiares, incluye otros 5 antecedentes: cirugía genito-urinaria (no incluye cesáreas), infertilidad, cardiopatía, nefropatía, violencia y VIH.

En cuanto al tema de violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de violencia en el embarazo actual (ver Sección Gestación Actual).

2.3 Antecedentes obstétricos

Diagrama de flujo para la historia obstétrica:

- OBSTÉTRICOS**
 - ÚLTIMO EMBARAZO**
 - n/a ☐ < 2500g ☐ > 4000g ☐
 - Embarazos múltiples: no ☐ sí ☐
 - gestas previas** ☐
 - abortos** ☐ 3 espont. consecutivos ☐
 - vaginales** ☐
 - partos** ☐ emb. molar ☐ emb. ectópico ☐
 - cesáreas** ☐
 - nacidos vivos** ☐
 - nacidos muertos** ☐ muertos 1º sem. ☐ después 1º sem. ☐
 - viven** ☐

Si se pretende reducir el riesgo reproductivo, la realización de una correcta historia puede identificar factores relacionados a complicaciones en embarazos anteriores. A veces, estos factores pueden ser corregidos o incluso eliminados, lo que debería favorecer un nuevo embarazo sin complicaciones.

La evidencia científica afirma que prolongar los intervalos intergenésicos, cesar el hábito de fumar, el uso de progesterona en caso de partos de pretérmino previos u otros medicamentos para enfermedades específicas, así como algunos tratamientos quirúrgicos, reducen el riesgo de resultados adversos maternos y neonatales.

Se ha demostrado que algunos factores como el menor espacio intergenésico, abortos espontáneos, partos pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, muerte fetal o neonatal, parto quirúrgico, la diabetes gestacional, la hipertensión gestacional y las malformaciones uterinas integran una larga lista que puede relacionarse con la presentación de complicaciones en un nuevo embarazo.

2.3.1 Gestas previas

Se refiere al número de gestaciones anteriores, sin incluir el embarazo actual. **Anotar 00** si el presente es primer embarazo.

La paridad ha sido descrita como uno de los factores de alarma para la mortalidad perinatal y morbi mortalidad materna. La paridad elevada (cuatro o más embarazos) aumenta el riesgo de muerte fetal intraparto. Ya que este es un factor de riesgo no modificable, se deberá asesorar a las mujeres sobre los riesgos que implica una nueva gestación cuando hay multiparidad.

En caso que opte por un nuevo embarazo se deberá extremar el cuidado durante el periodo prenatal y especialmente en el parto y postparto.

Si hubo antecedentes patológicos de embarazos anteriores, ejemplo: embarazo ectópico, mola hidatiforme, colocar en el recuadro el número de embarazos correspondiente a la patología que proporciona la madre (verifique esta información con la historia clínica previa, si la tuviere disponible).

***Nota:** la suma de los datos del embarazo ectópico y mola hidatiforme, debe coincidir con el número de abortos y partos vaginales.*

2.3.2 Partos / vaginales – cesáreas

Anotar el número de partos en el recuadro correspondiente, y de éstos cuántos fueron vaginales y cuántos por cesárea. Registrar el número en el recuadro correspondiente.

Preguntar: **¿Cuántos fueron partos vaginales y cuántos fueron por cesárea?**

2.3.3 Último embarazo

Se refiere al peso del recién nacido en el último embarazo.

Marcar con una (X), si el peso del recién nacido fue menor de 2500 gramos o si fue mayor o igual a 4000 gramos, según corresponda. Marcar (n/a) no aplica, si no hubo nacimientos previos.

2.3.4 Embarazos múltiples

En relación a las gestas previas, marcar con una (X) si hubo antecedente gemelar (Si/No), según corresponda.

2.3.5 Abortos

Es importante aconsejar a la mujer que desea un nuevo embarazo en asegurar un periodo intergenésico mayor a seis meses luego de un aborto para reducir los riesgos de enfermedad o muerte. También es relevante conocer el o los antecedentes de abortos previos. ⁴ La pérdida recurrente del embarazo, definida como la aparición de 3 abortos espontáneos consecutivos, debe orientar al profesional a una búsqueda activa de malformaciones uterinas, incompetencia cervical, defectos hormonales o incluso enfermedades infecciosas como la sífilis, caracterizadas por generar una placentitis capaz de provocar la muerte de embriones y fetos.

Anotar el número de abortos (expulsión del producto de la gestación muerto antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gr) en el recuadro correspondiente, si la madre confirma que ha presentado esta condición.

Si la madre reporta haber tenido 3 abortos espontáneos consecutivos, marcar con una (X) el círculo amarillo correspondiente.

2.3.6 Cesáreas previas

Cuando hay antecedentes de cesáreas previas es importante conocer:

- 1.-Tipo de incisión (las incisiones tipo T comportan mayor riesgo de rotura uterina sobre las longitudinales y éstas son de mayor riesgo que las transversales segmentarias).
 - 2.- Antecedente de infección de herida quirúrgica, en especial de heridas parietales profundas que podrían provocar una cicatrización anormal que conlleve a riesgo de rotura uterina o hemorragias por placentación anormal.
 - 3.- Periodos interparto menores a 18 meses tienen mayor riesgo materno.
- Cantidad de cesáreas previas, el riesgo de rotura uterina parece estar más influido por el tipo de incisión que por el número de cesáreas.

En base a estos aspectos una madre embarazada que acude a consulta deberá ser informada sobre el mayor riesgo de rotura uterina, hemorragias por placentación anormal y advertirlas del riesgo en el uso de oxitócicos para inducir el parto, especialmente en el uso de misoprostol.

2.3.7 Nacidos vivos

Anotar el número de nacidos vivos en el recuadro correspondiente, de acuerdo a la información proporcionada por la madre embarazada.

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

2.3.8 Nacidos muertos

Anotar el número de nacidos muertos en el recuadro correspondiente, de acuerdo a la información proporcionada por la embarazada.

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

2.3.9 Muerte fetal previa

En la consulta preconcepcional se deberá evaluar el riesgo de repetición de la muerte fetal en un futuro embarazo para asesorar a la mujer en las posibilidades de repetir el acontecimiento y para planificar el cuidado que deberá recibir en el futuro embarazo. Hacer esta evaluación no siempre es fácil, incluso cuando se dispone del informe de necropsia del feto y la histopatología de la placenta u otros órganos. Habrá ocasiones en las que se deberá recurrir a exámenes de laboratorio como pruebas de tolerancia a la glucosa, anticuerpos anticardiolipinas y estudios específicos de la coagulación.

En un futuro embarazo podrán repetirse estos exámenes, intensificar el control prenatal, incorporar estudios ultrasonográficos morfológicos y funcionales, etc.

2.3.10 Viven

Anotar el número de hijos que están vivos al momento de la consulta.

2.3.11 Muertos 1ra semana

Anotar en el recuadro correspondiente, el número de hijos que nacieron vivos y murieron en la 1ra semana, hasta antes del séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos).

2.3.12 Muertos después de 1ra semana.

Anotar en el recuadro correspondiente, el número de hijos que nacieron vivos y murieron después de la 1ra semana de vida o más.

2.3.13 Fin embarazo anterior

Anotar día, mes y año de finalización del embarazo, el anterior al actual (dd/mm/aaaa), ya sea que se trate de un parto o un aborto.

Marque 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 a 1 año.

Marcar con una (X) no aplica (n/a) si se trata de una madre primigesta.

2.4 Embarazo planificado

EMBARAZO PLANIFICADO					
				no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>
FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barrera	DIU	Hormonales	Natural	Quirúrgico	No usaba

Marcar con una (X) el círculo (Si) cuando el embarazo es deseado o sucede en un momento oportuno y (No) cuando no se cumple una de las dos condiciones.

Para ayudar a identificar el embarazo no planificado preguntar: **¿Cuándo supo de este embarazo? ¿Quería estar embarazada?, ¿quería esperar más tiempo? o ¿no quería tener (más) hijos?**

2.5 Fracaso método anticonceptivo

Preguntar: al enterarse de este embarazo **¿Estaba usando algún método para evitar el embarazo?**

Marcar con una (X) según corresponda. (Fracaso de Método Anticonceptivo antes de embarazo actual). 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), anillo vaginal, implante subdérmico o inyectable.
- 5.-Anticoncepción de 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.
- 7.-Quirúrgico (ligadura).

Sección 3: Gestación actual

Objetivo: monitorear la evolución de la gestación.

- Identificar factores de riesgo, detección de patologías maternas subclínicas, para prevenir, y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.

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

GESTACIÓN ACTUAL		FUM	EG CONFIABLE por:	Ecografía
PESO INICIAL	TALLA (cm.)	día mes año	FUM Eco <20 s.	11-13 s.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	no <input checked="" type="radio"/>	no <input checked="" type="radio"/>
<input type="text"/> Kg.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	si <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>

3.1 Peso inicial

Se refiere al peso de la madre registrado en el primer control prenatal, independientemente de la edad gestacional.

Se recomienda a toda mujer que está planificando un embarazo, realizarse controles preconceptionales donde se determinará el estado nutricional mediante el Índice de masa Corporal (IMC). Es aconsejable mantener un Índice de Masa Corporal (IMC) de 18.5 a 24.9, con el propósito de prevenir problemas de salud que pueden presentarse durante el embarazo.

Este dato es útil para evaluar el estado nutricional de la madre embarazada. La medida más utilizada es el Índice de Masa Corporal (IMC) que se calcula dividiendo:

$$\text{Índice de Masa Corporal}$$
$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

El Índice de Masa Corporal (IMC) es un predictor independiente de muchos eventos adversos durante el embarazo. Las mujeres deben ser asesoradas a alcanzar un Índice de Masa Corporal (IMC) saludable antes de quedar embarazadas⁵.

3.2 Talla

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

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

3.3 Fecha de última menstruación (FUM)

Anotar en la “Historia Clínica Materna Perinatal “Formulario 051” el dato proporcionado por la embarazada, en el formato día-mes-año (dd/mm/aaaa). Preguntar: **¿Cuál fue el primer día de su última menstruación?**

3.4 Fecha probable de parto (FPP) ⁵

Anotar día, mes y año de la fecha probable del parto (dd/mm/aaaa).

Para calcular la fecha probable de parto se recomienda a utilizar el gestograma diseñado por el CLAP/SMR, haciendo coincidir la flecha roja que dice: “fecha en que comenzó la última menstruación” fecha de la última menstruación y buscando la fecha correspondiente al día de la consulta se obtendrán las semanas de amenorrea.

En caso de no contar con un gestograma, se puede determinar la fecha probable de parto (FPP) mediante el uso de una de las siguientes reglas:

- Wahl: al primer día del FUM agrega 10 días y al mes le resta 3.
- Naegele: al primer día del FUM agrega 7 días y al mes le resta 3.
- Pinard: al último día del FUM agrega 10 días y al mes le resta 3.

Si existe alguna duda sobre la edad gestacional corroborar con la primera ecografía realizada. En el caso de mujeres que ingresan para ser asistidas por un aborto y no han tenido control prenatal, no será necesario incluir la fecha probable del parto (FPP).

3.5 Confiabilidad de la edad gestacional (EG confiable por FUM, Eco<20s)

En esta variable solicita al profesional una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por fecha de última menstruación (FUM) o por ecografía.

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

Registrar si la edad gestacional es considerada dato confiable a partir del dato de la fecha de última menstruación (FUM) y/o la Ecografía (SI/NO), según corresponda.

3.6 Ecografía realizada entre la (11 – 13 sem.)

Marcar con una (X), si se realiza o no ecografía entre las 11 y 13 semanas de gestación.

En los últimos años el desarrollo de nuevas investigaciones ha permitido incorporar nuevos objetivos a esta ecografía, los que pueden evaluarse adecuadamente en el primer trimestre tardío, específicamente entre la 11 y 13 semanas. De esta manera, la incorporación de la translucencia nuchal (TN) y otros marcadores de aneuploidía a la medición de la longitud céfalo-nalgas (LCN) ha modificado las exigencias de esta ecografía. A esta edad gestacional puede observarse: acrania/anencefalia, holoprosencefalia, anomalías cardíacas: principalmente con la evaluación transvaginal, onfalocele, gastrosquisis, megavejiga, displasias esqueléticas.

3.7 Fumadora activa (Fuma Act.)

	FUMA ACT.		FUMA PAS.		DROGAS		ALCOHOL		VIOLENCIA	
	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si
1 ^{er} trim.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2 ^{do} trim.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3 ^{er} trim.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Marcar con una (X) la respuesta según corresponda (Si/No).

Fumadora Activa se refiere a la madre embarazada que ha fumado desde el inicio del embarazo hasta el momento de la consulta, se sugiere indagar sobre este dato por **cada trimestre** en el embarazo.

3.8 Fumadora pasiva (Fuma Pas.)

Marcar con una (X) la respuesta según corresponda (Si/No).

Fumadora Pasiva se refiere a la exposición actual de la madre embarazada, al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo, se sugiere indagar sobre este dato **cada trimestre** en el embarazo.

***Nota:** el hábito de fumadora activa o pasiva afecta tanto al feto como a la madre. Entre los daños atribuidos se describen: infertilidad, aborto espontáneo, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento fetal, riesgo de parto pretérmino, desprendimiento de placenta, muerte fetal y perinatal, aumento del riesgo de infecciones del tracto respiratorio del recién nacido.*

3.9 Drogas⁶

Marcar con una (X) la respuesta según corresponda (Si/No).

Se refiere al uso durante el embarazo actual, de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, heroína, entre otras. Éstas pueden provocar diversos riesgos en el embarazo.

3.9.1 Cocaína

Durante el embarazo puede afectar a la madre y su feto de diferentes maneras, durante los primeros meses, puede aumentar el riesgo de aborto, más tardíamente puede desencadenar un parto de pretérmino o generar una restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), con el riesgo de provocar un recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG). Los niños pequeños para la edad gestacional (PEG) tienen 20 veces más probabilidades de morir en el primer mes de vida que los niños con peso adecuado. Los sobrevivientes a su vez, corren mayor riesgo de presentar discapacidades incluyendo retardo mental y parálisis cerebral. Los niños expuestos durante su vida intrauterina a la cocaína suelen tener perímetro cefálico más pequeño lo que indirectamente refleja un menor desarrollo del cerebro.

3.9.2 Marihuana

Algunos estudios sugieren que los hijos de madres que consumían marihuana durante el embarazo, tienen mayor probabilidad de presentar una restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) y de nacer prematuros, ambos aspectos favorecen la posibilidad que el niño al nacer tenga bajo peso.

Algunos niños al nacer podrían presentar excesivo llanto y temblores de forma similar al síndrome de abstinencia en los adultos.

3.10 Alcohol⁵

Marcar con una (X) si la mujer ha ingerido alcohol en este embarazo (Si/No).

Esta variable se refiere a la ingesta durante el embarazo actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, aguardiente, whisky, aquellas bebidas tradicionales localmente, entre otras.

El alcohol atraviesa la placenta y es metabolizado muy lentamente, por lo que los niveles en la sangre del feto suelen ser mucho más altos y permanecer por mucho más tiempo que en la madre.

El consumo durante el embarazo se ha asociado con defectos psíquicos y físicos al nacer que reciben el nombre de síndrome alcohólico fetal (SAF). Éste es una de las causas más comunes de retardo mental y es totalmente prevenible. Además de los síntomas neurológicos, los niños suelen ser pequeños para la edad gestacional y tener alteraciones morfológicas características (ojos, nariz pequeños, mejillas planas) y en ocasiones algunas variedades de cardiopatía congénita.

Hay estudios que han confirmado que aún, en mujeres que consumen en forma social un promedio de dos tragos por día, pueden tener niños con menor inteligencia y mayores problemas de conducta, en comparación con los hijos de madres que no bebían.

Preguntar: Desde su última visita, **¿Ha tomado alguna bebida alcohólica?**

3.11 Violencia⁵

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No).

El término violencia involucra violencia física, mental, psicológica y sexual que ocurre durante el embarazo actual. El agresor puede ser la pareja actual, parejas previas, padres u otras personas conocidas o desconocidas. Se recomienda revisar la **Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género**..del Ministerio de Salud Pública.

Al respecto si un caso es detectado, se recomienda usar el siguiente modelo de interrogatorio en la primera visita prenatal:

“Permítame 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 relaciones 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?"

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.

3.12 Antirubeola⁵

ANTIRUBEOLA	
previa	no sabe
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
embarazo	no
<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

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 madre no ha sido vacunada, la inmunización debe diferirse hasta el puerperio inmediato (antes del alta).

Marcar con una (X) el casillero según corresponda. Marcar "previa" si recibió la vacunación en cualquier momento antes del presente embarazo, "embarazo", si la vacuna fue colocada inadvertidamente en el embarazo actual, "no sabe" cuando no recuerda si recibió la vacuna, "no" si nunca fue inmunizada.

Si la madre no ha sido vacunada, la inmunización debe diferirse hasta el puerperio inmediato (antes del alta), o en el post aborto inmediato.

3.13 Antitetánica

ANTITETÁNICA	
vigente	no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>
DOSIS	1ª <input type="text"/> 2ª <input type="text"/>
Mes gestación	<input type="text"/> <input type="text"/>

Marcar con una (X) la respuesta según corresponda (Si/No).

Se debe 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 atención del parto o de un aborto sin control prenatal.

Es importante solicitar a las madres 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 madre 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 madres 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.

Marcar la opción “SI”, si la madre:

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

Marcar la opción “NO” en los siguientes casos, si la madre:

- 1.-No recibió ninguna dosis.

Conducta: colocar dos dosis durante el embarazo actual, la primera dosis se coloca en la primera consulta prenatal y la segunda aplicar con intervalo no mayor de 6 ni menor de 4 semanas de haberse colocado la primera dosis.

- 2.- Cuenta con información poco confiable acerca del número y fechas de administración de dosis previas.

Conducta: colocar dos dosis durante el embarazo actual.

- 3.- Recibió dos dosis y el embarazo actual se inicia después de los 3 años de protección.

Conducta: colocar únicamente una dosis (la tercera).

- 4.-Recibió tres dosis y el embarazo actual se inicia después de los 5 años de protección.

Conducta: colocar únicamente una dosis (la cuarta).

3.14 Examen normal (mamas y odontológico)

EX. NORMAL		
	no	si
MAMAS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
ODONT.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para muchas madres embarazadas, el control prenatal marca el primer contacto con los servicios de salud y por lo tanto ofrece la oportunidad de evaluar su estado en general, además del relacionado con la gestación actual. Por esta razón, la “Historia Clínica Materna Perinatal “Formulario 051” incluye variables como el examen odontológico y de mamas que refuerzan este concepto.

