

# SISTEMA INFORMATICO PERINATAL

## HISTORIA CLINICA PERINATAL

Formulario Complementario Para Mujeres en Situación de Aborto

# Instrucciones de llenado y definición de términos

*Fescina RH  
De Mucio B  
Martínez G  
Díaz Rossello JL  
Gómez Ponce de León R  
Mainero L  
Rubino M  
Mañibo M*

Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva  
CLAP/SMR  
Salud de la Familia y de la Comunidad  
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

[www.clap.ops-oms.org](http://www.clap.ops-oms.org)  
[postmaster@clap.ops-oms.org](mailto:postmaster@clap.ops-oms.org)



Título traducido:

Perinatal information system (SIP): perinatal clinical record: supplementary form for women undergoing abortion: directions to filling of questionnaire and definitions of terms

Fescina RH, De Mucio B, Abreu M, Martínez G, Díaz Rossello JL, Mainero L, Gómez Ponce de León R, Rubino M, Mañibo M. Sistema informático perinatal (SIP): historia clínica perinatal: formulario complementario para mujeres en situación de aborto: instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo: CLAP/SMR; nov. 2008. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1564).

Sistemas de Información / Historia Clínica del Paciente / Aborto / Atención Perinatal / Atención Prenatal

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

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

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL

Historia Clínica Perinatal

Formulario Complementario Para Mujeres en Situación de Aborto

Instrucciones de llenado y definición de términos

Publicación Científica CLAP/SMR 1564

Mayo 2009

ISBN 978-9974-622-32-6

Diseño gráfico: Juan Carlos Iglesias

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

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

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

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

Los objetivos del SIP son:

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

En este manual se describe en detalle la forma de llenado y la definición e interpretación de cada una de las variables que presenta la Historia Clínica Perinatal y del sector correspondiente a Mujeres en Situación de Aborto.

# Í N D I C E

---

	Pag
Introducción	3
Contenido del presente manual	5
Secciones de la Historia Clínica Perinatal	11
• IDENTIFICACIÓN	11
• ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTÉTRICOS	14
• GESTACIÓN ACTUAL	18
• ABORTO	31
• ADMISIÓN POR ABORTO	33
• PROCEDENCIA	34
• PRE-PROCEDIMIENTO	35
• TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO	44
• POST-PROCEDIMIENTO	48
• ANTICONCEPCIÓN	51
• EGRESO	52
• ANEXO A - Escala Visual Análoga (EVAD)	55
• ANEXO B - Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)	56
Referencias bibliográficas.	61

---

# SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL: HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

## Introducción

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

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

Recientemente, nuevos desafíos y demandas de los países de la Región han hecho desarrollar formularios complementarios de la HCP.

La HCP fue diseñada para cumplir con los siguientes objetivos:

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

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

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

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

En este documento el CLAP/SMR presenta la última versión de la HCP y del formulario complementario para mujeres en situación de aborto que han sido desarrolladas como instrumentos que buscan atender las actuales prioridades de la región. Para facilitar la capacitación y utilización de estos documentos, este manual busca informar a los usuarios del SIP acerca de los términos, definiciones y formas de obtener datos clínicos válidos.

El formulario complementario para mujeres en situación de aborto es producto de la cooperación entre OPS/OMS-CLAP/SMR e IPAS. El objetivo principal de ésta herramienta consiste en potenciar la reducción de la morbimortalidad de la mujer por aborto. También ofrecer una guía de apoyo para el equipo de salud facilitando el proceso de diagnóstico y la asistencia de calidad para las situaciones de aborto en los distintos períodos, al tiempo de producir información relevante para la toma de decisiones.

## Contenido del presente manual

Como se explicó en la sección anterior, la HCP es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto y el puerperio y del neonato y/o en el ingreso por aborto, incluyendo el período pos-aborto hasta el alta.

Cuando su contenido forma parte de una base de datos, la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica de éstos eventos desde una visión de Salud Pública.

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

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

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

Las secciones de la HCP cuentan con diferentes formas para la recolección de datos	
En algunos sectores hay espacios libres que admiten la escritura de letras y números, como se ve en el ejemplo	DOMICILIO <u>Av América 6937</u>
Otros sectores son de forma rectangular y sólo admiten números	años en el mayor nivel <input type="text" value="6"/>
Finalmente algunos datos serán registrados marcando un círculo	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
La forma correcta de marcar los números es llenando todos los casilleros	gestas previas = 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> Hb = 9,5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> leucocitos = 5000 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>

Las formas correctas de marcar los círculos son las siguientes:	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Toda otra forma de llenado debe ser evitada, por ejemplo:	<input type="checkbox"/>

En las páginas siguientes se presenta la Historia Clínica Perinatal Regional (anverso y reverso) con el formulario complementario para Mujeres en Situación de Aborto.