3.14.1 Examen de Mamas

En este recuadro, el profesional debe registrar el resultado de haber realizado un examen físico manual de mamas a la madre embarazada. El momento más adecuado para realizar el examen de mama no está determinado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el examen en la tercera visita prenatal, una vez que se ha establecido confianza entre la embarazada y el servicio. Con este examen se busca identificar patología tumoral así como problemas que puedan afectar el amamantamiento posterior (como pezones invertidos o planos).

Marcar con una (X) la opción 'sí' cuando el examen de mamas sea normal y "no" en caso contrario.

3.14.2 Examen Odontológico (Odont.)

Este recuadro tiene el objetivo de verificar el cumplimiento de atención odontológica desde la primera consulta de la madre embarazada, independientemente de la edad gestacional.

El examen odontológico ha adquirido importancia por la posible asociación entre enfermedad periodontal con parto prematuro, bajo peso al nacer, preeclampsia y muerte fetal y la transmisión del *Streptococcus 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.).

Por la importancia del diagnóstico y dando cumplimiento a la normativa, **el registro de este casillero será de responsabilidad del profesional de odontología.**

Marcar con una (X) la opción según corresponda (Si/No), si se realizó o no esta actividad. Si el recuadro está en blanco se evidenciará que la madre embarazada no recibió el servicio.

3.15 Cérvix

	normal	anormal	no se hizo
CERVIX Insp. visual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
PAP	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
COLP	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Se debe realizar el examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación del control prenatal con la finalidad de detectar anormalidades o infecciones cervicales. ***La selección del momento más adecuado para este examen es una decisión que hará el profesional tomando en cuenta la situación individual de cada madre embarazada, a través de las siguientes acciones:***

Inspección visual (Insp. visual)

Marcar con una (X) la respuesta según corresponda (anormal, normal y no se hizo). 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.

Papanicolaou (PAP)

Marcar con una (X) la respuesta según corresponda (anormal, normal y no se hizo).

Si se encuentra alguna anomalía cervical o no hay seguridad que la madre embarazada pueda regresar después del parto, considerar tomar un Papanicolaou (PAP) durante el control prenatal. La interpretación de los resultados puede ser difícil cuando el Papanicolaou (PAP) es tomado durante la gestación.

Colposcopia (COLP)

Marcar con una (X) la respuesta según corresponda (anormal, normal y no se hizo). 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.

3.16 Grupo y factor Rh

GRUPO	Rh	
	-	+
<input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	no	si
Imuniz.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Anotar en el recuadro el **grupo sanguíneo (Grupo)** que corresponda (A, B, AB, 0).

Para “Rh”, marcar con un (X) en el signo positivo si la madre es Factor Rh positivo, de lo contrario marcar el signo negativo, si la madre es Rh negativo.

Si la madre 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).

3.17 Toxoplasmosis

TOXOPLASMOSIS	
-	+
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
no se hizo	no aplica
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Marcar con una (X) según corresponda (negativa, positiva, no se hizo) y no aplica (n/a) cuando no exista antecedentes o no presente factores de riesgo de contacto con el parásito (contacto directo con la carne cruda y las heces de los gatos).

3.18 Infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

VIH-Diag. tratamiento	<20 sem.		Prueba result.	TARV. en emb.	≥ 20 sem.		Prueba result.	TARV. en emb.	
	solicitada	si			solicitada	si			
si	<input type="radio"/>	+	<input checked="" type="radio"/>	si	<input type="radio"/>	+	<input checked="" type="radio"/>	si	<input type="radio"/>
no	<input checked="" type="radio"/>	-	<input type="radio"/>	no	<input checked="" type="radio"/>	-	<input type="radio"/>	no	<input checked="" type="radio"/>
n/c	<input type="radio"/>	n/c	<input checked="" type="radio"/>	n/c	<input type="radio"/>	n/c	<input checked="" type="radio"/>	n/c	<input type="radio"/>

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 embarazadas y asegurar el tratamiento profiláctico para evitar la transmisión vertical del VIH.

Marcar con una (X) según corresponda.

Test VIH: Solicitado: SI o NO, no corresponde, anotar si el test fue solicitado/realizado antes de las 20 semanas o a las 20 semanas o más.

Prueba/ resultado: (+) o (-), no corresponde, caso contrario sin dato; si no hay información, según corresponda.

Además registrar Si o No, no corresponde, según lo indica, si la madre embarazada recibió TARV (tratamiento antirretroviral).

Prueba recomendada en cada embarazo en el primer control y a las 24 a 34 semanas.

Se ha reportado que el tamizaje temprano de VIH en el embarazo, un curso corto de fármacos antirretrovirales intraparto, cesárea a las 38 semanas de gestación y suspensión de lactancia en madres portadoras, reducen la transmisión vertical.⁷

3.19 Prueba de hemoglobina (Hb) < 20 semanas.

Hb <20 sem.

g/dl

<11.0g/dl ☒

Se considera que una madre embarazada 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 hemoglobina durante el segundo trimestre es menor a 10.5 g/dl. Si la hemoglobina se sitúa entre 7.0 y 10.0 g/dl se considera que la anemia es moderada y cuando es menor a 7.0 g/dl la anemia es severa.

Anotar en el recuadro correspondiente los resultados de la prueba de hemoglobina antes de las 20 semanas de gestación. En caso que los niveles sean inferiores a 11 g/dl, marcar con una (X) el círculo amarillo.

3.20 Fe/ folatos Indicados

Fe/FOLATOS indicados		
	no	si
Fe	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folatos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Existe consenso en que los requerimientos de hierro y ácido fólico aumentan durante el embarazo y que es difícil que una 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:

- 1.-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.
- 2.-Fortalecer la dieta con alimentos ricos en hierro.
- 3.-Suplementar con medicación rica en hierro.
- 4.-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.

Marcar con una (X) según corresponda, si se indicó suplemento de hierro, marcar el círculo (SI), de lo contrario marcar en (NO).

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 encefalocele), labio leporino, paladar hendido y otros defectos.

Marcar con una (X) según corresponda, si se indicó suplemento de ácido fólico, marcar el círculo (Si), de lo contrario marcar en (No).

3.21 Prueba de hemoglobina (Hb) ≥ 20 semanas.

Hb ≥ 20 sem.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
g/dl	
<input checked="" type="radio"/> <11.0 g/dl	

Anotar en el recuadro correspondiente los resultados de la prueba de hemoglobina después de las 20 semanas de gestación. En caso que los niveles sean inferiores a 11 gramos/decilitro, marcar con una (X) el círculo amarillo.

3.22 Sífilis

SÍFILIS - Diagnóstico y tratamiento													
Prueba					Tratamiento				Tto. de la pareja				
No treponémica			Treponémica										
-	+	s/d	-	+	s/d	n/c	-	+	s/d	n/c	no	si	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<20 sem					semanas						s/d		<input type="radio"/>
>20 sem					semanas						no		<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Las pruebas de detección confirmatorias 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 el caso de la **prueba no treponémica**, se marcará (-) cuando la prueba no fue reactiva, (+) si fue reactiva y S/D sin dato, ésta incluye el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y el RPR (rapid plasma reagin). Una prueba no treponémica activa puede indicar infección actual infección reciente tratada y no tratada o un resultado falso positivo. Los resultados falsos en general tienen un título bajo. Pueden ser negativas en fases iniciales de la infección, o cuando el título es muy alto (fenómeno de prozona) y suelen negativizarse o disminuir a títulos muy bajos después del tratamiento. En los casos de sífilis tratada correctamente el VDRL tiende a negativizarse con el paso del tiempo, aunque en casos excepcionales se puede mantener positivo durante mucho tiempo (de por vida). Pueden verse falsos positivos en enfermedades autoinmunes, tuberculosis, mononucleosis, endocarditis y en el propio embarazo.

En las pruebas Treponémicas se agrega la opción (N/C) cuando no corresponda (ej.: recuerdo inmunológico de infección previa), éstas son pruebas específicas, más complejas y costosas e incluyen el TPHA (*Treponema pallidum haemagglutination assay*) y el TPPA (*Treponema pallidum particle agglutination*), y el MHATP (*microhemagglutination assay for antibodies to Treponema pallidum*) y el FTA Abs (*fluorescent treponemal antibody absorption*). Se utilizan para confirmar un resultado de una prueba no treponémica. Las técnicas más utilizadas son el MHA-TP y FTA-Abs.

Estas pruebas persisten positivas independientemente del tratamiento y pueden observarse falsos positivos (menos del 1%), en otras enfermedades por espiroquetas (leptospirosis, enfermedad de Lyme, fiebre por mordedura de ratas), en estos casos suele estar presente el antecedente epidemiológico infeccioso. Así, si una prueba treponémica es positiva y no se refiere tratamiento previo y/o no se dan las condiciones citadas se debe tratar.

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 con una (X) según corresponda.

A las mujeres con pruebas reactivas se les deberá tratar, brindar asesoría e información, **conjuntamente con su pareja**, para lo cual se debe registrar con una (X) en el recuadro correspondiente, la opción Tratamiento de la pareja SI o NO, S/D sin dato, (N/C) cuando no corresponda, respectivamente.

3.23 Chagas

	-	+
CHAGAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	no se hizo	no aplica
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Marcar con una (X) según corresponda (negativa, positiva, no se hizo) y (n/a) no aplica en el caso de no presentar factores de riesgo.

3.24 Paludismo / malaria

	-	+
PALUDISMO/ MALARIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	no se hizo	no aplica
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Marcar con una (X) según corresponda (negativa, positiva, no se hizo) y no aplica (n/a) no aplica de no presentar factores de riesgo.

3.25 Bacteriuria

	BACTERIURIA			no se hizo
sem	normal	anormal		
< 20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
≥ 20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Marcar con una (X) la respuesta según corresponda (anormal, normal y no se hizo). Se marcará Bacteriuria: Normal, cuando el urocultivo o la tirilla sean negativos (menos de 100.000 unidades formadoras de colonia/ml), Anormal, si el urocultivo o la tirilla reactiva tienen resultados positivos (más de 100.000 unidades formadoras de colonia/ml).

Nota: se debe realizar este examen hasta las 20 semanas de gestación. En lugares donde el urocultivo no es una opción, la tirilla reactiva en orina podrá ser una alternativa durante el control prenatal.

3.26 Glucemia en ayunas

GLUCEMIA EN AYUNAS					
<input type="radio"/> ≥ 92 mg/dl			<input type="radio"/>		
<20 sem			>30 sem		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anotar en el recuadro correspondiente los valores de la glucemia obtenida, de acuerdo a la semana de gestación cursada. Marcar con una (X) si la glucemia basal es igual o mayor a 92 mg/dl⁸ antes de la 20 semana y después de 30 semana.

3.27 Prevención primaria de la preeclampsia⁹

PREVENCIÓN PREECLAMPSIA			
Calcio >12 sem	no	<input checked="" type="radio"/>	si <input type="radio"/>
Ácido Acetil Salicílico >12 sem	no	<input checked="" type="radio"/>	si <input type="radio"/>
	n/c	<input type="radio"/>	

Se recomienda la suplementación de calcio (1,5 a 2 g de calcio elemental por día) en pacientes con alto riesgo de preeclampsia (2 o más factores de riesgo) ya que su suplementación reduce la incidencia de hipertensión gestacional y preeclampsia.

Las mujeres embarazadas con alto riesgo de preeclampsia que se pueden beneficiar de estas terapias preventivas son aquellas que tienen:

- 1.-Antecedentes de enfermedad hipertensiva gestacional previa o hipertensión crónica
- 2.-Enfermedad renal
- 3.-Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolipídico o diabetes tipo 1 o 2
- 4.-Embarazos múltiples

La administración de ácido acetilsalisílico en bajas dosis (75 a 100 mg/día desde la semana 12 hasta el parto.) en gestantes con alto riesgo de preeclampsia; ha demostrado una reducción del 17% en el riesgo de preeclampsia.

- En las zonas del país donde exista alta prevalencia de enfermedades tropicales como dengue, chikungunya o zika se deberá descartar la presencia de una de estas enfermedades, previo a la administración de AINES y su manejo será por un especialista.
- En estudios realizados a niños nacidos de gestantes que recibieron ácido acetilsalisílico durante el embarazo evidencio que uso de baja dosis de este fármaco en el embarazo es seguro.

3.28 Estreptococo B 35 - 37 semanas

ESTREPTOCOCO B		
35-37 semanas		
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
-	+	no se hizo

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 medición mediante hisopado vaginal y rectal.

Marcar con una (X) según corresponda (negativo, positivo, no se hizo).

3.29 Educación Prenatal

EDUCACIÓN PRENATAL-Sesiones					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5	6

El término educación prenatal tiene varios significados e incluye conceptos variados como: informar a la madre embarazada 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.

En primigestas el embarazo y el nacimiento de un niño/a pueden generar muchos temores, dudas e inseguridades, condiciones que el personal de salud debe abordar, con el fin de procurar el bienestar de la madre, su pareja y el recién nacido.

Es importante que tanto la mujer como su pareja consideren el embarazo como un proceso natural, que hay que vivir con placer, satisfacción y expectativas positivas de cambio. Aun así, el embarazo, el parto y el puerperio no son situaciones exentas de riesgos y en muchos casos, si estos peligros o problemas se detectan a tiempo, se pueden reducir o resolver adecuadamente.

Marcar con una (X), en cada una de las sesiones conforme se desarrollen, considerando que el mínimo son 6 sesiones, la primera sesión debe realizarse a las 20 semanas de gestación, y de esta manera cumplir con las sesiones requeridas, hasta máximo las 38 semanas, llevadas a cabo cada 15 días, con una duración de 2 horas cada una, y un máximo de 6 a 10 participantes.

Si el espacio está en blanco, significará que la embarazada, no pudo acceder a la Educación Prenatal (refiérase a la **Norma Técnica de Educación Prenatal, MSP, 2015**).

***Nota:** este es el momento oportuno para recordar a la madre embarazada los derechos que le asisten a ella y su recién nacido/a, según la legislación nacional y los acuerdos internacionales firmados por el país.*

3.30 Plan de parto y emergencia

PLAN DE PARTO Y EMERGENCIA	
no <input checked="" type="radio"/>	si <input type="radio"/>

Marcar con una (X) la opción (Si) cuando se realiza el plan de parto ó (No) cuando no se realiza el plan de parto.

***Nota:** realizar el plan de parto y emergencia, en el primer control prenatal, el cual consiste en dar asesoría a la madre y su familia, con el objetivo de preparar las condiciones para el cuidado del embarazo, parto, puerperio y el recién nacido/a, apoyados por el personal de salud, sociedad civil y comunidad organizada, y de esta manera fomentar el parto institucional.*

3.31 Consejería en lactancia materna



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

- Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.
- Técnicas de Lactancia Materna.
- Los cambios en la leche materna después del parto y
- Discutir las dudas y preguntas de la embarazada.

También es necesario informar en este momento sobre los derechos del niño. Si la madre embarazada ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará según corresponda (SI/NO).

3.32 Controles prenatales

La “Historia Clínica Materna Perinatal “Formulario 051” contiene espacio para 5 controles prenatales.

CONTROLES PRENATALES	día	mes	año	Edad gest.	Peso	Ganancia adecuada peso	TA	FC	FR	T°C	Sat.	Proteinuria	Est. conc.	Altura uterina	Presen-tación	FCF (lpm)	Movim. fetales	Sangrado vaginal
						no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>												no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>
						no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>												no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>
						no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>												no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>
						no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>												no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>
						no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>												no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>

Nota 1: si requiere más espacios para nuevos controles, registrar todos los datos en la nota de evolución de la historia clínica, formulario 005.

Los datos para registrar son:

- 1.-**Día, mes y año de la consulta**, en el orden correspondiente día, mes, año (dd/mm/aaaa).
- 2.-**Edad gestacional**, al momento de la consulta en semanas completas.
- 3.-**Peso**, en kilogramos, colocar en el recuadro tres dígitos, ejemplo: 52.1 Kg.

4.-**Ganancia adecuada de peso:** marcar con una (X) la opción que corresponda (Si/No)

5.-**Tensión arterial (TA),** el uso del brazalete del tamaño adecuado para la medición de presiones de la madre embarazada es de vital importancia para obtener datos exactos de la presión arterial especialmente durante el embarazo y el posparto. La disminución en la tensión arterial debe ser considerada como un signo tardío de deterioro [peri mortem], las mujeres embarazadas pueden perder hasta un 30-40% de su volumen de sangre circulante sin cambiar a sus signos vitales, especialmente su presión arterial.

6.-**Frecuencia cardíaca:** se recomienda tomar la frecuencia cardíaca de forma manual, de no ser posible se puede usar el oxímetro de pulso digital.

7.-**Frecuencia respiratoria:** es el indicador más sensible del deterioro del estado fisiológico normal y es necesario documentar en cada medición de signos vitales. La frecuencia respiratoria es el primer indicador de que existe un problema o deterioro en la condición de la madre embarazada.

8.-**Temperatura:** es significativa en una madre embarazada, así como durante el puerperio. Se recomienda medir la temperatura de forma regular, y con mayor frecuencia en madres embarazadas con síntomas y signos de infección.

9.-**Saturación:** La saturación de oxígeno se supervisa de forma rutinaria en mujeres embarazadas y posparto, ya que determina la gravedad de una enfermedad, para un adecuado aporte de oxígeno al feto, la saturación materna debería estar por encima del 95% y la PO₂ por encima de 70 mm de Hg.

10.-**Proteinuria:** anotar el signo (+) si se detecta albúmina o proteínas en la orina, dependiendo de la cantidad de proteína detectada (++) / (+++), o el signo (-) si no contiene proteínas.

Si deja la casilla en blanco se interpretará como (no se hizo). La proteinuria medida en tirilla o medida en orina de 24 horas, en una madre embarazada con edad gestacional mayor a 20 semanas es un signo significativamente importante para la detección del riesgo.

11.-**Estado de conciencia:** El nivel de conciencia debe ser evaluado en todas las madres embarazadas. Una alerta de gravedad se desencadena dependiendo el puntaje:

Alerta y consciente = 0

Responde a la voz = 1

Responde al dolor = 2

No responde = 3

12.-**Altura uterina:** en centímetros, consiste en medir la distancia entre el hueso púbico (sínfisis pubiana) y el fondo de útero, usando una cinta métrica.

13.-**Presentación:** identificación de cuál de los dos polos fetales se pone en proximidad o en contacto con la pelvis menor, por ejemplo: cefálica (cef), pelviana (pel), incluye la situación transversa (tra) y oblicua (obli).

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

14.-**Frecuencia cardíaca fetal:** latidos fetales por minuto (FCF/l pm).

15.-**Movimientos fetales:** registrar el signo (+) o (-), según corresponda. La falta de datos se interpretará como actividad no realizada.

16.-**Sangrado Vaginal:** marcar con una (X) según corresponda, SI o NO a la presencia o ausencia de sangrado vaginal en los controles prenatales.

17.-**Exámenes, tratamientos, cálculo de SCORE MAMÁ** (anotar información relevante si la hubiere, además del puntaje calculado del SCORE MAMÁ), de lo contrario solo el puntaje mencionado.

18.-**Iniciales Técnico:** se refiere a las iniciales del profesional de salud que realizó el control prenatal a la mujer embarazada, por ejemplo: Luis Andrés Pérez Martínez = LAPM.

19.-**Fecha de próxima cita:** en el orden correspondiente día, mes, año (dd/mm/aaaa).

3.33 Score MAMÁ

Considerando que el embarazo y el trabajo de parto son eventos fisiológicos normales, el observar los signos vitales es parte integral de la atención.

Es posible que cualquier madre gestante o durante el posparto presente riesgo de deterioro fisiológico, y que no siempre se puede predecir. La detección temprana de la enfermedad grave en las madres es aún desafío para los profesionales involucrados en su cuidado.

El registro y documentación regular de signos vitales ayudarán al reconocimiento temprano de cualquier cambio en la condición de una madre, y proveerán a tiempo el tratamiento necesario según sea el caso.

El sistema de puntuación de alerta temprana de morbilidad materna (SCORE MAMÁ) fue desarrollado con el objetivo de clasificar la gravedad de las pacientes gestantes y puérperas, y precisar la acción necesaria y oportuna para la correcta toma de decisiones, mediante el uso de una herramienta objetiva.¹⁰

Consta de 6 (seis) signos vitales, y 1 (un) signo cuantitativo los mismos que fueron mencionados anteriormente:

- 1.-Frecuencia Cardíaca (FC)
- 2.-Presión arterial dividida en
Sistólica
Diastólica
- 3.-Frecuencia Respiratoria (FR)
- 4.-Saturación de oxígeno (Sat)
- 5.-Estado de Conciencia
- 6.-Proteinuria

Cada signo vital, tiene una puntuación asignada que va de 0 a 3 a la izquierda y derecha respectivamente. Dependiendo de la variabilidad de los signos vitales se les ha asignado un

puntaje, altamente sensible para detectar a tiempo las gestantes o mujeres posparto con riesgos de morbilidad.¹¹

SCORE MAMÁ									
Puntuación	3	2	1	0	1	2	3	Puntuación	TOTAL
FC	≤ 50	—	51-59	60-100	101-110	111-119	≥120	FC	
Sistólica	≤70	71-89	—	90-139	—	140-159	≥160	Sistólica	
Diastólica	≤50	51-59	—	60-85	86-89	90-109	≥110	Diastólica	
FR	≤11	—	—	12-22	—	23-29	≥30	FR	
T (°C) (*)	—	≤35.5	—	35.6-37.2	37.3-38.4	—	≥38.5	T (°C)	
Sat (**)	≤85	86-89	90-93*	94-100	—	—	—	Sat	
Estado de Conciencia	—	confusa / agitada	—	alerta	responde a la voz / somnolencia	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	
Proteinuria (**)	—	—	—	(-)	(+)	—	—	Proteinuria	
La adecuada toma de signos vitales puede salvar una vida.						TOTAL SCORE MAMÁ			
Considere que en la labor de parto los valores de signos vitales podrían alterarse									
(*) Temperatura axilar									
(**) La saturación de 90 a 93% en pacientes que viven sobre los 2.500 metros, sobre el nivel del mar tendrán un puntaje de 0									
La Saturación se tomará sin ayuda de oxígeno suplementario.									
(***) Sobre las 20 semanas de gestación									

La suma de puntos se anota en la columna lateral derecha, misma que facilita el conteo. El puntaje se calcula dependiendo del valor en el signo vital obtenido en la medición de signos vitales de la mujer embarazada o posparto.

Pasos a seguir dependiendo de la puntuación obtenida SCORE MAMÁ- Nivel ambulatorio.

0	EVALUAR Y ANALIZAR FACTORES DE RIESGO, BIENESTAR MATERNO-FETAL Y SIGNOS DE ALARMA
1	EVALÚE Y ANALICE FACTORES DE RIESGO
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique Score MAMÁ c/4 horas y registre 2. Reevalúe signos vitales 3. Evalúe factores de riesgo y signos de alarma materna 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinar 5. Considere exámenes complementarios y/o evaluación por interconsulta con especialista 6. Si revierte puntaje envíe a la casa y realice seguimiento (Agendamiento)
2-4	TRATE Y RIERA SEGÚN EL CASO
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique Score MAMÁ c/ hora y registre 2. Reevalúe signos vitales más signos de alarma 3. Realice un diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinar 5. Aliste, active y aplique D.E.R. : AZUL o ROJO según sea el caso 6. Elabore hoja de referencia (053) y envíe a nivel de capacidad resolutoria según el caso 7. Trasfiera (acompañada por un profesional de salud) 8. Active cadena de llamadas: comuníquese a Director de la unidad y éste al Director Distrital 9. Realice el seguimiento del caso
≥ 5	TRATE Y RIERA SEGÚN EL CASO
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique Score MAMÁ c/ 30 minutos y registre 2. Reevalúe signos vitales más signos de alarma 3. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinar 4. Aliste, active y aplique D.E.R. : AZUL o ROJO según sea el caso del diagnóstico primario basado en Guías de Práctica Clínica

	6. Elabore hoja de referencia (053) y envíe a nivel al establecimiento de salud de mayor complejidad según la emergencia obstétrica 7. Trasfiera acompañada por un profesional de salud 8. Active cadena de llamadas: comunique a Director de la unidad y éste al Director Distrital o Zonal 9. Realice el seguimiento del caso
--	--

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Ecuador, Instructivo de implementación Estrategia “ALARMA MATERNA” en el Ecuador, 2016.

Sección 4: Parto / Aborto

Objetivo: Evidenciar las condiciones en las que ocurre el parto o aborto, su manejo adecuado y las intervenciones implementadas en el caso de presentarse alguna complicación.

Esta sección está diseñada para registrar los datos relevantes del trabajo de parto, parto y aborto.

PARTO <input type="radio"/> ABORTO <input checked="" type="radio"/>	
FECHA DE INGRESO día mes año 	
CARNÉ no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	CONSULTAS PRENATALES total
	HOPITALIZACIÓN EMBARAZO no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> días

Nota 1: En caso de **ABORTO** anotar 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, colocar las siglas n/a (no aplica); pero asegurarse de anotar en Nacimiento: Muerto – Ignora el Momento y la Edad Gestacional a la expulsión, además anotar la puntuación de APGAR 1^{er} min 00 y al 5^{to} min 00.

Nota 2: En caso de **Muerte Fetal** anotar sexo, malformaciones, peso y longitud al nacer, edad y asegurarse de anotar en Nacimiento: Muerto – Anteparto o Parto (según corresponda) y la Edad Gestacional al parto.

Marcar con una (X) la casilla respectiva según corresponda (parto o aborto). Este dato es un indicador de calidad del registro.

4.1 Fecha de ingreso

Anotar en el recuadro el día-mes-año (dd/mm/aaaa), correspondiente a la fecha de ingreso de la madre embarazada al establecimiento de salud.

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No), si la madre embarazada presenta o no el **carné perinatal**, al momento de la hospitalización para el parto o el aborto, con el objetivo de tener una constancia de los controles prenatales y detalles indispensables de la evolución del embarazo.

4.2 Consultas prenatales total

Si la madre embarazada presenta el carné perinatal, contar el número total de consultas prenatales y anotar en la “Historia Clínica Materna Perinatal “Formulario 051”, en el recuadro correspondiente.

En caso de que la madre embarazada no presente el 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.

4.3 Hospitalización en el embarazo

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No). 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).

4.4 Corticoides antenatales

CORTICOIDES ANTENATALES	
completo	<input type="radio"/>
incompl.	<input type="radio"/>
ninguna	<input type="radio"/>
n/a	<input type="radio"/>
semana inicio	

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

Marcar con una (X) según corresponda:

1.-Completo: Si la madre embarazada 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.

2.-Incompleto: cualquier variación en menos con el esquema descrito.

3.-Ninguna: No recibió ninguna dosis de corticoides

4.-No aplica: Cuando no está indicada su administración.

Semana de inicio: Registrar las semanas de gestación al momento de administrar la primera dosis.

4.5 Uteroinhibidores

UTEROINHIBIDORES	
si	<input type="radio"/>
no	<input type="radio"/>
n/a	<input type="radio"/>
semana inicio	

Marcar con una (X),(Si, No) según corresponda, si se administró sustancias dirigidas a inhibir las contracciones del miometrio, antes de las 37 semanas de gestación. Anotar en el recuadro correspondiente las semanas de gestación al momento de administrar la primera dosis de uteroinhibidores.

No aplica: en los embarazos de transcurso normal, a término.

4.6 Inicio

INICIO
espontáneo <input type="radio"/>
inducido <input checked="" type="radio"/>
cesárea <input checked="" type="radio"/>

Se refiere al inicio del trabajo de parto. Marcar con una (X) según corresponda (Espontáneo, Inducido, Cesárea).

4.7 Ruptura de Membranas Anteparto

RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO					
no <input type="radio"/>	día	mes	año	<37 sem <input checked="" type="radio"/>	
si <input checked="" type="radio"/>				≥18 hs. <input checked="" type="radio"/>	
	hora	min	temp ≥ 38°C <input checked="" type="radio"/>		

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 (Temp > 38°C).

4.8 Edad gestacional al parto

EG AL PARTO / ABORTO	
semanas	días
<input type="text"/>	<input type="text"/>
por FUM <input type="radio"/>	por Eco. <input type="radio"/>

Anotar en el recuadro la edad gestacional al momento del parto en semanas completas y días y marcar con una (X) si el cálculo se basó en la fecha de última menstruación (FUM) y/o en la ecografía (ECO).

4.9 Presentación / situación

PRESENTACIÓN SITUACIÓN	
cefálica	<input type="radio"/>
pelviana	<input checked="" type="radio"/>
transversa	<input checked="" type="radio"/>

Marcar con una (X) según el tipo de presentación / situación según corresponda: “cefálica”, “pelviana” o “transversa”, diagnosticada en el momento del inicio del trabajo de parto.

4.10 Peso producto (aborto)

PESO PRODUCTO (aborto)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
g		
n/a <input type="radio"/>		

Registrar en gramos el peso del producto en el caso de un aborto. Variable que contribuye al análisis epidemiológico de la mortalidad perinatal, así como para el registro del certificado de defunción.

Marcar (n/a) no aplica, si no se trata de un aborto.

4.11 Tamaño fetal acorde a edad gestacional (EG)

TAMAÑO FETAL ACORDE EG	
no <input checked="" type="radio"/>	si <input type="radio"/>

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No), si el tamaño fetal estimado por maniobras clínicas y las semanas de edad gestacional concuerdan.

4.12 Acompañante

ACOMPANANTE					
	Pareja	Familiar	Partera/o	Otro	Ninguno
TDP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
P	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Esta variable está basada en primer lugar en el derecho que tiene toda madre embarazada a permanecer acompañada por quien ella elija y en segundo lugar porque existen evidencias científicas que indican mejores resultados clínicos en las madres embarazadas que efectivamente tienen acompañamiento, refiérase a la **Guía de Práctica Clínica Atención del trabajo parto, parto y postparto inmediato, MSP, 2015**.

Registrará la presencia durante el trabajo de parto (TDP) y/o parto (P) de una persona (pareja, familiar, partera/o, otro) que ofrece apoyo emocional, información, aliento y confort, en forma continua e individualizada a la madre embarazada.

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

Marcar con una (X) según corresponda. Señalar NO APLICA únicamente cuando la madre acude al servicio de salud sin acompañante, es decir sola. Se deberá verificar siempre preguntando, **“¿alguien le está acompañando, le gustaría que pase a la sala de parto?”**.

4.13 Prácticas interculturales ¹²

PRÁCTICAS INTERCULTURALES			
Vestimenta	Entrega placenta	Ingesta líquidos	Otras
si <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
no <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuál? _____			

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No), si se realizó las siguientes actividades:

- 1.-**Vestimenta:** se permitió la utilización de vestimenta propia (no bata hospitalaria).
- 2.-**Entrega de placenta** (a solicitud de la embarazada).
- 3.-**Ingesta de líquidos claros:** agua, zumos de frutas sin pulpa, café y té sin leche, bebidas energéticas.
- 4.-Señalar **otra**, en el caso de haber realizado otra actividad y detallar específicamente que práctica se hizo.

4.14 Posición parto¹²

POSICIÓN PARTO	
arrodillada <input type="radio"/>	de pie <input type="radio"/>
cucullas <input type="radio"/>	sentada <input type="radio"/>
acostada de lado <input type="radio"/>	litotómica <input type="radio"/>

Marcar con una (X) según corresponda: arrodillada, cucullas, acostada de lado, de pie, sentada y litotómica (ginecológica), ésta debe ser una elección de la madre si lo desea, más no debe ser rutinaria.

Las posiciones verticales o laterales, comparadas con supina o de litotomía, se asocian a una menor duración de la segunda etapa de parto, menos nacimientos asistidos, tasas menores de episiotomías, menor dolor agudo durante la segunda etapa y menos patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal.

4.15 Nacimiento

NACIMIENTO	
VIVO <input type="radio"/>	
día	mes
año	hora
min	
MUERTO <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> Anteparto <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	

Se refiere al estado vital del recién nacido al momento del parto. Marcar con una (X) según corresponda: Vivo o muerto (anteparto, parto, o ignora el momento).

4.16 Fecha y hora del nacimiento

Anotar en el recuadro correspondiente la hora y minutos del nacimiento, así como el día, mes y año, en el formato dd/mm/aaaa.

4.17 Múltiple (nacimiento múltiple)

MÚLTIPLE		orden
no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>

Anotar si el nacimiento corresponde a un nacimiento múltiple (Si/No). 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”.

Nota : En caso de nacimientos múltiples debe llenarse una HCMP individual para cada recién nacido.

4.18 Terminación

Marcar con una (X) según corresponda (espontánea, cesárea, fórceps, vacuum u otra).

TERMINACIÓN	espont. <input type="radio"/>	cesárea <input checked="" type="radio"/>
fórceps <input checked="" type="radio"/>	vacuum <input checked="" type="radio"/>	otra <input checked="" type="radio"/>

4.19 Indicación principal de inducción o parto operatorio

INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO <hr/>	INDUC. CIE 10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	OPER. CIE 10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anotar la causa o causas por las que se indicó la inducción, cesárea, fórceps, o vacuum. Y anotar en el recuadro según codificación CIE-10(4 dígitos).

4.20 Episiotomía

EPISIOTOMÍA
si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/>

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No). No se recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo. La limitación del uso de la episiotomía a indicaciones estrictas tiene una serie de beneficios: menos traumatismo perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones. Si bien la episiotomía puede aumentar el riesgo de traumatismo perineal anterior, no provoca una reducción en la mayoría de las medidas de dolor y de traumatismo perineal o vaginal severos.¹³

4.21 Desgarros (grado 1 a 4)

DESGARROS	no	Grado (1 a 4)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Marcar con una (X) si hubo o no desgarro perineal. Si lo hubo anotar en el recuadro correspondiente el grado respectivo (1a 4).

Desgarro Grado 1: Lesión de piel perineal

Desgarro Grado 2: Lesión del músculos del periné sin afectar el esfínter anal

Desgarro Grado 3: Lesión del esfínter anal

Desgarro Grado 4: Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal.

4.22 Manejo activo (oxitócicos)

MANEJO ACTIVO	
no	si
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No)

Marcar SI cuando se realice las actividades de la tercera etapa de la labor de parto: Administración de oxitocina 10 UI intramuscular dentro del primer minuto después del parto del recién nacido o 5 UI intravenosas administradas lentamente/o ergometrina 0.2 mg intramuscular, tracción y contra tracción controlada del cordón umbilical; masaje uterino.¹⁴

No administre ergometrina a mujeres con preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares).

Marcar No cuando no se hayan realizado las actividades del manejo activo.

4.23 Placenta

PLACENTA	
	no si
completa	<input checked="" type="radio"/>
retenida	<input type="radio"/>

Marcar con una (X) según corresponda; si la placenta se ha expulsado completa (Si/No) o se ha quedado retenida (Si/No).

4.24 Ligadura del cordón al cesar pulsaciones

LIGADURA CORDÓN AL CESAR	
PULSACIONES	
no	si
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No), cuando se realiza la ligadura del cordón umbilical al cesar las pulsaciones.

4.25 Recibió

RECIBÍÓ	Inducto conducción	Oxitócicos en TDP	Antibiot.	Analgesia	Anest. local	Anest. región	Anest. gral.	Transfusión	Sulfato de Mg. preeclam. eclam.
no	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
si	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No), se refiere a la medicación administrada durante el trabajo de parto o parto.

La lista incluye:

- 1.-**Inducto conducción** (misoprostol, prostaglandinas, oxitocina)
- 2.-**Oxitócicos en trabajo de parto** (oxitócicos en TDP)
- 3.-**Antibióticos** (antibiot)
- 4.-**Analgesia**, se refiere al uso de analgésicos intravenosos.
- 5.-**Anestesia local** (anest.local), corresponde a la infiltración del periné con anestésicos locales.
- 6.-**Anestesia regional** (anest. región.), incluye la analgesia peridural, raquídea y mixta.
- 7.-**Anestesia general** (anest. gral).
- 8.-**Transfusión**, se refiere a sangre entera o hemoderivados (glóbulos, plaquetas, plasma).
- 9.-**Sulfato de Magnesio**, se refiere a la administración del medicamento durante el trabajo de parto o parto, como tratamiento de preeclampsia / eclampsia.

4.26 Medicación

Medicación	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
Cuál?		