# Historia Clínica Perinatal Regional (anverso)

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

● Descripción de códigos en el reverso

<b>HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS</b>				<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> dia mes año				<b>ETNIA</b> blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra <input type="radio"/>				<b>ALFA BETA</b> <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> primario <input type="radio"/> secundario <input type="radio"/> universal <input type="radio"/> años en el mayor nivel <input type="radio"/>				<b>ESTUDIOS</b> casada <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>				<b>Lugar del control prenatal</b> <input type="radio"/> Lugar del parto																																																																																																													
NOMBRE APELLIDO				DOMICILIO				TELEF.				LOCALIDAD				EDAD (años) <input type="radio"/> < de 15 <input type="radio"/> > de 35				<b>ESTADO CIVIL</b> vive sola <input type="radio"/> no <input type="radio"/> <input type="radio"/> N° Identidad <input type="radio"/>																																																																																																													
<b>ANTECEDENTES</b>										<b>OBSTETRICOS</b>										<b>FIN EMBARAZO ANTERIOR</b>																																																																																																													
<b>FAMILIARES</b> no si TBC <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> hipertensión <input type="radio"/> preeclampsia <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> otra cond. médica grave <input type="radio"/>					<b>PERSONALES</b> no si genito-urinario <input type="radio"/> infertilidad <input type="radio"/> cardiopat. <input type="radio"/> nefropatía <input type="radio"/> violencia <input type="radio"/>					<b>gestas previas</b> n/c <2500g <input type="radio"/> normal >4000g <input type="radio"/>					<b>abortos</b> 3 espont. consecutivos <input type="radio"/> emb. ectópico <input type="radio"/>					<b>vaginales</b> partos <input type="radio"/>					<b>nacidos vivos</b> cesáreas <input type="radio"/> nacidos muertos <input type="radio"/>					<b>viven</b> muertos <input type="radio"/> después 1° sem. <input type="radio"/>					<b>EMBARAZO PLANEADO</b> no si <input type="radio"/>																																																																																														
<b>GESTACION ACTUAL</b>										<b>EG CONFIABLE</b> por FUM Eco <20 s. <input type="radio"/>										<b>EX NORMAL</b>																																																																																																													
<b>PESO ANTERIOR</b> Kg					<b>TALLA (cm)</b> 1					<b>FPP FUM</b> dia mes año					<b>FUM ACT</b> 1° trim <input type="radio"/> 2° trim <input type="radio"/> 3° trim <input type="radio"/>					<b>FUM PAS</b> no si <input type="radio"/>					<b>DROGAS</b> no si <input type="radio"/>					<b>ALCOHOL</b> no si <input type="radio"/>					<b>VIOLENCIA</b> no si <input type="radio"/>					<b>ANTIRUBEOLA</b> previa no sabe <input type="radio"/>					<b>ANTITETANICA</b> vigente no si <input type="radio"/>					<b>ODONT.</b> no si <input type="radio"/>					<b>MAMAS</b> no si <input type="radio"/>																																																																										
<b>CERVIK</b> normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/>										<b>GRUPO Rh</b> no si <input type="radio"/>										<b>TOXOPLASMOSIS</b> <20sem IgG <input type="radio"/> >20sem IgG <input type="radio"/>										<b>VIH</b> <20 sem <input type="radio"/> ≥20 sem <input type="radio"/>										<b>Hb &lt;20 sem</b> <11.0 g/dl <input type="radio"/>										<b>Fe/FOLATOS</b> indicados <input type="radio"/>										<b>SIFILIS</b> Diagnóstico y Tratamiento																																																																					
<b>CHAGAS</b> no si <input type="radio"/>					<b>PALUDISMO/MALARIA</b> no si <input type="radio"/>					<b>BACTERIURIA</b> sem. normal <input type="radio"/>					<b>GLUCEMIA EN AYUNAS</b> <20 sem <input type="radio"/>					<b>ESTREPTOCOCO B</b> 35-37 semanas <input type="radio"/>					<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b> no si <input type="radio"/>					<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b> no si <input type="radio"/>					<b>SIFILIS</b> sem <input type="radio"/>					<b>SIFILIS</b> sem <input type="radio"/>																																																																																									
<b>CONSULTAS ANTERIORES</b>										<b>CONSIGNOS DE ALARMA, EXÁMENES, TRATAMIENTOS</b>										<b>Iniciales Técnico</b>										<b>próxima cita</b>																																																																																																			
<b>PARTO</b>										<b>ABORTO</b>										<b>HOSPITALIZ EN EMBARAZO</b>										<b>CORTICOIDES ANTERIORES</b>										<b>INICIO ESPONTÁNEO</b>										<b>ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO</b>										<b>EDAD GEST. al parto</b>										<b>PRESENTACION SITUACION</b>										<b>TAMANO FETAL ACORDE</b>										<b>ACOMPANANTE</b>																																							
<b>FECHA DE INGRESO</b>										<b>CONSULTAS PRE-NATALES</b>										<b>completo</b> <input type="radio"/>										<b>inducido</b> <input type="radio"/>										<b>&lt;37 sem</b> <input type="radio"/>										<b>semanas</b>										<b>cefalica</b> <input type="radio"/>										<b>paridad</b>										<b>TDP</b>																																																	
<b>CARNÉ</b>										<b>posición del feto</b>										<b>pulso</b>										<b>verticalidad</b>										<b>meconio</b>										<b>HTA</b>										<b>infec.</b>										<b>1° trim</b>										<b>2° trim</b>										<b>3° trim</b>										<b>postparto</b>										<b>infeción puerperal</b>																			
<b>TRABAJO DE PARTO</b>										<b>PA</b>										<b>dilatación</b>										<b>altura present.</b>										<b>meconio</b>										<b>HTA inducida</b>										<b>infec. urinaria</b>										<b>HEMORRAGIA</b>										<b>R.C.I.U.</b>										<b>rotura prem. de membranas</b>										<b>anemia</b>										<b>otras cond. graves</b>																			
<b>NACIMIENTO</b>										<b>hora</b>										<b>MÚLTIPLE</b>										<b>TERMINACION</b>										<b>INDICACION PRINCIPAL</b>										<b>INDUC</b>										<b>OPER.</b>																																																																					
<b>POSICION PARTO</b>										<b>DESGARROS</b>										<b>OCOTOCICOS</b>										<b>PLACENTA</b>										<b>LIGADURA CORDON</b>										<b>anest. local</b>										<b>anest. gen. grav.</b>										<b>transfusión</b>										<b>otras</b>										<b>especificar</b>										<b>medic 1</b>										<b>medic 2</b>																			
<b>RECIEN NACIDO</b>										<b>P. CEFALICO</b>										<b>EDAD GESTACIONAL</b>										<b>PESO E.G.</b>										<b>APGAR</b>										<b>estimulac.</b>										<b>FALLECE EN LUGAR DE PARTO</b>										<b>ATENDIDO</b>										<b>PARTO</b>										<b>NEONATO</b>										<b>PUERPERIO</b>																													
<b>SEXO</b>										<b>PESO AL NACER</b>										<b>LONGITUD</b>										<b>adec.</b>										<b>1°</b>										<b>REFERIDO</b>										<b>medico obst.</b>										<b>enferm.</b>										<b>auxil.</b>										<b>estud.</b>										<b>empir.</b>										<b>otro</b>										<b>Nombre</b>									
<b>DEFECTOS CONGENITOS</b>										<b>ESTIMADA</b>										<b>TAMIZAJE NEONATAL</b>										<b>REANIMACION</b>										<b>Meconio</b>										<b>ANTIRUBEOLA</b>										<b>YGLIBULINA</b>										<b>ANTICONCEPCION</b>																																																											
<b>EGRESO R</b>										<b>EDAD</b>										<b>ALIMENTO LACT. ALTA</b>										<b>Boca amica</b>										<b>EGRESO MATERNO</b>										<b>METODO ELEGIDO</b>																																																																															
<b>dia mes año</b>										<b>hora min</b>										<b>lact. excl.</b>										<b>BOG</b>										<b>dia mes año</b>										<b>DIU post-evento</b>										<b>ligadura tubaria</b>										<b>DIU natural</b>										<b>otro</b>										<b>barraera hormonal</b>										<b>ninguno</b>																													
<b>Nombre Recién Nacido</b>										<b>Responsable</b>										<b>Responsable</b>										<b>Responsable</b>										<b>Responsable</b>																																																																																									

# Historia Clínica Perinatal Regional (reverso)

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

## LISTADO DE CÓDIGOS

Historia Clínica Perinatal

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

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		PATOLOGÍA NEONATAL	
50 GESTACION MULTIPLE	O39	50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS	P22.0
51 HIPERTENSION PREVIA	O10	51 SINDROMES ASPIRATIVOS	P24
01 Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10.0	52 ANFISIA POR PREMATUREZ	P28.3, P28.4
02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP	O10.4	53 OTROS SDR	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27
52 PRECLAMPSIA	O15, O14	01 Ductus arterioso persistente	Q25.0
04 Hipertensión transitoria del embarazo	O16	02 Persistencia de la circulación fetal	P29.3
05 Pseudclampsia leve	O13	03 Neumonía congénita	P23
06 Pseudclampsia severa y moderada	O14	04 Neumotorax y enfisema intersticial	P25
53 Hipertensión previa con proteinuria sobregregada	O11	05 Taquipnea transitoria	P22.1
54 ECLAMPSIA	O15	06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
55 CARDIOPATIA	Z86.7	<b>HEMORRAGIAS</b>	
56 DIABETES	O24	07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P53
57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0	55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1	56 Hemorragias umbilical (excluye las omfalitis con hemorragia)	P51
59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	O24.4	<b>HEPERBILIRUBINEMIAS</b>	
02 Test de tolerancia a la glucosa anormal	R73.0	08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh	P55.0
60 INFECCION URINARIA	O23.0-O23.4	09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO	P55.1
08 Exacerbación asintomática del embarazo	R52.7	10 Intercena neonatal asociada a parto de pretérmino	P58.0
61 OTRAS INFECCIONES	O98.B06, B50-B54, A60	58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59)	P60-P61
62 Infecciones del tracto genital en el embarazo	O23.5	11 Policitemia neonatal	P61.1
63 Sífilis complicando EPP	O98.1	12 Anemia congénita	P61.3
64 Esclerosis sistémica del embarazo	O98.2	79 Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8
65 OTRAS INFECCIONES	B50-B54	13 Otras afecciones hematológicas	(P35-P39, A09, G00, A54.3)
66 Sífilis complicando EPP	A60	<b>INFECCIONES</b>	
67 Gonorrea complicando EPP	O98.4	14 Diarrea	G00
11 Malaria	B50-B54	15 Meningitis	P38
12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)	A60	16 Otitis	P38.1, A54.3
63 Hepatitis vírica	O98.4	17 Conjuntivitis	P38.100
64 TBC complicando EPP	O98.0	59 Infecciones de la piel del recién nacido	P36
80 Rubéola complicando EPP	B06.0, B06.8, B06.9	18 Septicemia	(resto del P35-P39)
65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	O98.8	19 Enterocolitis necrotizante (ECN)	P77
77 Chagas	O98.8	49 Tétanos neonatal	A33
78 Toxoplasmosis	O98.6	60 Sífilis congénita	A50
66 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	P05	61 Enfermedades congénitas virales	P35
67 ANOMALIA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	O60	68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC)	P35.1
13 Incompetencia cervical	O34.3	69 Citomegalovirus (CMV)	P35.1
68 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA	O64, O65, O69	70 Toxoplasmosis congénita	P57.1
14 Parto obstructo por malposición y anomalía de la presentación del feto	O64	39 HIV positivo	R75
15 Parto obstructo debido a anomalía pélvica materna	O65	80 Chagas	B57
69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	O66	19 Otras infecciones del periodo perinatal	(resto de P60-P61)
17 Mola hidatiforme	O20	<b>NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)</b>	
18 Aborto espontáneo y aborto retenido	O02.1, O03	33 Hidrocefalia aguda	G91
19 Embarazo ectópico	O00	34 Leucomalacia periventricular y cerebral	P91.1, P91.2
20 Aborto inducido y terapéutico	O08, O04	35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC del sistema nervioso periférico	P10, P11, P14
21 Amenaza de aborto	O20.0	36 Hemorragia intracraniana no traumática	P52
70 HEMORRAGIA DEL 2º y 3º TRIMESTRE	O44.1	37 Convulsiones	P90
22 Placenta previa con hemorragia	O45	71 Encefalopatía hipóxico isquémica	P21
23 Desprendimiento prematuro de placenta	O46.0	38 Otras afecciones del estado cerebral	P91
24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación	O71.0, O71.1	<b>METABOLICA/NUTRICIONAL</b>	
25 Ruptura uterina antes o durante el parto	O71.1	43 Síndrome de "hijo de diabética"	P70.0, P70.1
26 Laceración obstétrica del cuello del útero	O71.3	44 Hipoglucemia	P70.3, P70.4, E16.2
71 ANEMIA	O98.0	45 Otras afecciones metabólicas y nutricionales	P73-P78
27 Anemia por deficiencia de hierro	D57.0-D57.2 y D57.8	66 OTRAS PATOLOGIAS RN	