Marcar con una (X) la casilla que corresponda, se refiere si se administró otro tipo de medicamento durante el trabajo de parto, y el parto, si la respuesta es afirmativa indicar qué se administró.

Sección 5: Morbilidad

5.1. Trastornos hipertensivos

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS		
	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
Eclampsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hellp	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Transitoria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Previa con proteinuria sobreagregada	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Preeclampsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

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

Las variables de la sección son:

- **Eclampsia**

Se refiere a si la madre embarazada con preeclampsia presenta convulsiones y/o estado de coma, se marcará el círculo amarillo que indica eclampsia SI, en caso contrario se anotará NO.

- **Síndrome Hellp**

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

Los signos de Hellp son:

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

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

- **HTA Transitoria**

Una madre embarazada que presente hipertensión que comienza después de la semana 20 de gestación, o después del trabajo de parto, o durante las primeras 24 horas del puerperio y desaparece antes del día 10 del puerperio, y que no se acompaña de proteinuria. En ese caso se marcará el círculo amarillo que dice SI. De no tenerla presente, se marcará NO.

- **HTA previa con proteinuria sobre agregada**

Una madre embarazada que presente hipertensión previa al embarazo y que tenga proteinuria sobre agregada. En ese caso se marcará el círculo amarillo que dice SI. De no presentarla, se marcará NO.

- **En caso de previa.**

La hipertensión previa puede ser Leve o Grave. Se considera Leve en el estado temprano de la enfermedad cardiaca hipertensiva, en la cual hay presión arterial reproducible de 140-159 mm Hg de sistólica y 90 – 109 mm Hg de diastólica. Se considera grave en caso que la paciente presente cifras mayores a esta o existan signos asociados de encefalopatía hipertensiva y/o lesiones de órganos blancos.

- **Preeclampsia grave**

Cuando la madre embarazada presente presión sistólica mayor o igual a 160 mm Hg, presión diastólica mayor o igual a 110 mm Hg o proteinuria mayor o igual a 5 g en orina de 24 horas se marcará SI.

También se marcará SI, cuando además de los signos precedentes exista cualquiera de los siguientes criterios:

- Oliguria menor a 0,3 cc /Kg/hora en 6 horas (menos de 500 cc /día).
- Creatinina aumentada.
- Sin mediciones inminentes de eclampsia (fosfenos, acufenos, cefalea, epigastralgia, visión borrosa u otras alteraciones cerebrales o visuales).
- Edema pulmonar y/o cianosis.
- Plaquetas < a 150.000 por cc.
- Hemoglobina aumentada en estados de hemoconcentración o disminuida en estados de hemólisis.
- Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT) prolongado.
- Razón Internacional Normalizada (INR) prolongado.
- Aspartato Amino Transferasa (AST) > 40 UI/L y menor de 70 UI/L.
- Alanino Amino Transferasa (ALT) > 40 UI/L y menor de 70 UI/L.
- Láctico Deshidrogenasa (LDH) > 400 y menor de 600 UI/L.
- Bilirrubinas aumentadas.

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

5.2. Infecciones

INFECCIONES					
no <input type="radio"/>		si <input checked="" type="radio"/>			
SIRS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Neumonía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Sepsis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Mastitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Endometritis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Gonorrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Infección ovular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Parasitosis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Infección genital	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Infección herida cesárea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Bacteriuria asintomática	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Infección episiorrafia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Pielonefritis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otra infección	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

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

Las variables de la sección son:

- **Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS)**

Corresponde a la sigla en inglés que identifica el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica. Una agrupación de signos clínicos y de laboratorio producto de la activación del sistema inmune en respuesta a un grupo variado de noxas (infecciones, traumatismos, etc.). Se considera que una madre embarazada tiene Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) cuando presenta al menos dos de los siguientes signos:

- Frecuencia Cardíaca (FC) > 90 lpm
- Frecuencia Respiratoria (FR) > 20 rpm
- Temperatura > 38° C o < 36°C
- PaCO₂ < 32 mm Hg
- Leucocitos > 12000 o < 4000
- Neutrófilos en cayado > 10% (desviación a izquierda)

De presentar dos o más de los signos citados se marcará el círculo amarillo que indica SIRS SI, en caso de no haber ningún signo de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) o sólo uno de ellos, se anotará NO.

• Sepsis

La presencia de un Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) con un foco infeccioso ostensible será catalogada como sepsis y se marcará SI, en caso que no haya evidencia de sepsis se marcará NO.

• Endometritis

Toda endometritis, no importa su origen (

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

• Infección ovular

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

• Infección genital

La infección vulvo-vaginal es un proceso infeccioso genital caracterizado por uno o más de los siguientes sin medición: flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez vaginal, determinados por la invasión y multiplicación de microorganismos. Ante la presencia de estos elementos clínicos se marca SI (círculo amarillo), de lo contrario marcar NO.

• Bacteriuria asintomática

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

• Pielonefritis

Se interpretará que la madre embarazada es portadora de una pielonefritis cuando tenga un cuadro clínico caracterizado por dolor lumbar, fiebre y síndrome urinario bajo y/o presente un recuento bacteriano igual o superior a 100.000 colonias por cc de orina, o tira reactiva positiva para infección urinaria. En cualquiera de estos casos se marcará el círculo

amarillo que indica pielonefritis SI. En caso negativo (no hay evidencia de infección) se marcará NO.

- **Neumonía**

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

- **Mastitis**

Es una afección inflamatoria de la mama, la cual puede acompañarse o no de infección asociada a la lactancia. En caso que esté presente se marcará SI, en caso que no haya evidencia se marcará NO.

- **Gonorrrea**

Enfermedad infecciosa de transmisión sexual que se caracteriza por la inflamación de las vías urinarias y los genitales y que produce un flujo excesivo, inflamación y disuria y es producida por la colonización por el gonococo. En caso que esté presente se marcará SI, en caso que no haya evidencia se marcará NO.

- **Parasitosis**

Es un complejo grupo de afecciones causadas por ciertos parásitos (protozoarios y helmintos) que afectan primariamente el intestino, que se diagnostica por la presencia de los mismos en las heces a simple vista o a través de examen coproparasitario. En caso que esté presente se marcará SI, en caso que no haya evidencia se marcará NO.

- **Infección herida cesárea**

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

- **Infección episiorrafia**

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

- **Otra infección**

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

5.3. Hemorragia

HEMORRAGIA					
1 TRIM. no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		2 TRIM. no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		3 TRIM. no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	
Post aborto	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Rotura uterina	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		
Mola hidatiforme	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Hemorragia postparto	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		
Embarazo ectópico	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Atonía uterina	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		
Placenta previa	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Desgarros	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		
Acretismo placentario	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Restos	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		
DPPNI	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Defecto de coagulación	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		

“Hemorragia” es una variable resumen. Usted debe marcar SI en caso que haya marcado SI en al menos una de las variables de la sección inferior, seleccionando el trimestre de ocurrencia. Cuando no haya marcado ninguna se anotará NO.

Las variables de la sección son:

- **Postaborto**

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

- **Mola hidatiforme**

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

- **Embarazo ectópico**

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

- **Placenta previa**

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

- **Acretismo placentario**

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

- **Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normalmente Inserta (DPPNI)**

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

- **Rotura uterina**

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

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

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

- **Hemorragia postparto**

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

- **Atonía uterina**

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

- **Desgarros**

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

- **Restos**

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

- **Defecto de coagulación**

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

5.4 Trastornos metabólicos

TRASTORNOS METABÓLICOS			
		no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
DIABETES MELLITUS		no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
Tolerancia oral a la glucosa anormal		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
D.M. insulino dependiente previa		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
D.M. no insulino dependiente previa		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
D.M. gestacional		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
TRASTORNOS TIROIDEOS		no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
Hipotiroidismo		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hipertiroidismo		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Crisis tiroidea		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Otro trastorno metabólico		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

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

Sub-sección 1. Diabetes Mellitus (DM)

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

- **Tolerancia oral a la glucosa anormal**

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

- **D.M. insulino dependiente previa**

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

- **D.M. no insulino dependiente previa**

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

- **D.M. gestacional**

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

Sub- sección 2. Trastornos Tiroideos

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

- **Hipotiroidismo**

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

- **Hipertiroidismo**

- **Crisis tiroidea**

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

5.5 Otros trastornos

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

Las variables de la sección son:

- **Hiperémesis gravídica**

- Trombosis venosa profunda (**TVP**)

- Trombo embolismo pulmonar (TEP)

52

dolor torácico no retroesternal, hemoptisis, roce pleural o hipoxemia (que corrige con FiO₂ del 40%) y que concurrentemente tiene taquicardia (>90 lpm), febrícula y síntomas en miembros inferiores. Se marcará NO, si no hay evidencias de él.

- **Embolia de líquido amniótico**

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

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

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

- **Cardiopatía**

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

- **Valvulopatía**

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

- **Convulsiones**

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

- **Oliguria**

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

- **Anemia ferropriva**

Se considera como anemia durante el embarazo cuando la cifra de hemoglobina está por debajo de 11 g/L de sangre y el hematocrito menor que 33% durante el tercer trimestre de la gestación. Se entiende que si la cifra de hemoglobina es menor que 95 g/L, la anemia es intensa. En caso que esté presente, se marcará que SI, de lo contrario se marcará que NO.

- **Anemia falciforme**

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

- **Enfermedad renal**

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

- **Neoplasia maligna**

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

- **Trastorno psiquiátrico**

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

- **Alteraciones del estado de conciencia**

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

- **Otros**

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

5.6 Complicaciones obstétricas

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS		no	si
Parto obstruido	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	
Rotura prolongada de memb.	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Polihidramnio	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
Oligoamnios	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Sufrimiento fetal agudo	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
	Restricción de crecimiento intrauterino	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	

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

Las variables de la sección son:

- **Parto obstruido**

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

- **Rotura prolongada de membrana**

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

- **Oligoamnios**

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

- **Polihidramnios**

Aumento del líquido amniótico (ecografía que muestre ILA>18-24 en el tercer trimestre). En caso que esté presente, se marcará SI, de lo contrario se marcará NO.

- **Sufrimiento fetal agudo**

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

- **Restricción de crecimiento intrauterino**

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

5.7 Intervenciones

INTERVENCIONES													
Alumbramiento manual	si	no	s/d	Vía venosa central	si	no	s/d	Nro. de vol.	Laparotomía (excluye cesárea)	si	no	s/d	días
Uterotónicos para tto. hemorragia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Administración de hemoderivados	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	Ingreso a UCI < 7 días	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
									Uso de ATB IV para tto. de complicación infecciosa	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Cuáles _____								Cuáles _____					

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

Las variables de la sección son:

- **Alumbramiento manual**

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

- **Uterotónicos para tratamiento de hemorragia**

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

- **Cuál/es**

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

- **Vía venosa central**

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

- **Administración de hemoderivados**

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

- **Número de volumen**

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

- **Laparotomía (excluye cesárea)**

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

- **Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos**

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

- **Días**

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

- **Uso de antibióticos (ATB) intravenoso para tratamiento de complicación infecciosa**

Se anotará SI, en caso que se administren antibióticos por vía intravenosa para tratar una infección establecida. Se indicará NO, cuando no se administraron antibióticos

parenterales, S/D cuando se desconoce el dato. El uso de antibióticos profilácticos en caso de cesárea o como medida de prevención de la transmisión materno fetal del estreptococo Beta hemolítico no deberá ser considerado en esta variable.

- **Cuál/es**

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

Procedimientos para detener / contener la hemorragia

Procedimientos para detener/contener la hemorragia			
Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas / hipogástricas	si <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>	s/d <input type="radio"/>
Embolizaciones	si <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>	s/d <input type="radio"/>
Traje antishock no neumático	si <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>	s/d <input type="radio"/>
Balones hidrostáticos	si <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>	s/d <input type="radio"/>

- **Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas**

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

- **Embolizaciones**

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

- **Traje anti shock no neumático**

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

- **Balones de compresión / hidrostáticos**

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

Sección 6: Postparto

Objetivo: Evidenciar el bienestar de la madre durante el puerperio e identificar signos de alerta que pueden poner en riesgo la vida de la madre.

POSTPARTO										
día	hora	T°C	TA	FR	pulso	Sat.	est. conc	inol. uter	loquios.	SCORE MAMA

Esta sección está destinada al registro de los controles del puerperio. Se anotará los tres primeros controles realizados cada 15 minutos, del total de 8 controles que recomienda la norma, los demás deberán anotarse en la hoja de evolución Formulario 005, durante las dos primeras horas después del parto:

- 1.-**El día y la hora:** el momento del examen puerperal,
- 2.-**Temperatura** al momento del examen en grados centígrados y décimas (ej.: 36,4 °C).
- 3.-**Tensión arterial:** (TA) en mm de Hg,
- 4.-**Frecuencia respiratoria:** es el indicador más sensible del deterioro de la fisiología y es necesario documentar en cada medición de signos vitales.
- 5.-**Pulso** número de latidos por minuto
- 6.-**Saturación:** La saturación de oxígeno se supervisa de forma rutinaria en mujeres en período posparto, ya que determina la gravedad de una enfermedad.
- 7.-**Estado de conciencia:** El nivel de conciencia debe ser evaluado en todas las madres embarazadas. Una alerta de gravedad se desencadena dependiendo el puntaje:
 - Alerta y consciente = 0
 - Responde a la voz = 1
 - Responde al dolor = 2
 - No responde = 3
- 8.-**Involución uterina:** se refiere a si existe o no Globo de seguridad de Pinnard y el grado de involución del útero contraído (cont), flácido (flac).
- 9.-**Loquios:** examinar principales características: fetidez, cantidad, coágulos, sanguinolentos, etc. Colocar según estos parámetros son normales o anormales.
- 10.-**Sumatoria SCORE MAMA:** El puntaje se calcula dependiendo del valor en el signo vital obtenido en la medición de signos vitales de la madre en el posparto.

6.1 Inmunoglobulina anti – Rh (D)

Imunoglobulina anti Rh D	no <input checked="" type="radio"/>	si <input type="radio"/>	n/c <input type="radio"/>
--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------

Marcar con una (X) según corresponda (si/no/no aplica), si se administra o no la vacuna.

La inmunoglobulina anti-Rh (D) es un anticuerpo pasivo que solo evita la inmunización, hecho que obliga a administrar una nueva dosis cada vez que se produce una nueva exposición. Utilizada para la prevención de la Enfermedad Hemolítica del Recién Nacido, de madres Rh negativas y la profilaxis de la inmunización en personas Rh negativas después de una transfusión incompatible de sangre total, concentrado de eritrocitos o plaquetas Rh positivo.

Sección 7: Morbilidad Materna Grave

Variables identificar casos de (NEAR MISS)

Marcar con una (X) la casilla que corresponda.

Morbilidad grave es aquella que presenta una mujer que casi muere pero sobrevive a una complicación que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de terminado el embarazo.¹⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone que además de la vigilancia de la Mortalidad Materna, se realice la vigilancia de la Mortalidad Materna Grave por considerar que ésta última ofrece ventajas como la posibilidad de analizar un mayor número de casos, la disponibilidad de la fuente primaria de la información (que en este caso es la mujer sobreviviente), y la menor prevención por parte de los equipos de salud para su análisis gracias a las pocas implicaciones legales asociadas al manejo de cada caso en particular.

Mortalidad Materna Grave

Criterios Clínicos disfunción órgano - sistema: alteración de signos vitales, estado de conciencia y disminución de diuresis, asociado a pérdidas hemáticas, procesos infecciosos.

Laboratorio: cualquier alternación dentro de los criterios de atención.

Criterios de enfermedades sobre agregadas: trastornos hipertensivos del embarazo, síndrome de Hellp, edema pulmonar, hemorragia por aborto o embarazo ectópico, o post parto, ruptura uterina, acretismo placentario, desprendimiento de placenta normo inserta, sepsis, endometritis, pielonefritis, neumonía, Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS), trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, otras afecciones como crisis tiroidea o cetoacidosis diabética.

Intervenciones realizadas: remoción de restos ovulares, alumbramiento manual, uterotónicos para hemorragia, activación de código rojo, sutura de desgarros complicados, administración de hemoderivados, ligadura de arterias uterinas o embolización de las mismas, laparotomía, uso de antibióticos intravenosos para complicación infecciosa.

Causa principal de morbilidad: definida como la afección primaria causante de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo la madre embarazada, o la lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la morbilidad.

Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera la mayor causante del uso de recursos.

Otras causas: aquellas que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de atención y afectaron el tratamiento de la embarazada. Las que hayan afectado a la embarazada pero que no inciden en el episodio actual no se deben registrar.

Se realizará una clasificación en directas o indirectas, según la causa:

Causas directas: Mortalidad Materna Grave que es producida por complicaciones del embarazo, parto y/o puerperio, por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o por una cadena de eventos resultantes de uno de ellos. Ejemplo: pre-eclampsia.

Causas indirectas: Mortalidad Materna Grave que es producida por enfermedades preexistentes o enfermedades que se desarrollan durante el embarazo y no se deben a causas obstétricas directas, pero que son agravadas por el embarazo. Ejemplo: cardiopatía.

Consta de 3 secciones:

1. Criterios Clínicos/ Disfunción órgano - sistema
2. Criterios de Laboratorio
3. Criterios de Intervenciones

3. Respiratorio

- **Cianosis aguda**

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

- **Respiración jadeante**

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

- **Taquipnea severa $fr > 40$ rpm**

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

- **Bradipnea severa $fr < 6$ rpm**

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

4. Renal

- **Oliguria resistente a líquidos o diuréticos**

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

5. Hematológicos/coagulación

- **Alteraciones de la coagulación**

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

6. Neurológico

- **Coma**

El coma es un estado de pérdida la conciencia en el que “no se emiten palabras, no se obedecen órdenes, no se fija la mirada y no se reacciona ante el dolor”. Cuando exista una

depresión neurológica caracterizada por la pérdida de la conciencia, se podrá decir que la embarazada está en coma y se marcará el círculo amarillo que indica SI, en caso contrario se marcará NO y en caso que no se conozca el dato se marcará S/D.

- **Inconsciencia prolongada > 12 hs.**

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

- **Accidente cerebro vascular**

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

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

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

- **Convulsiones incontrolables/estado de mal epiléptico**

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

- **Parálisis generalizada**

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

7.2 Laboratorio

LABORATORIO			
Laboratorio:	si	no	s/d
Plaquetas < 50000 por ml	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creatinina > 300 micromoles/l o > 3,5 mg/dl	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bilirubina > 100 moles/l o > 6,0 mg/dl	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pH < 7.1	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Po2 < 90% > 1 hora	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PaO2/FiO2 < 200 mmHg	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lactato > 5 mmol/L o 45 mg/dl	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- **Plaquetas < 50.000**

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

- **Creatinina > 300 micromoles/L o > 3,5mg/dL**

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

- **Bilirrubina > 100 moles/L o > 6,0 mg/dL**

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

- **PH < 7,1**

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

- **PO2 < 90% > 1 hora**

Se marcará SI, cuando los niveles de la presión parcial de oxígeno en sangre sea menor a 90% al menos por un período de una hora. Se anotará NO, cuando los valores de la PO2 sean iguales o inferiores a 90%. En caso que se desconozca si el examen fue realizado o no se cuente con el resultado se indicará S/D.

- **PaO2 /FiO2 < 200 mmHg > 1 hora**

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

- **Lactato > 5umol/L o 45 mg/dL**

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

7. 3 Intervenciones

INTERVENCIONES	
Administración continua de agentes vasoactivos	<div> <div>si</div> <div>no</div> </div> <div> <div><input checked="" type="radio"/></div> <div><input type="radio"/></div> </div>
Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia	<div> <div>si</div> <div>no</div> </div> <div> <div><input checked="" type="radio"/></div> <div><input type="radio"/></div> </div> <div> <div>días</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div>
Administración > 3 vol. de hemoderivados	<div> <div>si</div> <div>no</div> </div> <div> <div><input checked="" type="radio"/></div> <div><input type="radio"/></div> </div>
Ingreso de UCI > 7 días	<div> <div>si</div> <div>no</div> </div> <div> <div><input checked="" type="radio"/></div> <div><input type="radio"/></div> </div> <div> <div>días</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div>
Histerectomía	<div> <div>si</div> <div>no</div> </div> <div> <div><input checked="" type="radio"/></div> <div><input type="radio"/></div> </div>
Díalisis en caso de IRA	<div> <div>si</div> <div>no</div> </div> <div> <div><input checked="" type="radio"/></div> <div><input type="radio"/></div> </div>
Reanimación cardio-pulmonar	<div> <div>si</div> <div>no</div> </div> <div> <div><input checked="" type="radio"/></div> <div><input type="radio"/></div> </div>

Cuáles
 Criterios Neer Miss
 FLASOG > 3VOL
 OMS > 5VOL

- **Administración continua de agentes vaso activos**

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

- **Cuál/es**

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

- **Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia**

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

- **Días**

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

- **Administración ≥ 3 vol de hemoderivados**

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

- **Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos UCI ≥ 7 días**

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

- **Histerectomía**

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

- **Diálisis en caso de Insuficiencia Renal Aguda (IRA)**

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

- **Reanimación cardio pulmonar**

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

Sección 8: Recién nacido

RECIÉN NACIDO				P. CEFÁLICO cm	
SEXO		PESO AL NACER		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> , <div> <div></div> </div>	
H	M				
<div></div>	<div></div>	g		LONGITUD cm	
no definido <div></div>		<2500 g <div></div> >4000 g <div></div>		<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> , <div> <div></div> </div>	

Objetivo: evidenciar las condiciones del recién nacido, el manejo adecuado en los primeros minutos de vida, y las intervenciones implementadas de prevención, así como el tratamiento de las complicaciones.

Los datos de esta sección se obtienen al momento de la recepción del recién nacido.

Los recién nacidos sanos, aunque no presenten ningún problema, requieren una serie de cuidados, procedimientos, de una valoración cuidadosa de su estado general y de la correcta instauración de la lactancia.

Un recién nacido puede considerarse aparentemente sano si es a término (≥ 37 semanas de gestación), si su historia (familiar, materna, gestacional y perinatal), si su examen físico y su adaptación lo garantizan.

Criterios para clasificar al recién nacido (RN) al nacimiento:

- **Recién nacido (RN) o neonato:** Niño/a que nace vivo/a, producto de una gestación de 22 semanas o más; desde que es separado/a del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina.
- **Recién nacido con bajo riesgo al nacer:** Recién nacido que cumple con los siguientes criterios: rosado/a, llanto fuerte, adecuada respiración, activo/a, frecuencia cardíaca >100 latidos por minuto, peso >2.500 gramos, edad gestacional >37 semanas de gestación.
- **Recién nacido con mediano riesgo al nacer:** Recién nacido que cumple con los siguientes criterios: peso entre 2000 gramos o < y 2500 gramos o > ó entre 3500 y 4000 gramos, edad gestacional entre 35 y 37 semanas de gestación.
- **Recién nacido con alto riesgo al nacer:** Recién nacido que cumple con los siguientes criterios: peso > 4000 ó < 2000 gramos, edad gestacional <35 ó > 41 semanas, ruptura prematura de membranas mayor de 24 horas (en <2000 gramos o < 35 semanas), anomalías congénitas mayores, fiebre materna, infección uterina, cianosis persistente, trauma importante al nacimiento, liquido meconial, madre Rh (-).¹⁶

8.1 Sexo

Marcar con una (X) el casillero que corresponda (hombre, mujer ó no definido).

8.2 Peso al nacer

Anotar en el recuadro correspondiente el peso en gramos al nacer y marcar con una (X) en el casillero amarillo, si el peso es menor de 2500 gramos, ó mayor de 4000 gramos.

El peso del recién nacido se ha constituido una de las variables predictoras de la morbilidad y mortalidad infantil. Cuanto menor es el peso, mayor es la probabilidad de morir durante el primer año de vida, siendo el bajo peso al nacer el mayor determinante de la mortalidad en este grupo poblacional y el responsable del 66 % de todas las muertes neonatales (1). Una de las variables antropométricas más utilizadas para evaluar el crecimiento fetal es el peso al nacer y, una tabla que relacione éste con la edad gestacional en ese momento, permite la clasificación de los recién nacidos según los percentiles, por ejemplo: recién nacidos grandes, los que se encuentran por encima del percentil 90 o recién nacidos pequeños, los que se hallan por debajo del percentil 10.¹⁷

Según el peso al nacer se clasifica de la siguiente manera:

Recién nacido con bajo peso al nacer (BPN):

1.-Bajo peso al nacer (BPN), cuando se ubica en la curva entre 500 y 2.500 gramos, independiente a su edad gestacional. Es decir, menor o igual a 2.500 gramos.

2.-Muy bajo peso al nacer (MBPN), cuando se ubica en la curva entre 1.000 y 1.500 gr, independiente de su edad gestacional, o sea < 1.499 gr.

3.-Extremado bajo peso al nacer (EBPN), cuando se ubica en la curva entre 500 y 999 gr, independiente de su edad gestacional, o sea < 1.000 gr.

4.-Recién Nacido con peso alto al nacimiento:

5.-Macrosómico: Es decir cuando el peso del recién nacido es de 4000 gramos o más.

8.3 Perímetro cefálico en centímetros

Es un indicador del desarrollo neurológico a partir de la evaluación indirecta de masa cerebral. En los prematuros se espera un aumento de 0.1 a 0.6 cm a la semana. Sin embargo, es normal que durante la primera semana de vida extrauterina, el perímetro disminuya alrededor de 0.5 cm, debido a la pérdida de líquido extracelular.

En los recién nacidos a término se espera una ganancia promedio de 0.5 cm a la semana durante los tres primeros meses de vida. Cuando el aumento es mayor a 1.25 cm a la semana es un signo de sospecha de hidrocefalia o hemorragia intraventricular.

Por el contrario, si la ganancia es mínima o nula, podría existir una patología neurológica asociada con microcefalia.

El perímetro cefálico de los prematuros también debe ser corregido para la edad gestacional hasta los 24 meses de edad, considerando la validez de las tablas de referencia para prematuros¹⁸.

Ubicar la medida del perímetro cefálico en las curvas correspondientes, ayuda a detectar anomalías en forma precoz (macrocefalia, por encima del perímetro cefálico 90 o microcefalia, por debajo del perímetro cefálico 10).¹⁵

Anotar en el recuadro correspondiente, la medida en centímetros.

8.4 Longitud en centímetros cm

Es un indicador del tamaño corporal y de la longitud de los huesos. Tiene la ventaja sobre el peso porque no se ve alterada por el estado hídrico del paciente y los cambios a largo plazo reflejan el estado de nutrición en forma crónica.

Específicamente, el índice peso/longitud es un indicador de desnutrición.

El neonato debe ser colocado en posición supina, con el cuerpo alineado en posición recta sobre el eje longitudinal del paidometro, de manera tal que los hombros y la cadera tengan contacto con el plano horizontal y que los brazos se encuentren a los lados del tronco. La coronilla de la cabeza debe tocar la base fija del paidometro y debe ser colocada en el plano

de Frankfort (línea imaginaria trazada desde el extremo inferior de la órbita hasta el borde superior del conducto auditivo externo); es decir, alineado perpendicularmente al plano horizontal.

Anotar en el recuadro correspondiente, la longitud del recién nacido en centímetros.

8.5 Edad gestacional

EDAD GESTACIONAL	
sem.	días.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> FUM <input type="radio"/> ECO <input checked="" type="radio"/> ESTIMADA	

La valoración de la edad gestacional del recién nacido se puede basar en:

1.-Fecha de la última menstruación (FUM): Sumar los días desde el primer día de la última menstruación (F.U.M.) hasta el día del parto y dividirlos entre 7 días que trae cada semana y se obtendrá así la edad gestacional.

2.-Estimación por ecografía fetal precoz: la valoración se la puede realizar con una ecografía temprana (primer trimestre del embarazo), porque mide la longitud del embrión y determina así (con un margen de error de cuatro días) la fecha en la que se produjo la fecundación del óvulo.

3.-Evaluación Física- Estimada: la evaluación de la edad gestacional consiste en la observación de una serie de características físicas y neurológicas a partir de las cuales se asigna una puntuación determinada de la que se infiere una edad gestacional.

Nota: Cuando no se tiene acceso al ultrasonido durante la primera mitad del embarazo. Si la fecha de la última menstruación (FUM) es confiable y los ciclos son de 28 días, la estimación de la EG por FUM sigue siendo útil en la práctica, a pesar de presentar errores aleatorios y sistemáticos.

Se puede basar en la fecha de la última menstruación), por Eco (Ecografía) ó por evaluación física -estimada.

8.6 Peso EG (peso para edad gestacional)

PESO E.G.
<input type="radio"/> adec.
<input checked="" type="radio"/> peq.
<input checked="" type="radio"/> gde.

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

Se usa un patrón (tablas de referencia de la distribución de peso en las diferentes edades gestacionales - percentiles) de acuerdo a donde se ubique en esta gráfica, el recién nacido podrá ser catalogado como “adecuado”, “pequeño” o “grande, para la edad gestacional.

Marcar con una (X) según corresponda (adecuado, pequeño, grande).

8.7 Apgar en minutos

APGAR (min)			
1 ^{er}	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
5 ^{to}	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
10 ^{mo}	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> n/a		

La valoración de Apgar es un método objetivo de cuantificar la condición del recién nacido, por lo común se asigna al minuto de vida y nuevamente a los cinco minutos de vida. Es útil para obtener información acerca del estado general (1 minuto) y de la reacción a la reanimación (a los 5 minutos – 10 minutos).

Sin embargo, la reanimación debe iniciarse antes que se otorgue la valoración, no se debe esperar valorar el apgar para iniciar la reanimación.

Anotar el puntaje de APGAR al 1^{er}, 5^{to} minuto de vida. Cuando la valoración de Apgar es menor de 07 al 5^{to} minuto de vida, se debe realizar una valoración adicional al 10^{mo} minuto¹⁹, si el Apgar al 5^{to} minuto de vida es mayor a 07, marque no aplica.

8.8 Reanimación

	no	si
estimulac.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aspiración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
máscara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bolsa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tubo endotraq.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
masaje c.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
medicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Este casillero incluye la lista de procedimientos que pueden ser utilizados durante la recepción/ reanimación del recién nacido.

El tiempo transcurrido durante un procedimiento de reanimación neonatal es de vital importancia para asegurar, no solo la supervivencia, sino la integridad neurológica del niño(a) y una vida de calidad. Cuanto más tiempo se utilice para iniciar una reanimación el deterioro neurológico es mayor¹⁷

Los pasos a continuación son un resumen de la norma a seguir descrito en el texto: **Sexta Edición de Reanimación Neonatal de la Academia Americana de Pediatría, 2011**. Para mayor detalle revisar el documento completo.

Estimulación: seque al neonato completamente al nacer. El secado ayuda a mantener al bebé caliente y estimula la respiración. Un recién nacido mojado con líquido amniótico puede enfriarse aún en una habitación caliente. Seque el cuerpo, brazos, piernas frotando suavemente con un paño. El bebé que está llorando necesita atención rutinaria, el llanto significa que el bebé esta respirando adecuadamente²⁰.

Si el recién nacido no tiene respiraciones adecuadas, se puede proporcionar estimulación táctil adicional, para estimular la respiración. Es importante entender los métodos correctos de estimulación táctil. La estimulación puede ser útil para instar a un bebé a que comience a respirar durante los pasos iniciales de la reanimación, y también se puede usar para estimular la continuación de la respiración luego de una ventilación con presión positiva (VPP).

Aspiración: las secreciones se pueden retirar de las vías aéreas al succionar primero la boca y la nariz, use una pera de goma para eliminar el líquido que pareciera estar bloqueando las vías aéreas, solo si es necesario.

Al usar succión de la pared o de una bomba, la presión de succión debe estar configurada de modo tal que, al bloquear la sonda de succión, la presión negativa (vacío) sea de aproximadamente 100 mm Hg.

La boca se succiona antes que la nariz, para garantizar que no haya nada que el recién nacido pueda aspirar en caso de que boquee cuando se le succione la nariz. Puede recordar que la boca va antes que la nariz pensando en que la "B" está antes que la "N" en el abecedario. Si no se quita las secreciones de la boca y la nariz antes de que el recién nacido respire, es posible que esas secreciones se aspiren a la tráquea y a los pulmones. Cuando esto ocurre, las consecuencias respiratorias pueden ser graves²¹

Máscara: el oxígeno suplementario no suele necesitarse como rutina al principio de una reanimación. No obstante, cuando un recién nacido se ve cianótico o las lecturas del oxímetro son inferiores a lo esperado durante la reanimación, es probable que los niveles de oxígeno aumenten más rápidamente si se administra una concentración de oxígeno superior al 21% del oxígeno en el aire del ambiente.

Pero la administración de oxígeno al 100% probablemente aumente las saturaciones de oxígeno más rápidamente que lo que sucedería en un bebé sano después del nacimiento, e incluso podrían alcanzarse niveles tóxicos. Esto es particularmente probable si el bebé es prematuro, o si la administración de oxígeno dura más de algunos minutos, incluso en un bebé nacido a término.

Lo mejor es usar una concentración de oxígeno que pueda variarse entre 21 y 100%. Esto requerirá de una fuente de aire comprimido y un mezclador de oxígeno. La máscara debe sostenerse a 2.5 centímetros de las vías aéreas, para mantener la concentración de oxígeno, pero no con tanta firmeza como para que acumule presión dentro de la máscara.¹⁹

Bolsa: si el neonato no respira (apneico) o respira de manera entrecortada, si la frecuencia cardíaca es de menos de 100 latidos por minuto (lpm) aunque respire y/o si la saturación permanece por debajo de los valores objetivo pese a haber aumentado a 100% el oxígeno complementario de flujo libre, el paso a dar a continuación es la administración de ventilación con presión positiva.

Corresponde a la bolsa autoinflable para recién nacidos, tiene un volumen mínimo de aproximadamente 200 ml y un máximo de 750 ml. Los bebés nacidos a término sólo necesitan de 10 a 25 ml por ventilación (4 a 6 ml/kg). Las bolsas más grandes de 750 ml, diseñadas para niños más grandes y adultos, hacen que sea difícil proporcionar volúmenes tan pequeños y administrar presión pico controlada.

La selección de una máscara para usar con un recién nacido en particular depende de lo bien que calce la máscara y se adapte a la cara del recién nacido. La máscara correcta logrará un sello ajustado entre la máscara y la cara del recién nacido¹⁹.

Tubo endotraqueal: la intubación endotraqueal puede realizarse en varios puntos durante la reanimación:

Si hubiera meconio y el bebé presenta respiraciones, tono muscular o frecuencia cardíaca deprimidos, el primer paso que deberá llevar a cabo es la intubación de la tráquea, antes de comenzar con cualquier otra medida de reanimación.

Si la ventilación con presión positiva (VPP) no da como resultado una mejoría clínica adecuada y no hay buenos movimientos del pecho, podría decidir intubar para poder administrar una ventilación adecuada en vez de continuar con los esfuerzos correctivos para optimizar la ventilación con máscara.

Si la necesidad de VPP dura más de algunos minutos, puede optar por intubar para mejorar la eficacia y la facilidad de la ventilación asistida.

Si se necesitan compresiones, la intubación facilitará la coordinación de las compresiones torácicas y la ventilación y maximizará la eficiencia de cada respiración con presión positiva.

Cuando ocurren indicaciones especiales, como por ejemplo una prematurez extrema, la administración de surfactante o la sospecha de una hernia diafragmática.¹⁹

Masaje Cardíaco: no comience el masaje cardíaco hasta no haber asegurado una ventilación adecuada.

En cualquier momento si hay ausencia de latido cardíaco y la frecuencia cardíaca inferior a 60 latidos por minuto tras 30 segundos de ventilación con presión positiva inicie el masaje cardíaco. **Técnica:** colocar los pulgares (uno al lado del otro en caso de recién nacido a término o uno encima del otro si es pretérmino) sobre el tercio inferior del esternón, por debajo de la línea intermamilar, y el resto de los dedos abrazando el tórax.

La profundidad de la compresión debe ser 1/3 del diámetro antero posterior del tórax. El ritmo de compresión/ventilación debe ser 3/1: Tres compresiones seguidas de una ventilación¹⁹. Este nivel de reanimación siempre debe realizarse entre dos personas capacitadas.

Medicación: antes de administrar medicamentos en una reanimación intensiva, es preciso comprobar varias veces la eficacia de la ventilación, asegurarse de que haya una adecuada expansión del tórax y estén presentes sonidos respiratorios bilaterales audibles con cada respiración.²²

Marcar con una (X) todos los procedimientos realizados según corresponda (estimulación, aspiración de boca y nariz, administración de oxígeno con máscara, administración de oxígeno con bolsa auto inflable por flujo (Bolsa), intubación endotraqueal (TET), masaje cardíaco, medicamentos).