79 Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8	40 Retinopatía de la prematurez	H35
72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	O42	41 Hemia agudal	H40
28 Infección del saco amniótico y membranas	O41.1	65 Síndrome de daño por frío	P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8)
73 INFECCION PUERPERAL	O85, O86	<b>ANOMALIAS CONGENITAS</b>	
29 Sepsis puerperal	O85	120 Amecefalia	Q00.0
30 Infección mamaria asociada al nacimiento	O91	121 Espina bífida/Meningocele	Q05, Q07.0
74 HEMORRAGIA POSTPARTO	O72.0, O72.1	122 Hidrancefalia	Q04.3
31 Placenta retenida	O72.0	123 Hidrocefalia	Q03
32 Utero atónico	O72.1	124 Microcefalia	Q02
33 Laceraciones perineales de 1º, 2º y 3º grado	O70.0, O70.1	125 Hidroprosencefalia	Q04.2
34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado	O70.2, O70.3	127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	Q04, Q08
75 OTRAS PATOLOGIAS MATERNAS	(resto de O00-O99)	128 Tronco arterioso	Q20.0
35 Placenta previa sin hemorragia	O44.0	129 Trasposición grandes vasos	Q21.3
Hipertensión gravídica	O21	130 Tetralogía de Fallot	Q20.4
37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	O26.8, O98.8 (condiciones en N00-N39)	131 Ventriculo único	Q20.1
38 Dependencia de drogas	F10-F19	132 Doble tracto de salida de vent. derecho	Q21.2
39 Sufrimiento fetal	O68	133 Canal atívo-vent. completo	Q22.0
40 Polihidramnios	O40	134 Atresia pulmonar	Q22.4
41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)	O41.0	135 Atresia tricuspíde	Q23.4
42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	O69	136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	Q25.1
43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	O74	137 Coartación de aorta	Q26.2
44 Embolismo obstétrico	O88	138 Retorno venoso pulmonar anómalo total	Q24, 28, 34
45 Falla de cierre de la herida de cesárea	O90.0	139 Otras anomalias circulatorias/respiratorias	Q24, 28, 34
46 Falla de cierre de la episiotomía	O90.1	140 Paladar hendido	Q35
47 SIDA	B20-B24	141 Fístula traqueoesofágica	Q39.1
76 HIV positivo	R75	142 Atresia esofágica	Q38.0, Q39.1
48 Neoplasia maligna del cuello uterino	C53	143 Atresia de colon o recto	Q42.0, Q42.1, Q42.8, 42.9
49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	C50	144 Ano imperforado	Q42.3
<b>INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION</b>		145 Omfalocela	Q79.2
01 Cesárea previa	14 Posición transversa	146 Gastroquisis	Q79.3
02 Sufrimiento fetal agudo	15 Ruptura prematura de membranas	147 Atresia duodenal	Q41.0
03 Desproporción cefalo-pelvica	16 Infección ovular (sospechada o confirmada)	148 Atresia yeyunal	Q41.1
04 Alteración de la contractilidad	17 Placenta Previa	149 Atresia ileal	Q41.2
05 Parto prolongado	18 Abruptio placentae	150 Otras anomalias gastrointestinales	Q40, 43, 45
06 Fracaso de la inducción	19 Ruptura uterina	151 Omfalocelias	Q50-Q56
07 Desconso detenido de la presentación	20 Preeclampsia y eclampsia	152 Agenesia Renal bilateral	Q60.1
08 Embarazo múltiple	21 Herpes anogenital	153 Riñones poli o multiplicados o displásicos	Q61.1-61.9
09 T.C.L.U.	22 Condilomatosis genital	154 Hidronefrosis congénita	Q62.0
10 Parto de pretérmino	23 Otras enfermedades maternas	155 Atresia de la vejiga	Q64
11 Parto de posttérmino	24 Muerte fetal	156 Otras anomalías nefrouriarias	Q63, 64
12 Presentación podálica	25 Madre exhausta	157 Trisomía 13	Q91.4, Q91.5, Q91.6
13 Posición posterior	26 Otros	158 Trisomía 18	Q91.0, Q91.1, Q91.2
<b>MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO</b>		159 Síndrome de Down	Q90
01 Lidocaína o similar	16 Inhibidores de Prostaglandinas	160 Otras anomalías cromosómicas	Q92, 97-99
02 Anestésicos simpatoimiticos	17 Antagonistas del calcio	126 Labio hendido	Q36
03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-ox. nitroso)	18 Sulfato de magnesio	161 Palcoscilia	Q39
04 Barbitúricos	19 Hidralazina	162 Sindactilia	Q70
05 Relajantes musculares	20 Beta bloqueantes	163 Displasia esquelética	Q17-78
06 Diazepamidos	21 Otros antihipertensivos	164 Pes equinovarus / Talovalgo (Pie Bot)	Q66.8
07 Meperidina	22 Sangre y derivados	165 Hemia Diafragmática	Q73.0
08 Espasmolíticos	23 Hepatina	166 Hipofos fetalis	P56, P63.2
09 Oxitocina	24 Corticoides	167 Oligoamnios severo	P01.2
10 Prostaglandinas (penicilamina-cefalosporinas)	25 Cardiolíticos	168 Otras anomalías musculoesqueléticas	Q68, 74, 75, 79
11 Betalactámicos (gentamicina-cefalosporinas)	26 Diuréticos	169 Anomalías taurinas	Q82, 84
12 Amnoglicósidos (gentamicina-amykacina)	27 Aminoflina		
13 Eritromicina	28 Insulina	31 Antiretrovirales	
14 Metronidazol	29 Difenhidantoina	32 Sulfadoxina-Pirimetamina	
15 Betamiméticos	30 Otros	33 Cloroquinas	