8.9 Fallece en lugar de parto



Marcar con una (X) en SI cuando el neonato nació vivo (esfuerzo respiratorio, latidos cardiacos, latidos del cordón umbilical) pero falleció en la sala de partos; de lo contrario marcar con una (X) en NO.

8.10 Traslado

TRASLADO	
aloj. conj.	neona tolog.
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Marcar con una (X) según corresponda:

- 1.-Alojamiento conjunto si el neonato permanece junto a su madre después del parto.
- 2.-Ingreso a la Unidad de Neonatología, ya sea Intensiva, Intermedia o Básica.

8.11 Atendió

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

Marcar con una (X) la casilla que corresponda, se refiere al personal que atendió a la madre (PARTO) y al recién nacido (NEONATO), en la casilla que corresponda: (médico, obstetriz, enfermera, auxiliar, estudiante, empírica (partera), otro) y a continuación anotar el nombre completo.

8.12 Tipificación al recién nacido (RN)

Tipificación R.N.

Conocer el grupo sanguíneo y el factor Rh, es fundamental en situaciones de emergencia en las que sea necesario transfusión o ante la presencia de ictericia neonatal. Existen cuatro grupos sanguíneos: A, B, AB y 0. La diferencia entre ellos es la presencia o ausencia de antígenos en cada uno de los glóbulos rojos. Estos antígenos son proteínas de las células que provocan una respuesta inmune cuando detectan la presencia de otros antígenos que no tienen estos glóbulos rojos. Por esta razón, cuando se hace una transfusión es preciso que sea con aquel tipo de sangre que tenga sus mismos antígenos. De lo contrario, se podría producir una reacción de sensibilización al sistema inmune.

Anotar en el recuadro correspondiente el resultado del tipo de sangre del recién nacido.

8.13 Vitamina k

Vitamina K	
no	si
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

La deficiencia de vitamina K puede causar hemorragia en neonatos durante las primeras semanas de vida. Esto se conoce como enfermedad hemorrágica del recién nacido (EHRN). Esta enfermedad se agrupa en tres categorías: aparición temprana, aparición clásica y aparición tardía.

La aparición temprana ocurre dentro de las 24 horas posteriores al parto.

La aparición clásica ocurre en la primera semana posterior al nacimiento, los sitios de hemorragia frecuentes son el gastrointestinal, el nasal y los sitios de venopunción.

La aparición tardía ocurre entre la semana 2 y 12. Los sitios de hemorragia más frecuentes son el intracraneal, el gastrointestinal y los sitios de venopunción..

Generalmente, la vitamina K se administra como profilaxis después del nacimiento para la prevención de la EHRN. La vía de administración es intramuscular, en el muslo derecho.²³.

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No), si se aplicó o no la vitamina K al recién nacido.

8.14 Profilaxis ocular

Profilaxis Ocular	
no	si
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se recomienda la realización de la profilaxis oftálmica en la atención rutinaria. La profilaxis oftálmica reduce de forma drástica la incidencia de oftalmía gonocócica y la ceguera. Se recomienda colocar una dosis única de pomada oftálmica de eritromicina al 0,5% para la profilaxis oftálmica del recién nacido (RN). La solución de nitrato de plata puede producir conjuntivitis química transitoria en el recién nacido (RN), por lo que debe evitarse. El tiempo de administración de profilaxis oftálmica puede ampliarse hasta las cuatro horas tras el nacimiento¹⁰.

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No), si se aplicó profilaxis ocular al recién nacido.

8.15 Método canguro

MÉTODO CANGURO	
Amerita	Se aplica
no	si
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
si	no
<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

La aplicación de método canguro se recomienda exclusivamente para recién nacidos/as prematuros o de peso bajo que se encuentran **en rangos normales**, especialmente en aspectos de respiración, termorregulación y deglución.

Una vez adaptado a la vida extrauterina, el niño prematuro y su madre, inician el entrenamiento en el hospital, preparándose para la alimentación materna, el método canguro y el egreso. Cuando se autorice la salida, el neonato va a casa con su familia, permaneciendo en contacto directo piel a piel las 24 horas del día, en el pecho de su madre, de su padre u otro miembro de la familia capacitado, con lactancia materna exclusiva y con el compromiso de asistir a la consulta de seguimiento muy rigurosa, donde se valorará su

desarrollo psicomotor, su visión, su audición y su crecimiento somático. Este seguimiento permite detectar desviaciones tempranamente y actuar rápidamente para evitar, hasta donde sea posible, la aparición de secuelas²⁴.

El registro de la variable se realiza de la siguiente manera:

En la columna **Amerita:**

- 1.-Marcar con una (X) en “no” si el/la RN es: (a término o tiene 2.500 g o más).
- 2.-Marcar con una (X) en “sí” si el/la RN es: (prematureo o tiene PBN (Peso Bajo al nacer, menor o igual a 2.500 g).

Si el recién nacido (RN) amerita Método Canguro, en la columna de **Se aplica:**

- 1.-Marcar con una (X) en “sí” cuando el/la recién nacido (RN) prematureo o Peso Bajo al Nacer fue atendido con método canguro mientras estuvo en el hospital.
- 2.-Marcar con una (X) en “no” cuando el/la recién nacido (RN) prematureo o PBN no fue atendido con método canguro mientras estuvo en el hospital.

8.16 Examen físico normal

	NORMAL
EXAMEN FÍSICO	no <input checked="" type="radio"/>
	sí <input type="radio"/>

El examen físico tiene como objetivo asegurar que no existen signos de patologías importantes que requieran intervención e identificar anomalías congénitas de consideración.

Lo ideal es realizar el examen físico de un recién nacido desde su nacimiento, de la siguiente manera:

1.-En las primeras 4-6 horas de vida

Tiene como finalidad comprobar la adaptación cardiorrespiratoria y neurológica inmediata del RN, así como controlar la termorregulación, la lactancia y el relacionamiento padres-RN.

2.-Al cumplir 12 horas de vida y al alta

Se realiza nuevamente el control del peso y un examen físico y neurológico ordenado y completo. Idealmente debe ser realizado en presencia de los padres, para resolver todas las dudas de éstos y al mismo tiempo observar la interacción de éstos con el recién nacido (RN). Informar a los padres sobre signos de alarma.

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No), si al momento del examen físico realizado al neonato, si éste es normal o no.

8.17 Defectos congénitos

DEFECTOS CONGÉNITOS				
	no	menor	mayor	
CIE 10	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Se entiende por malformación congénita mayor aquella capaz de producir la pérdida de la función del órgano correspondiente. Por ejemplo agenesia del pulgar.

Las malformaciones congénitas menores, al no provocar la pérdida de función y suelen ser de tipo estético. Por ejemplo: papiloma preauricular.

Marcar con una (X) la presencia de malformación congénita en el neonato, según corresponda (no, menor, mayor) y registrar en el recuadro correspondiente el código según la CIE-10 (4 dígitos).

8.18 Enfermedades

ninguna <input type="radio"/> 1 ó más <input checked="" type="radio"/>				
CIE 10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Esta sección sirve para registrar otras enfermedades distintas a los defectos congénitos.

La Historia Clínica Materna Perinatal, incluye el espacio para registrar hasta 4 códigos CIE-10 (4 dígitos) del diagnóstico o patología del recién nacido y proporciona espacio para escribir el detalle del diagnóstico.

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.

8.19 Tamizaje metabólico neonatal

TAMIZAJE METABÓLICO	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Se realiza	No se realiza
<input type="radio"/>	n/a

El Tamizaje Metabólico Neonatal es un programa del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cuyo objetivo es la prevención de la discapacidad intelectual y la muerte precoz en los recién nacidos, mediante la detección temprana y manejo de errores del metabolismo.

Tamiza cuatro enfermedades:

- Hiperplasia Suprarrenal
- Hipotiroidismo
- Galactosemia
- Fenilcetonuria

Marcar con una (X) según corresponda (se realizó, no se realizó, n/a, no aplica ya que puede tratarse de una condición de alta del recién nacido, antes del 4to día, ante lo cual, no aplica realizar el tamizaje).

8.20 Tamizaje neonatal auditivo

TAMIZAJE AUDITIVO		
Pasa	OI <input type="radio"/>	OD <input type="radio"/>
No pasa	OI <input type="radio"/>	OD <input type="radio"/>
No se hace	<input type="radio"/>	

El tamizaje auditivo neonatal es un estudio rápido y seguro que se realiza para detectar en forma precoz de la sordera en el recién nacido, esto permite una rápida acción para prevenir diversos tipos de sordera. Se lo realiza al momento del alta del recién nacido.

Si la madre durante el embarazo presentó enfermedades como rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus y herpes; y el recién nacido pesó menos de 1500 gramos o fue diagnosticado de ictericia o meningitis, el examen debe realizarse inmediatamente.

Marcar con una (X) el resultado de cada oído (pasa/no pasa) ó no se hace.

8.21 Vacuna hepatitis B

VACUNA
Hepatitis B
Dosis 0
Se puso <input type="radio"/>
No se puso <input type="radio"/>

La hepatitis B es una infección vírica del hígado que puede dar lugar tanto a un cuadro agudo como a una enfermedad crónica. El virus se transmite por contacto con la sangre u otros líquidos corporales de una persona infectada. Se estima que hay 240 millones de personas que padecen infección crónica por el virus de la hepatitis B (definidas como positivas al antígeno superficial del virus de la hepatitis B durante al menos seis meses).

La dosis inicial deberá ir seguida de dos o tres dosis para completar la serie primaria. En la mayoría de los casos se considera apropiada cualquiera de las dos opciones siguientes:

Tres dosis de la vacuna; la primera (monovalente) al nacer, y las dos subsiguientes (monovalentes o combinadas) al mismo tiempo que las dosis primera y tercera de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DTP); o cuatro dosis de la vacuna; la primera (monovalente) al nacer, y las tres subsiguientes (monovalentes o combinadas) al mismo tiempo que otras vacunas infantiles sistemáticas²⁵.

Marcar con una (X) según corresponda (se puso, no se puso) la vacuna contra hepatitis B.

8.22 Apego inmediato

APEGO INMEDIATO	
si	<input type="radio"/>
no	<input checked="" type="radio"/>

También llamado apego precoz, consiste en colocar al recién nacido sano desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre piel con piel, apenas nace o poco tiempo después (dentro de la primera hora luego del nacimiento).

El contacto temprano piel a piel, produce la liberación de la oxitocina ocasionando un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, proporcionando calor al recién nacido, antagoniza el efecto de lucha o huida, reduce la ansiedad materna reinstaura el vinculo madre e hijo, aumenta la tranquilidad y la receptividad social²⁶.

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No), si se realizó o no el apego inmediato.

8.23 Meconio 1er día

Meconio 1 ^{er} día	
no	si
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lactancia Inmediata	
no	si
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Normalmente la primera eliminación de meconio en el recién nacido se produce dentro de las primeras 24 horas de vida extrauterina. Puede ocurrir también antes de nacer en casos de sufrimiento fetal, por lo que el líquido amniótico aparece teñido o espeso por el meconio. Puede aparecer en el momento del expulsivo, pero lo habitual es que lo haga en las horas siguientes.

La falta de expulsión de meconio debe hacer pensar en alguna causa que altere el tránsito intestinal, lo primero que hay que descartar es la alimentación inadecuada, la atresia recto anal o el íleo meconial, provocado por espesamiento de meconio en el que como causa de fondo está la fibrosis quística.

Otra patología que hay que descartar en los casos de falta o retraso en la eliminación de meconio es la enfermedad de Hirschsprung. En los casos de obstrucción intestinal baja hay además distensión abdominal. Es necesario hacer un estudio radiológico para certificar el diagnóstico, el tratamiento en este caso es quirúrgico²⁷.

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No), si el neonato presentó meconio en el primer día de vida.

8.24 Lactancia inmediata

La lactancia materna en la primera hora de vida reanuda el vínculo entre la madre y su hijo.

Además la leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva

reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades.

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan:

- Que la lactancia se **inicie** en la primera hora de vida; lactancia inmediata
- Que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua;
- Que la lactancia se haga a libre demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche;
- Que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No), si se realizó la lactancia materna inmediata, en la primera hora de vida.

Sección 9: Egreso del recién nacido

Objetivo: verificar las condiciones vitales en las que el recién nacido es egresado del establecimiento.

Esta sección está destinada al registro del momento del alta del recién nacido, ya sea recién nacido a término, como prematuro o de bajo peso, la condición del alta y el sitio de referencia

EGRESO RN		vivo <input type="radio"/> fallece <input checked="" type="radio"/> referencia <input checked="" type="radio"/>	Fallece durante la referencia no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Fallece en el lugar de la referencia no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	ALIMENTO AL ALTA lact. excl. <input type="radio"/> parcial <input checked="" type="radio"/> artificial <input type="radio"/> leche humana <input checked="" type="radio"/>	DECUBITO SUPINO no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>
hora	min	día	mes	año	Nombre establecimiento	
Certificado Recién Nacido		C.C. / H.Cl.	EDAD días completos		<1 día <input type="radio"/>	BCG no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>
Nombre Recién Nacido		PESO AL EGRESO				
						g
		Responsable egreso RN / nombres completos / sello				

9.1 Egreso del recién nacido (RN)

Marcar con una (X) según corresponda: vivo, fallece, referencia.

Anotar la hora, minutos, día, mes, año y el nombre del establecimiento de referencia.

En caso de nacimiento de un niño/a vivo/a se debe llenar de la siguiente manera:

Si el niño/a nació vivo/a y sigue vivo/a al momento del alta, entonces EGRESO RN debe incluir la fecha y hora del alta, además marcar con una (X) el círculo correspondiente (vivo).

Si el niño/a nació vivo/a pero por alguna complicación requiere ser referido/a a otro establecimiento de salud, entonces el egreso RN debe incluir la fecha y hora de la referencia, además marcar con una (X) el círculo (referencia) y anotar el nombre del establecimiento de salud al que se refiere.

Si el niño/a nació vivo/a y muere, el egreso RN debe incluir la fecha y hora del fallecimiento, además marcar con una (X) el círculo amarillo (fallece). Si el fallecimiento ocurre fuera del lugar de nacimiento, debe anotarse claramente el nombre del otro establecimiento de salud.

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

En caso de referencias, la Historia Clínica Materna Perinatal- HCMP “Formulario 051” incluye los siguientes datos:

Fallece durante o en lugar de referencia, marcar con una (X) 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 con una (X) el círculo (< 1 día).

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

9.2 Alimento al alta

Marcar con una (X) según corresponda, indicar el tipo de alimentación que el niño tiene al momento del alta:

Lactancia materna exclusiva (lact. excl.): el recién nacido ha recibido solamente leche materna y ningún otro líquido o leche artificial.

Lactancia no exclusiva (parcial): recibió leche materna y además líquida o leche artificial.

Leche artificial: leche de fórmula, sucedáneos de la leche materna.

Leche humana: corresponde a la administración de leche materna segura pasteurizada en un **Banco de Leche Humana**, a los recién nacidos que por su condición clínica (ejemplo: prematuros) o por condiciones maternas no pueden ser amamantados directamente de su propia madre.

9.3 Decúbito supino

La importancia de esta variable es crear conciencia de los peligros de dormir en decúbito prono y / o conceptos erróneos acerca de los riesgos de dormir en posición supina del recién nacido.

El síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS) es la principal causa de muerte en los bebés de un mes a 12 meses de edad. Los bebés acostumbrados a dormir boca arriba que se los coloca a dormir boca abajo tienen 18 veces más probabilidades de morir de síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS) en comparación con bebés que son colocados a dormir boca arriba siempre.²⁸

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No), si la madre ha recibido la información de colocarle al bebé boca arriba.

9.4 BCG

La vacuna BCG previene la diseminación hematógena a partir del foco primario, mostrando una protección del 80% para las formas de tuberculosis infantil más severas (meníngea y miliar), cuando la vacunación se realiza en el recién nacido.

Una dosis de 0.1ml ó 0.05 ml, por vía intradérmica en la parte media del músculo deltoides del brazo derecho. Aplicar a todos los recién nacidos (dentro de las 24 horas), en el primer contacto del niño(a) con los servicios de salud, hasta los 11 meses 29 días.

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones, Ministerio de Salud Pública.

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No), si el neonato ha recibido o no la vacuna BCG antes del alta.

9.5 Peso al egreso

Anotar en el recuadro correspondiente el peso del recién nacido en gramos al momento del alta del establecimiento de salud.

9.6 Certificado recién nacido

Constituye un registro permanente y oficial de la existencia del niño. La inscripción del nacimiento **de una persona es un derecho**, lo cual reconoce la existencia de la misma ante la ley, establece los vínculos familiares del niño y recorre la trayectoria de los acontecimientos fundamentales en el vivir de un individuo, desde el nacimiento con vida hasta el matrimonio y la muerte.

Así como lo menciona la Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No 684 de 04 de febrero del 2016.

“Art. 29.- Número Único de Identificación.- Al nacido vivo se le asignará un Número Único de Identificación (NUI) relacionado con un elemento biométrico de la persona, de tal manera que permita individualizar a la persona desde su nacimiento garantizando la identidad única, por lo que es obligación del Estado a través del órgano público encargado de la salud, establecimientos de salud públicos y privados, y de la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación, realizar las inscripciones de nacimientos de forma inmediata dentro del establecimiento de salud y sin que medie la solicitud del interesado(...).”

Anotar en el espacio correspondiente el número de certificado de nacimiento otorgado.

9.7 Cédula de identidad / historia clínica

Anotar en el recuadro correspondiente el número de la historia clínica ó la Cédula de identidad del recién nacido; en caso de no tener este dato asignar y anotar el código temporal según el **Acuerdo Ministerial No. 00004934**.

9.8 Nombre del recién nacido

Anotar en el recuadro correspondiente los apellidos de la madre si el nombre aún no ha sido elegido por los padres.

9.9 Responsable egreso del recién nacido (RN) / nombres completos / sello

Anotar en el recuadro correspondiente los nombres completos y el sello del médico responsable del alta del recién nacido (RN).

Sección 10: Egreso materno

Objetivo: verificar las condiciones vitales en las que la madre es egresada del establecimiento.

Esta sección está destinada al registro del momento del alta de la madre, su condición y el sitio de referencia.