HCPS/IMP 12/08

# Carné Perinatal (anverso)

## CARNÉ PERINATAL

Lugar de control prenatal \_\_\_\_\_

Lugar del parto \_\_\_\_\_

El embarazo no es una enfermedad pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.

Es importante que su primera consulta al centro de salud sea lo más pronto posible. Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

Este carné contiene información indispensable para la salud de su hijo. Debe ser usado en el embarazo, en el parto y en el primer año de vida. Requiere una atención y sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

En caso de extravío se ruega dirigirse a:

NOMBRE \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_



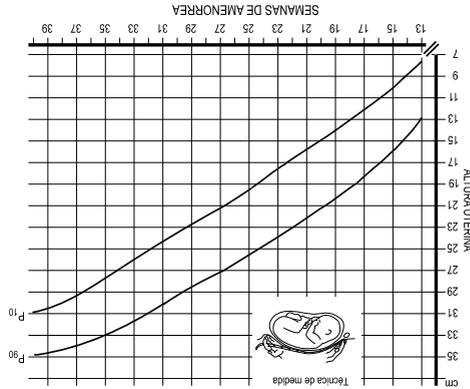
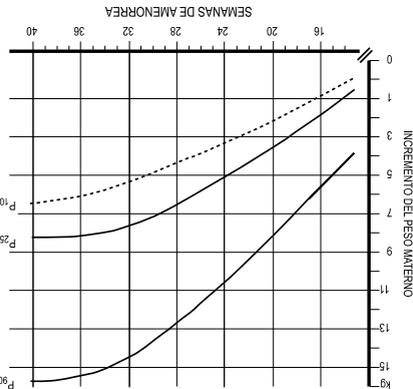
CPRESAMP-09/06

EXAMENES COMPLEMENTARIOS	
Día	Mes

HOSPITALIZACIÓN				
	INGRESO		EGRESO	
	Día	Mes	Día	Mes

OBSERVACIONES

La información aquí contenida es propiedad de la gestante y no podrá ser difundida a terceros, al amparo de las disposiciones vigentes sobre privacidad de la información médica.