EGRESO MATERNO						Fallece durante la referencia		Fallece en el lugar de la referencia	
hora	min	día	mes	año	no	si	no	si	
viva <input type="radio"/> fallece <input checked="" type="radio"/> referencia <input checked="" type="radio"/>					días completos desde el parto				
Nombre del establecimiento _____									
Responsable egreso materno / nombres completos / sello _____									

10.1 Egreso materno

Marcar con una (X) según corresponda: viva, fallece, referencia.
Anotar el día, mes, año y el nombre del establecimiento de referencia.

- 1.-En los casos en que la madre vive al momento del alta, en el egreso materno se debe marcar con una (X) el círculo (viva), y anotar la fecha del alta (incluye la hora del alta).
- 2.-En los casos en que la madre es referida a otro servicio o institución diferente al establecimiento en donde se llenó la Historia Clínica Materna Perinatal, en el egreso materno se deberá establecer los mecanismos necesarios para tener conocimiento acerca de la evolución de su salud.
- 3.-En los casos en que la madre presentó alguna complicación y debe ser referida a otro establecimiento, en el egreso materno se debe incluir la fecha y hora de la referencia, además marcar con una (X) el círculo amarillo (referencia) y anotar el nombre del establecimiento al que se refirió a la madre.
- 4.-En los casos en los que la madre falleció en el establecimiento donde ocurrió el nacimiento, en el egreso materno se debe incluir la fecha, hora del fallecimiento y se debe marcar con una (X) el círculo amarillo (fallece).

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No) y anotar el tiempo transcurrido desde el momento del parto o cesárea hasta el fallecimiento de la madre.

Para las madres que no fueron referidas se deja en blanco este espacio.

Sección 11: Anticoncepción

Objetivo: brindar a la embarazada la mejor información disponible sobre métodos anticonceptivos, con un lenguaje adecuado a su comprensión y su situación de una manera asertiva.

ANTICONCEPCIÓN					
ASESORÍA		no	si		
		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
MÉTODO					
Barrera		pref. acced.		DIU	pref. acced.
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hormonal		pref. acced.		Natural	pref.
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quirúrgico		pref. acced.		Ninguno	Otro
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.1 Asesoría

Marcar con una (X) según corresponda (Si/No), si la madre recibió asesoría sobre anticoncepción antes del alta.

Este dato debe llenarse en toda madre que haya tenido un parto o aborto.

11.2 Método

Marcar con una (X) según corresponda el método preferido o accedido por la madre luego de la asesoría.

Se marcará **prefiere**, cuando la mujer recibe la asesoría y solamente realiza la elección pero no accede al método.

Se marcará **accede** cuando la Unidad de salud le haya dado asesoría y le provee el método anticonceptivo.

1.-**Barrera** (condón masculino, condón femenino).

2.-**Dispositivo Intrauterino** (DIU).

3.-**Hormonales**: (Implante subdérmico anticonceptivo hormonal, orales combinados composición hormonal progesterona y estrógenos, orales para progesterona anticonceptivo hormonal para mujeres en periodo de lactancia, inyectable (composición hormonal progesterona y estrógenos)

4.-**Método natural**: método de día fijo, método de amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, ritmo, Billings, entre otros.

5.-**Quirúrgico**: (Ligadura tubárica).

6.-**Ninguno**: Marcar con una (X) esta opción, cuando la mujer no ha elegido ningún método anticonceptivo.

7.-**Otro**

11.3 Responsable egreso materno / nombres completos / sello

Anotar en el recuadro correspondiente los nombres completos y el sello del médico responsable del alta de la madre.

Sección 12: Detalles en partograma

La atención integral de la madre embarazada en trabajo de parto requiere del conocimiento de elementos anatómicos, funcionales, clínicos, psicológicos, sociales y culturales, que intervienen en el proceso del nacimiento.

Aunque el proceso de nacer es fisiológico, no está exento de riesgos tanto para la madre como para el feto, debido a circunstancias particulares que deben ser identificadas durante el trabajo de parto. El médico debe garantizar, con su juicio clínico, que el parto vaginal es factible, y por tanto se puede conducir un trabajo de parto, para lo cual se deben cumplir las siguientes condiciones:

1. Identificar la historia clínica del trabajo de parto con nombres y apellidos, fecha y número de historia.

2. Utilizar la tabla ubicada en la parte inferior derecha del partograma, para registrar las evaluaciones clínicas desde el ingreso de la embarazada al hospital, tanto durante el período previo a la fase activa del trabajo de parto como durante este. Debe escribirse la

Las madres embarazadas de bajo riesgo se deben evaluar, como mínimo, cada 30 minutos y las de alto riesgo cada 15 minutos o con mayor frecuencia si se considera pertinente. Estas evaluaciones deben incluir la evaluación de la FCF, posición materna, pulso materno, calidad de la actividad uterina (duración, frecuencia e intensidad de las contracciones) y localización del dolor.

PARTOGRAMA

C.C. / H.C.I.

DÍA	MES	AÑO

POSICIÓN

VERT.	HORIZONTAL	
TOCA	MULTÍPARAS	NULÍPARAS
MEMBRANAS	INTE-GRAS	ROTA-GRAS

APELLIDO PATERNO

MATERNAL

NOMBRES

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA

0:15	0:25	0:35	0:45
0:15	0:25	0:35	0:45
0:55	1:05	1:15	1:25
1:35	1:45	1:55	2:05
2:15	2:25	2:35	2:45

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

REFERENCIAS

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

PLANOS DE HODGE Y VARIACIÓN DE POSICIÓN

DILATACIÓN CERVICAL

RUPTURA ESPONTÁNEA MEMB.

RUPTURA ARTIFICIAL MEMB.

INTENSIDAD LOCALIZACIÓN

Fuerte ... SP

Modera ... S

Débil ... Contracciones

No lo percibe ... Úterus

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

Dípe tipo I (Desaceleración precoz)

Dípe tipo II (Desaceleración tardía)

Dípe variable (Desaceleración variable)

Mecánica

POSICIÓN MATERNA

Lat. decubito

Lat. izquierdo

Dorsal

Semiinvertida

Señalada

Parada o caminando

SCHWARTZ, R. DIAZ, A.G., NIKTO, K. CLAP

GRÁFICO DE DILATACIÓN Y FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

Horas de registro: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Horas reales: a b c d e f g h i j k l m n o p

Posición materna:

Tensión arterial:

Pulso materno:

Frecuencia cardíaca fetal:

Duración contracciones:

Frec. contracciones:

Dolor / Localiz. / Inten.:

82

PARTOGRAMA

C.C. / H.C.I.

DIA
 MES
 AÑO

APELLIDO PATERNO
 MATERNO
 NOMBRES

POSICIÓN	VERT.	HORIZONTAL			
PARIDAD	TODA	MULTÍPARAS	NULLÍPARAS		
MEMBRANAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	ROTA	INTE-GRAS	ROTA

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas y p.p.10)

0:15	0:15	0:05	0:30	0:20
0:25	0:25	0:10	0:35	0:35
0:35	0:40	0:25	0:40	0:50
1:00	0:55	0:35	1:00	1:05
1:15	1:25	1:00	1:30	1:25
2:10	2:30	2:30	3:15	2:30

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

REFERENCIAS

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL
 PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICIÓN
 DILATACIÓN CERVICAL
 RUPTURA ESPONTÁNEA MEMB.
 RUPTURA ARTIFICIAL MEMB.
 INTENSIDAD LOCALIZACIÓN
 Fuerte ... Suprapúbica ... SP
 Moderada ... Saco ... S
 Débil ... Correciones ... S
 No se percibe ... Útero ... ▲

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL
 Dipsa tipo I (Desaceleración precoz) ... I
 Dipsa tipo II (Desaceleración tardía) ... II
 Dipsa variable (Desaceleración variable) ... V
 Mazonio ... M
 POSICIÓN MATERNA
 Lat. derecho ... LD
 Lat. izquierdo ... LI
 Dorsal ... D
 Semientada ... S
 Sentada ... S
 Parada o caminando ... PC

SCHWARTZ, R. DIAZ AG., INBIO, R. CLAP
 FRECUENCIA CARDÍACA FETAL
 DURACIÓN CONTRACCIONES
 PREC. CONTRACCIONES
 DOLOR / Local / HORA

DILATACIÓN CERVICAL (cm)

PARTO

HORAS DE REGISTRO

HORA REAL

HORA

POSICIÓN MATERNA

TENSIÓN ARTERIAL

PULSO MATERNO

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

DURACIÓN CONTRACCIONES

PREC. CONTRACCIONES

DOLOR / Local / HORA

4. En la parte superior derecha se grafica la curva de dilatación cervical, las de alerta y de descenso de la cabeza fetal. La gráfica de la dilatación cervical solamente se debe iniciar cuando el embarazado este en la fase activa del trabajo de parto, es decir, cuando la dilatación cervical alcance los 4-5 cm y exista simultáneamente buena actividad uterina, tanto en frecuencia como en intensidad. Los dos aspectos anteriores son fundamentales para no cometer el error de graficar la fase latente del trabajo de parto que puede llevar a medición r decisiones inadecuadas.

5. En el borde inferior de la tabla están las “horas de registro” del trabajo de parto activo desde las cero horas hasta las catorce. Cada segmento corresponde a una hora, dividida en cuatro porciones de quince minutos. Inmediatamente debajo de la línea de “horas de registro” están las casillas para registrar la “hora real”, es decir la hora en que se inicia la curva de dilatación cervical, y las siguientes horas hasta el parto. Las “horas reales” de evaluación de la dilatación cervical usualmente no coinciden con las de evaluación clínica. Si se considera necesario relacionar la evaluación clínica con la de dilatación, se escribe la letra que aparece en la tabla de evaluación clínica correspondiente en el cajón respectivo de la “hora real”.

PARTOGRAMA

C.C. / H.Cl.

DIA
 MES
 AÑO

APELLIDO PATERNO
 MATERNO
 NOMBRES

POSICIÓN	VERT.	HORIZONTAL	
PARIDAD	TODA	MÚLTIPARAS	MÚLTIPARAS
MEMBRANAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	ROTA

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p 10

0-15	0-15	0-25	0-30	0-20
0-25	0-25	0-10	0-35	0-35
0-35	0-40	0-25	0-40	0-50
1-00	0-55	0-35	1-00	1-05
1-15	1-25	1-00	1-30	1-25
2-10	2-30	2-30	3-15	2-30

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

REFERENCIAS

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL ☐

PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICIÓN ☐

DILATACIÓN CERVICAL ☐

RUPTURA ESPONTÁNEA MEMB. ☐ (FEM)

RUPTURA ARTIFICIAL MEMB. ☐ (FAM)

INTENSIDAD LOCALIZACIÓN

Fuerte +++ Suprapúbico SP

Modera ++ Bajo S

Debil + Contracciones

No lo percibe - Últimos

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

Dopa tipo I (Desaceleración precoz) I

Dopa tipo II (Desaceleración tardía) II

Dopa variable (Desaceleración variable) V

Mecanismo M

POSICIÓN MATERNA

Lat. decubito LD

Lat. supino LS

Dorsal D

Sentada S

Perada o semiperada PC

SCHWARTZ, R. DIAZ, G. NIKTO, K. CLAP

PARTO

CERVICAL (cm)

DILATACIÓN

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

130 140 150 160 170 180 190 200

De Line

De Line

HORAS DE REGISTRO

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

HORA REAL

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

POSICIÓN MATERNA

TENSIÓN ARTERIAL

PULSO MATERNO

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

DURACIÓN CONTRACCIONES

FREC. CONTRACCIONES

DOLOR/Localiz/Intens

6. El partograma tiene una línea de base, señalada con una flecha, a partir de la cual se inicia la construcción de las curvas de alerta.

7. Para construir la “curva de alerta” se determina el punto de partida sobre la línea de base”, luego se buscan los tiempos en la parte superior izquierda para construir la curva de alerta.

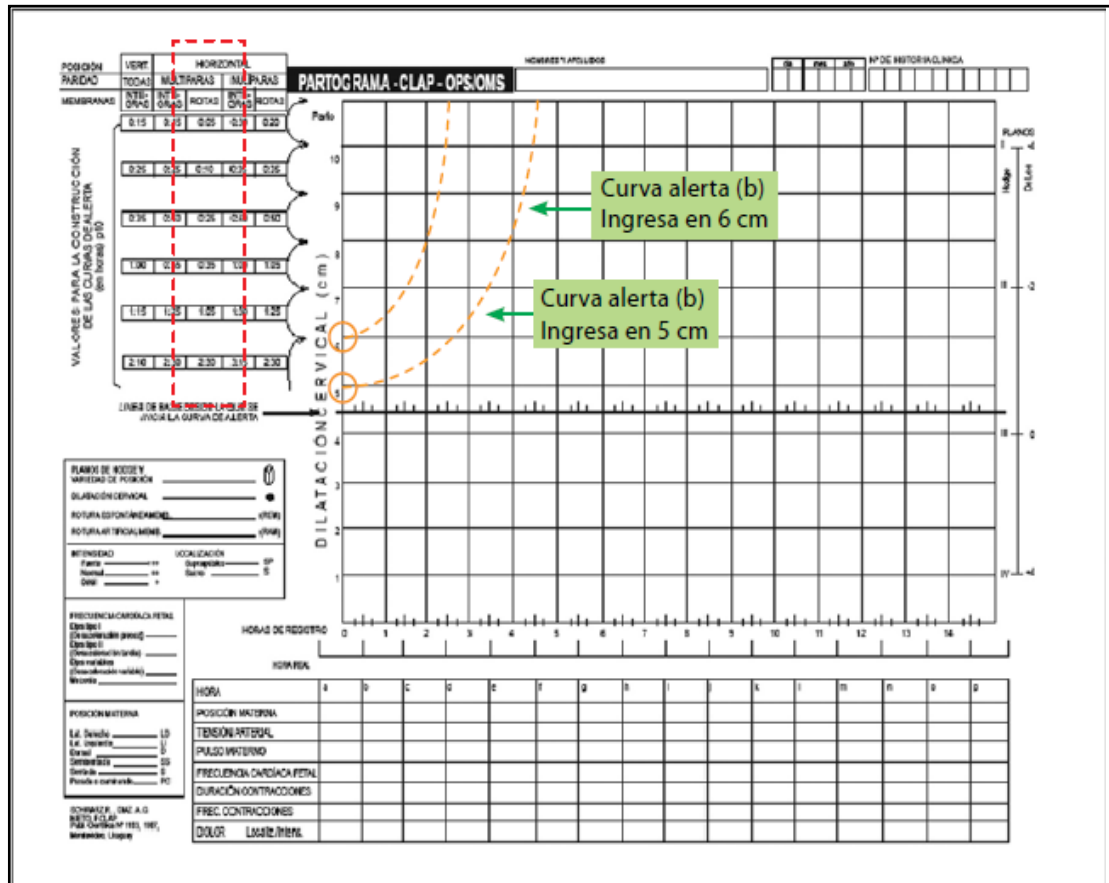
Los tiempos a emplear se eligen de acuerdo a la paridad, la posición de la embarazada durante el trabajo de parto y el estado de las membranas.

Si la embarazada es múltipara, tiene las membranas íntegras, y esta acostada, los tiempos a utilizar para construir la curva de alarma son los que corresponden a estas características. Las flechas indican el tiempo que se demora una embarazada determinada en pasar de un centímetro a otro.

8. Para construir la curva de alerta se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

Si la madre embarazada ingresa en 5 cm. de dilatación o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente. El ejemplo muestra como se construyen las curvas de alarma para una embarazada múltipara con membranas rotas que ingresa en 5 cm de dilatación y otra que ingresa en 6 cm.

Sí se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base (antes de 4,5 cm de dilatación) se debe trazar una línea recta que una los puntos de la dilatación por debajo de la línea de base y el siguiente que esté por encima de la misma y construir la curva de alerta desde el punto donde la línea recta intercepta la línea de base.



8. Abreviaturas

Edad Gestacional	(EG)
Fecha de la Última Menstruación	(FUM)
Anticuerpos Fluorescentes Antitreponema	(FTA)
Dispositivo Intrauterino	(DIU)
Centro Latinoamericano de Perinatología	(CLAP)
Organización Mundial de la Salud	(OMS)
Salud de la Mujer y Reproductiva	(SMR)
Historia Clínica Materna Perinatal	(HCMP)
Ministerio de Salud Pública	(MSP)
Recién Nacido Prematuro	(RNPT)
Bajo Peso al Nacer	(BPN)
Retardo de Crecimiento Intrauterino	(RCIU)
Pequeño para Edad Gestacional	(PEG)
Infección Respiratoria Aguda	(IRA)
Unidad de Cuidados Intensivos	(UCI)
Presión parcial de oxígeno	(PaO ₂)
Fracción inspirada de oxígeno	(FiO ₂)
Litro	(L)
Decilitro	(dL)
Recién Nacido	(RN)
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia	(UNICEF)
Bacilo de Calmette y Guérin	(BCG)
Síndrome muerte súbita del lactante	(SIDS)
Enfermedad Hemorrágica del recién nacido	(EHRN)
Difteria, tosferina, tétanos	(DTP)
Método Canguro	(MC)
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica	(SIRS)

9. Referencias, instrumento original

- Benson J. Evaluating Abortion-care Programs: Old Challenges, New Directions Studies in Family Planning Vol. 36 Issue 3 Page 189 September 2005.
- CDC 2001. Revised Guidelines for HIV counseling, testing and referral and Revised recommendations for HIV Screening of Pregnant Women. MMWR 50(RR-19).
- CDC 2006. Intimate Partner Violence During Pregnancy: A guide for Clinicians. www.cdc.gov/nccdphp/drh/violence/ipvdp.htm. Last accessed on Sept 30, 2006.
- Crowther CA, Thomas N, Middleton P, Chua M, Esposito M. Treating periodontal disease for preventing preterm birth in pregnant women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD005297. DOI: 10.1002/14651858.CD005297.
- Díaz AG, Schwarcz R, Díaz Rosello JL, et al. Sistema Informático Perinatal. Montevideo 1993. Publicación Científica CLAP 1203.
- Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for Promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005.
- Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Dec;99 Suppl 2:S172-7. Epub 2007 Oct 24. Review.
- Fescina R, De Mucio B, Diaz Rossello JL. Salud Sexual y Reproductiva. Guía para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido. Focalizada en APS. Montevideo 2007. Publicación Científica CLAP/SMR 1562.
- FLASOG. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. Faúndes A, editor. Segunda edición, Marzo 2007.
- Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.
- Gómez Ponce de León R, Mañibo MA, Mañibo MB. 2007 COMPAC: Una herramienta para evaluar y mejorar la calidad de atención de las mujeres en situaciones de aborto. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Grosse S, Boyle C, Kenneson A, Khoury M, Wilfond B (2005) From Public Health Emergency to Public Health Service: The Implications of Evolving Criteria for Newborn Screening Panels. <http://www.cdc.gov/genomics/activities/publications/newborn.htm> Accessed on October 23, 2006.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.
- Huapaya V. InfoAPA and EvalAPA: Subsistema de información sobre APA. Chapel Hill, NC, Ipas. 2002.