# Carné Perinatal (reverso)

CARNÉ PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS				FECHA DE NACIMIENTO			ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		casada		Lugar del control prenatal																																																																																																							
NOMBRE: _____ APELLIDO: _____				dia mes año			blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra <input type="radio"/>		primaria <input type="radio"/> secundaria <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/> años en el mayor nivel <input type="radio"/>		soltero <input type="radio"/> casado <input type="radio"/> viudo <input type="radio"/> divorciado <input type="radio"/>		unión estable <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>		Lugar del parto/bornito		Lugar del control prenatal																																																																																																							
DOMICILIO: _____ TELEF.: _____				EDAD (años)																																																																																																																				
LOCALIDAD: _____				< de 15 <input type="radio"/> > de 15 <input type="radio"/>																																																																																																																				
<b>ANTECEDENTES</b>		<b>FAMILIARES</b>		<b>PERSONALES</b>		<b>OBSTETRICOS</b>		<b>gestas previas</b>		<b>abortos</b>		<b>vaginales</b>		<b>nacidos vivos</b>		<b>viven</b>		<b>FIN EMBARAZO ANTERIOR</b>																																																																																																						
TBC <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> hipertensión <input type="radio"/> preeclampsia <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> otra cond. medica grave <input type="radio"/>		TBC <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> hipertensión <input type="radio"/> preeclampsia <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> otra cond. medica grave <input type="radio"/>		clíngita genito-urinaría <input type="radio"/> infertilidad <input type="radio"/> cardiopatía <input type="radio"/> nefropatía <input type="radio"/> violencia <input type="radio"/>		normal <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/> <2500g <input type="radio"/> >4000g <input type="radio"/>		3 consecutivos <input type="radio"/>		cesáreas <input type="radio"/>		nacidos muertos <input type="radio"/>		muertos <input type="radio"/> después 1° sem. <input type="radio"/>		EMBARAZO PLANEAADO <input type="radio"/> EMBARAZO MLETADO <input type="radio"/>		dia mes año		meses de 1 año																																																																																																				
<b>GESTACIÓN ACTUAL</b>				<b>EG CONFIABLE</b>		<b>FUM. ACT.</b>		<b>FUM. PAS.</b>		<b>DROGAS</b>		<b>ALCOHOL</b>		<b>VIOLENCIA</b>		<b>ANTIRRUEOLA</b>		<b>ANTITETANICA</b>		<b>EX. NORMAL</b>																																																																																																				
PESO ANTERIOR _____ Kg TALLA (cm) _____ FPP _____ FUM. _____				Eco <20 s. <input type="radio"/> Eco >20 s. <input type="radio"/>		1° trim <input type="radio"/> 2° trim <input type="radio"/> 3° trim <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		vigente no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		ODONT. <input type="radio"/> MAMAS <input type="radio"/>																																																																																																				
<b>CERVIX</b>		<b>GRUPO</b>		<b>TOXOPLASMOSIS</b>		<b>VIH</b>		<b>Hb &lt;20 sem</b>		<b>Fe/FOLATOS indicados</b>		<b>Hb ≥20 sem</b>		<b>SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento</b>		<b>treponémico</b>		<b>≥20 sem</b>		<b>ODONT.</b>																																																																																																				
insp. visual <input type="radio"/> PAP <input type="radio"/> COLP. <input type="radio"/>		Rh <input type="radio"/> Rh0 <input type="radio"/> yglubulina anti D <input type="radio"/>		<20sem IgG <input type="radio"/> ≥20sem IgG <input type="radio"/>		solicitado <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		<11.0 g/dl <input type="radio"/> >11.0 g/dl <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		<11.0 g/dl <input type="radio"/> >11.0 g/dl <input type="radio"/>		sem <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>																																																																																																				
<b>CHAGAS</b>		<b>BACTERIURIA</b>		<b>GLUCEMIA EN AYUNAS</b>		<b>ESTREPTOCOCO B</b>		<b>PREPARACION PARA EL PARTO</b>		<b>CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA</b>		<b>SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento</b>		<b>treponémico</b>		<b>≥20 sem</b>		<b>ODONT.</b>		<b>MAMAS</b>																																																																																																				
no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		sem. normal <input type="radio"/> sem. anormal <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/>		<20 sem <input type="radio"/> ≥20 sem <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>																																																																																																				
<b>CONSULTAS ANTERIORES</b>																																																																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>dia</th><th>mes</th><th>año</th><th>edad gest.</th><th>peso</th><th>PA</th><th>altura uterina</th><th>presión tación</th><th>FCF (tpm)</th><th>movim. fetales</th><th>proteí. orina</th><th>signos de alarma, exámenes, tratamientos</th><th>Iniciales Técnico</th><th>próxima cita</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>																							dia	mes	año	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presión tación	FCF (tpm)	movim. fetales	proteí. orina	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	próxima cita																																																																																				
dia	mes	año	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presión tación	FCF (tpm)	movim. fetales	proteí. orina	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	próxima cita																																																																																																											
<b>PARTO</b>		<b>ABORTO</b>		<b>HOSPITALIZ. en EMBARAZO</b>		<b>CORTICOIDES ANTERIALES</b>		<b>INICIO</b>		<b>ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO</b>		<b>EDAD GEST. al parto</b>		<b>PRESENTACION SITUACION</b>		<b>TAMANO FETAL ACORDE</b>		<b>ACOMPANANTE TDP</b>		<b>P</b>																																																																																																				