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

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

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

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

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

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

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

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

Pena-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.).

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

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

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

Referencias adaptación

1. Asamblea Nacional, Constitución de la República del Ecuador. Ecuador. 2008
2. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Interculturalidad, Derecho y Participación Social en Salud. Autoidentificación étnica es un derecho (Rotafolio), MSP, 2015, Quito Ecuador.
- 3 Ley Orgánica de Educación Superior, Ecuador, Octubre, 2010.
4. Ministerio de Salud Pública. Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente; Pág. 15 MSP; 2013.
- 5 Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (Alimentación y Nutrición de la mujer gestante y de la madre en período de lactancia). MSP, 2014
6. Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién nacido focalizada en APS. CLAP/SMR. Centro Latinoamericano de Perinatología. Publicación Científica N° 1577-2011
7. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica Control Prenatal (GPC), MSP, 2015
8. Diagnostico y tratamiento de diabetes en el embarazo (pregestacional y gestacional, MSP, 2014.
- 9 . Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica Trastornos Hipertensivos del Embarazo (GPC), MSP, 2013.
- 10 Alvarado Rosa, A. M. (2012). Manejo del Triage Obstétrico y Código Mater en el estado de México. Enfermería Universitaria ENEO – UNAM , Vol 9. Año. 9.No. 2 Abril-Junio 2012.
- 11 Tejada Pérez Paúl, Cohen Aaron, Font Arreaza Ingrid J, Bermúdez Carlos, Schuitemaker Requena Juan B. Modificaciones fisiológicas del embarazo e implicaciones farmacológicas: maternas, fetales y neonatales. Rev Obstet Ginecol Venez [revista en la

-
- Internet]. 2007 Dic [citado 2015 Ago 12] ; 67(4): 246- 267. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000400006&lng=es
12. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica. Atención del trabajo parto, parto y postparto inmediato, MSP, 2014.
13. Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR (última revisión: 20 de octubre de 2003). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2003. Disponible en http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/es/
14. Ministerio de Salud Pública. Norma y Protocolo Materno, 2008.
15. OPS, Plan de Acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y morbilidad materna grave, Estrategia de monitoreo y evaluación, Publicación Científica CLAP/SMR 1593, 2012.
16. Ministerio de Salud Pública, Norma y Protocolo Neonatal, 2008.
17. Curvas de peso al nacer, Nora E. Montoya-Restrepo y Juan C. Correa-Morales, Rev. salud pública. 9 (1):1-10, 2007.
18. Mediciones antropométricas del neonato, Dra. Cristina Cárdenas-López, Dra. Karime Haua-Navarro, Dra. Araceli Suverza-Fernández, M. en C. Otilia Perichart-Perera, Área de Nutrición Clínica, Dirección de Investigación, Instituto Nacional de Perinatología, D.F., México, Fecha de aprobación: 22-04-2005.
19. Manual de atención neonatal, . Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia, Paraguay, 2011.
20. Ayudar a los neonatos a respirar, Cuaderno de Estudio, Academia Americana de Pediatría, 2011.
21. Libro de texto de Reanimación Neonatal, Academia Americana de Pediatría y la Asociación Americana del Corazón, Sexta edición, 2011.
22. Protocolo Diagnostico Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría: Neonatología, capítulo 13, 2008.
23. Puckett RM, Offringa M. Profilaxis con vitamina K para la hemorragia por deficiencia de vitamina K en neonatos. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4, artículo n.º: CD002776. DOI: 10.1002/14651858. CD002776.
24. Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas. Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Lineamientos técnicos para la implementación de programas madre canguro en Colombia.
25. Organización Mundial de la Salud, Hepatitis B, Nota descriptiva N°204 Julio de 2015.

26 Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Issue 3. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.

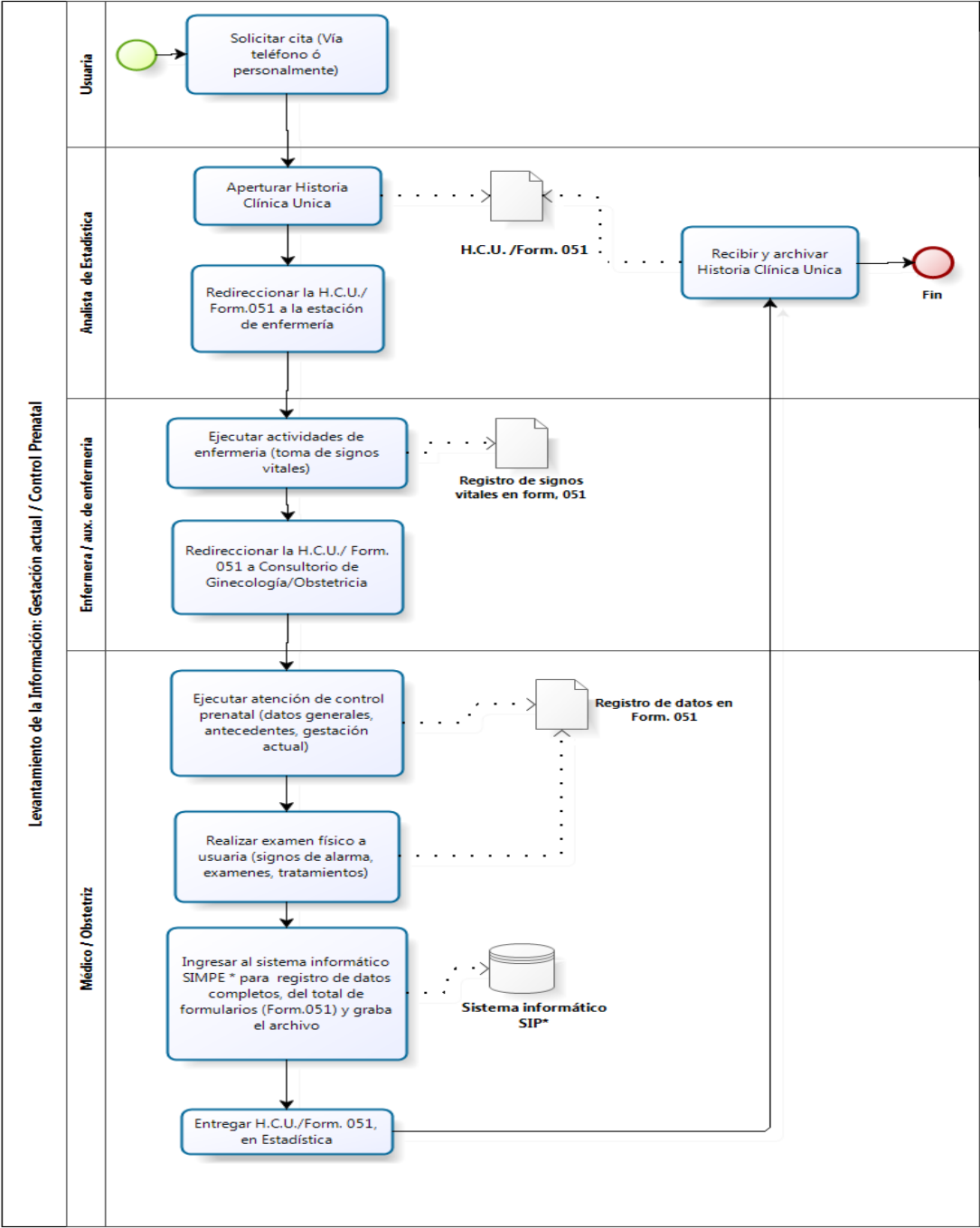
27 Neonatología, Julio Nazer H, Rodrigo Ramírez F. Santiago de Chile, 2003.

28 Ayuda para reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita en el lactante, Academia Americana de Pediatría,
<http://www.healthychildcare.org/PDF/ParentsGuideSleepSPAN2011.pdf>

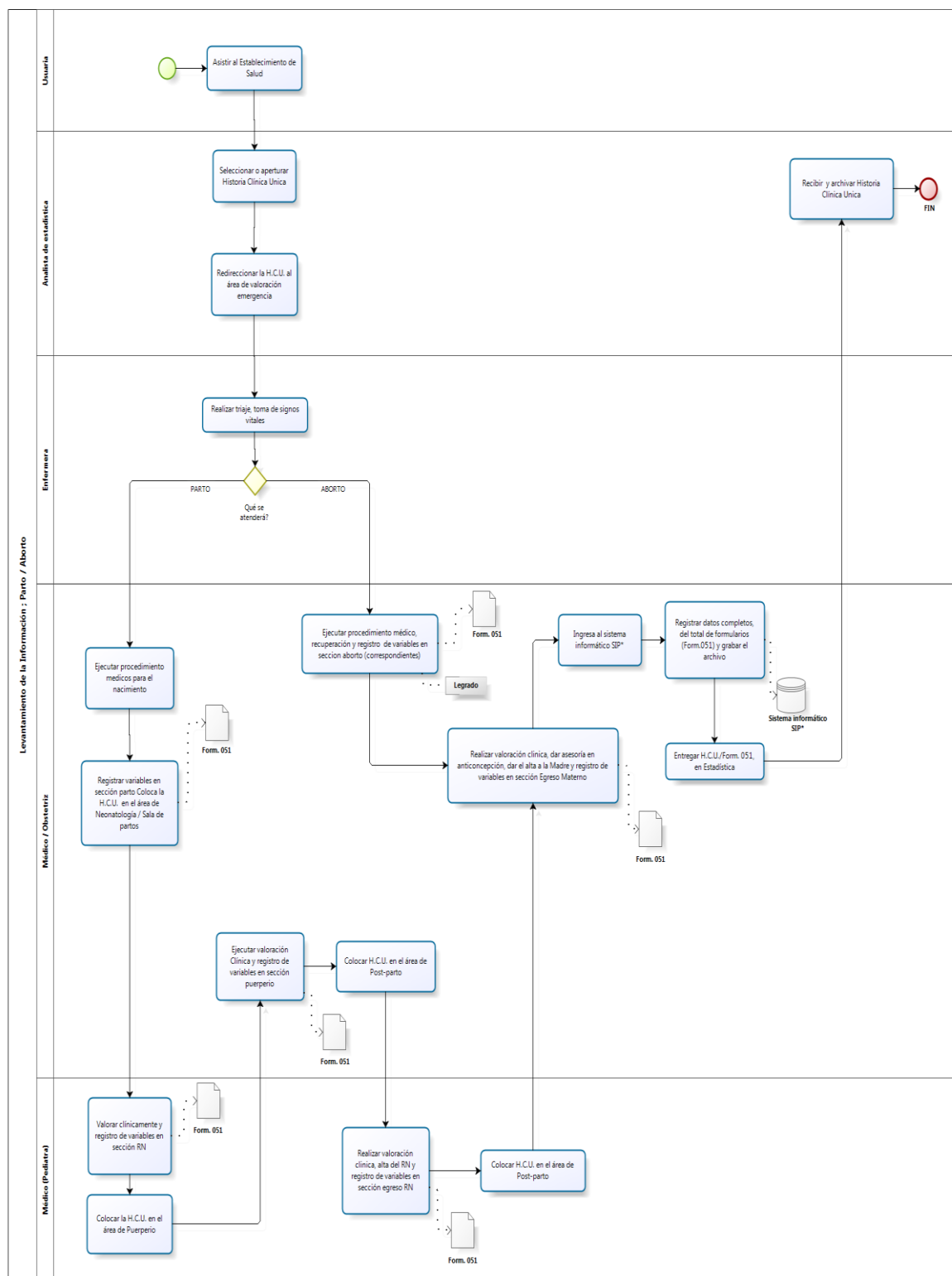
29 Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles - Página 9, Número único de identificación.

30 Registro del nacimiento, el derecho a tener derechos, Unicef, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Innocenti Digest n° 9, Florencia Italia, marzo 2002.

Anexo1. Levantamiento de información gestación actual



Anexo 2. Levantamiento de información parto/aborto



HISTORIA CLÍNICA MATERNA PERINATAL - MSP

[illegible]

PARTOGRAMA

C.C. / H.CU.

DÍA	MES	AÑO

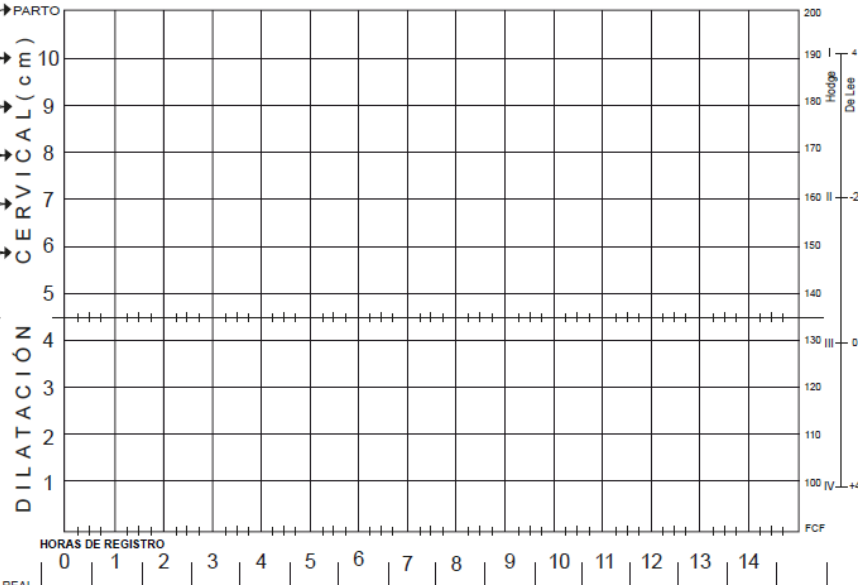
POSICIÓN	VERT.	HORIZONTAL
PARIDAD	TODAS	MULTIPARAS
MEMBRANAS	INTE-GRAS	ROTA

APELLIDO PATERNO	MATERNAL	NOMBRES

0:15	0:15	0:05	0:30	0:20
0:25	0:25	0:10	0:35	0:35
0:35	0:40	0:25	0:40	0:50
1:00	0:55	0:35	1:00	1:05
1:15	1:25	1:00	1:30	1:25
2:10	2:30	2:30	3:15	2:30

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas y min)

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



REFERENCIAS

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL ☐

PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICIÓN ☐

DILATACIÓN CERVICAL ☐

RUPTURA ESPONTÁNEA MEMB. (REM) ☐

RUPTURA ARTIFICIAL MEMB. (RAM) ☐

INTENSIDAD LOCALIZACIÓN

Fuerte +++ Suprapúbico SP

Moderada ++ Sacro S

Débil + Contracciones

No lo percibe Úterinas

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

Dips tipo I (Desaceleración precoz) I

Dips tipo II (Desaceleración tardía) II

Dips variables (Desaceleración variable) V

Mecanismo de parto M

POSICIÓN MATERNA

Lat. derecho LD

Lat. izquierdo LI

Dorsal D

Semisentada SS

Sentada S

Parada o oprimido PC

*SCHWARTZ, R. DIAZ A.G., NIETO, F. CLAP

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICIÓN MATERNA																
TENSIÓN ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL																
DURACIÓN CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR / Localiz. / Intens.																

CRITERIOS CLÍNICOS/DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA				LABORATORIO				INTERVENCIONES										
Cardiovascular: si no	Renal: si no	Hematológico/coagulación: si no	Neurológico: si no	Plaquetas < 50000 por ml	Creatinina > 300 micromoles/l > 3.5 mg/dl	Bilirrubina > 100 micromoles/l > 6.0 mg/dl	pH < 7.1	Po2 < 90% > 1 hora	PaO2/FiO2 < 200 mmHg	Lactato > 5 mmol/L o 45 mg/dl	Administración continua de agentes vasoactivos	Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia	Administración > 3 vol. de hemoderivados	Ingreso de UCI > 7 días	Histerectomía	Dilatación en caso de IRA	Reanimación cardio-pulmonar	
Shock	Oliguria resistente a líquidos diureticos	Hematuria	Coma															
Paro cardíaco																		
Ictericia en pre-eclampsia																		
Respiratorio:																		
Canosia aguda																		
Respiración jadeante (gaspings)																		
Taquipnea severa FR > 40ppm																		
Bradipnea severa FR < 6ppm																		
CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	CONTRACCIONES	
RECÉN NACIDO	P. CEFÁLICO cm	EDAD GESTACIONAL sem. días	PESO E.G. g	APGAR (min)	estímulo: si no	FALLECE en LUGAR de PARTO: si no	ATENDIÓ médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro	Nombre										
SEXO H M	PESO AL NACER g	LONGITUD cm	ESTIMADA	1º	aspiración: si no	no	PARTO											
definito	<2500 g	>4000 g		5º	máscara: si no	si	NEONATO											
MÉTODO CANGURO	AMENITA	Se aplica	DEFECTOS CONGÉNITOS	ENFERMEDADES	peq. gde.	tubo endotraqueal: si no	Tipificación R.N.											
normal	no	si	ninguna	ninguna	medicación	medicación	Vitamina K											
EXAMEN FÍSICO	EXAMEN FÍSICO	EXAMEN FÍSICO	EXAMEN FÍSICO	EXAMEN FÍSICO	EXAMEN FÍSICO	EXAMEN FÍSICO	Profilaxis Ocular											
EGRESO RN	VIVO	fallece	referencia	Fallece durante la referencia	Fallece en el lugar de la referencia	ALIMENTACIÓN ALTA	EGRESO MATERNO											
hora / min / día / mes / año	Nombre establecimiento	Nombre establecimiento	Nombre establecimiento	Nombre establecimiento	Nombre establecimiento	lact. excl. parcial	hora / min / día / mes / año											
Certificado C.C. / Recién Nacido H.CU.						artificial	EGRESO MATERNO											
Nombre Recién Nacido						leche humana	Nombre del establecimiento											
Responsable egreso RN / nombres completos / sello							Responsable egreso materno / nombres completos / sello											

MSP/DNEAI/DCSS/form.051/mayo/2016