fecha de ingreso _____		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		completo <input type="radio"/> incompl. <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/>		incluido <input type="radio"/> cesar. elect. <input type="radio"/>		<37 sem <input type="radio"/> ≥37 sem <input type="radio"/>		semanas _____ dias _____		céfalica <input type="radio"/> pelviana <input type="radio"/> transversa <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		pareja <input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>																																																																																																				
<b>NACIMIENTO</b>																																																																																																																								
VIVO <input type="radio"/> MUERTO antiparto <input type="radio"/> parto <input type="radio"/> ignora momento <input type="radio"/>																																																																																																																								
hora _____ min _____ dia _____ mes _____ año _____																																																																																																																								
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION _____																																																																																																																								
<b>EMERGENCIAS</b> HTA previa <input type="radio"/> HTA inducida <input type="radio"/> preeclampsia <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> cardiopatía <input type="radio"/> nefropatía <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/>																																																																																																																								
infec. ovular <input type="radio"/> infec. urinaria <input type="radio"/> amenaza parto preter. <input type="radio"/> R.C.I.U. <input type="radio"/> ruptura prem. de membranas <input type="radio"/> anemia <input type="radio"/> otra cond. grave <input type="radio"/>																																																																																																																								
1° trim. <input type="radio"/> 2° trim. <input type="radio"/> 3° trim. <input type="radio"/>																																																																																																																								
notas _____																																																																																																																								
<b>POSICION PARTO</b>		<b>DESGARROS</b>		<b>OCITOCICOS</b>		<b>PLACENTA</b>		<b>LIGADURA CORDON</b>		<b>ocitocicos en TDP</b>		<b>anest. local</b>		<b>anest. region.</b>		<b>anest. gral</b>		<b>transfusión</b>		<b>otros</b>		<b>otro</b>																																																																																																		
sentada <input type="radio"/> acostada <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		prealamb. <input type="radio"/> postalamb. <input type="radio"/>		completa <input type="radio"/> retenida <input type="radio"/>		precoz <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>																																																																																																		
<b>RECIEN NACIDO</b>																																																																																																																								
<b>SEXO</b>		<b>PESO AL NACER</b>		<b>P. CEFALICO</b>		<b>EDAD GESTACIONAL</b>		<b>PESO E.G.</b>		<b>APGAR</b>		<b>FALLECE en LU GAR de PARTO</b>		<b>REFERIDO</b>		<b>ATENCION medico</b>		<b>obst.</b>		<b>enf. auxil.</b>		<b>estud. empir.</b>		<b>otro</b>		<b>Nombre</b>																																																																																														
m <input type="radio"/> f <input type="radio"/>		<2500g <input type="radio"/> ≥24000g <input type="radio"/>		cm _____		sem _____ dias _____		g _____		1° _____ 5° _____		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		dia _____ hora _____		T°C _____		PA _____		pulso _____		invol. uter. _____		loquos _____																																																																																														
<b>DEFECTOS CONGENITOS</b>																																																																																																																								
menor <input type="radio"/> mayor <input type="radio"/>																																																																																																																								
<b>ENFERMEDADES</b>																																																																																																																								
ingesta <input type="radio"/> 0 a 1 mes <input type="radio"/> 1 a 3 meses <input type="radio"/> 3 a 6 meses <input type="radio"/>																																																																																																																								
<b>EGRESO RN</b>																																																																																																																								
vivo <input type="radio"/> fallece <input type="radio"/> traslado <input type="radio"/>																																																																																																																								
fallece durante o en lugar de traslado <input type="radio"/>																																																																																																																								
EDAD dias completos _____ <1 dia <input type="radio"/>																																																																																																																								
<b>ALIMENTO AL ALTA</b>																																																																																																																								
lact. exci. <input type="radio"/> parcial <input type="radio"/> artificial <input type="radio"/>																																																																																																																								
<b>EGRESO MATERNO</b>																																																																																																																								
dia _____ mes _____ año _____																																																																																																																								
traslado <input type="radio"/> lugar _____																																																																																																																								
<b>CONSEJERIA</b>																																																																																																																								
DIU post-evento <input type="radio"/> DIU natural <input type="radio"/> barrera <input type="radio"/> hormonal <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>																																																																																																																								

\* Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)  
 \* Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)  
 OPS/SMR Regional 2008

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los centiles (P10, P25 y P90) graficados.

# Historia Clínica Perinatal con ejemplo de sustitución de los sectores de Parto y Recién Nacido por el Formulario complementario de mujeres en situación de aborto

<b>HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS</b>																																						
NOMBRE APELLIDO		FECHA DE NACIMIENTO dia mes año			ETNIA <input type="radio"/> blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra		ALFA BETA <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		ESTUDIOS primarios <input type="radio"/> secundarios <input type="radio"/> universitarios <input type="radio"/> otros <input type="radio"/> años en el mayor nivel <input type="radio"/> años de estudio <input type="radio"/>			ESTADOCIVIL casado <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltero <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> viudo <input type="radio"/> viuda <input type="radio"/> divorciado <input type="radio"/>																										
DOMICILIO		TELEF.		EDAD (años) de 15 a 35					Lugar del control prenatal Lugar del parto/aborto barrio <input type="radio"/> zona <input type="radio"/> rural <input type="radio"/>			EX. NORMAL menos de 1 año																										
FAMILIARES TBC <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> hipertensión <input type="radio"/> preeclampsia <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/>				PERSONALES grupestad <input type="radio"/> infertilidad <input type="radio"/> cardiopatía <input type="radio"/> nefropatía <input type="radio"/> violencia <input type="radio"/>				OBSTETRICOS gestas previas <input type="radio"/> abortos <input type="radio"/> vaginales <input type="radio"/> nacidos vivos <input type="radio"/>			FIN EMBARAZO ANTERIOR viven <input type="radio"/> muertos 1° sem <input type="radio"/> después 1° sem <input type="radio"/> nacidos vivos <input type="radio"/> nacidos muertos <input type="radio"/>																											
ANTECEDENTES TBC <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> hipertensión <input type="radio"/> preeclampsia <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/>						PERSONALES grupestad <input type="radio"/> infertilidad <input type="radio"/> cardiopatía <input type="radio"/> nefropatía <input type="radio"/> violencia <input type="radio"/>			OBSTETRICOS gestas previas <input type="radio"/> abortos <input type="radio"/> vaginales <input type="radio"/> nacidos vivos <input type="radio"/>			FIN EMBARAZO ANTERIOR viven <input type="radio"/> muertos 1° sem <input type="radio"/> después 1° sem <input type="radio"/> nacidos vivos <input type="radio"/> nacidos muertos <input type="radio"/>																										
PESO ANTERIOR Kg			TALLA (cm)			EG CONFABLE FUM <input type="radio"/> FUM ETO <input type="radio"/>			FUMACT 1° trim <input type="radio"/> 2° trim <input type="radio"/> 3° trim <input type="radio"/>			DROGAS <input type="radio"/> ALCOHOL <input type="radio"/> VIOLENCIA <input type="radio"/>			ANTIRRUBEOLA vigente no <input type="radio"/>			ANTITETANICO vigente no <input type="radio"/>			EX. NORMAL ODONT <input type="radio"/> MAMAS <input type="radio"/>																	
CERNIX VISUAL <input type="radio"/>		PAP <input type="radio"/>		COLP <input type="radio"/>		GRUPO RH <input type="radio"/>		TOXOPLASMOSIS <input type="radio"/>		VH <input type="radio"/>		Hb <20 sem <input type="radio"/>		FeFOLOTOS <input type="radio"/>		SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento		EX. NORMAL ODONT <input type="radio"/> MAMAS <input type="radio"/>																				
PALIDISMO <input type="radio"/>			BACTERIURIA <input type="radio"/>			GLUCEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/>			ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/>			PREPARACION PARA EL PARTO <input type="radio"/>			CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/>																							
CONSULTAS/ANTEMIALES			P A			signos de alarma, exámenes, tratamientos																																
ABORTO			HOSPITALIZADO			CORTICOIDES			INICIO			ROTURA DE MEMBRANAS			ANTEPARTO			EDAD GEST.			PRESENTACION			TAMANO FETAL			ACOMPANANTE											
CARNÉ			FECHA DE INGRESO			HABILIDAD			EDAD GESTACIONAL			ACOMPANANTE			PROCEDENCIA			TRASPORTE																				
PRE-PROCEDIMIENTO			SIGNOS VITALES			LABORATORIO			SIFILIS			SINTOMATOLOGIA			CONDICION AL INGRESO			DIAGNOSTICO PRESUNTIVO																				
EXAMEN CLINICO			PIEL Y MUCOSAS			ABDOMEN			EXAMEN GINECOLOGICO			ECO			ANALGESIA			SANGRADO			DOLOR			RESPONSABLE														
TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO			MADURACION CERVAL			EVACUACION UTERINA			AMBIENTE			EVALUACION			AMBIENTE			MEDICACION			COMPLICACIONES			EGRESO			FECHA			TIPO DE EGRESO								
TAMANO UTERINO			HALLAZGOS			RESTOS			ANATOM. PATOLOGICA			COMPLICACIONES			EGRESO			FECHA			TIPO DE EGRESO																	
OTROS PROCEDIMIENTOS			POST-PROCEDIMIENTO			CONSEJERIA/INFORMACION			COMPLICACIONES			EGRESO			FECHA			TIPO DE EGRESO																				
ANTICONCEPCION																																						

# Secciones de la Historia Clínica Perinatal para Mujeres en Situación de Aborto

## Sección: IDENTIFICACIÓN

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS			FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA	ALFA BETA	ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	Lugar del control prenatal		Lugar del parto/aborto		
NOMBRE	<i>Julia</i>	APELLIDO	<i>Teret</i>		1 8 0 3 7 0	<input type="radio"/> blanca <input type="radio"/> indígena <input checked="" type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> primaria <input checked="" type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers. años en el mayor nivel	<input checked="" type="radio"/> casado <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> vive sola no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>				1 0 6 2 2	1 0 6 2 2
DOMICILIO	<i>Av. América 6937</i>		TELEF.	<i>8613947</i>	EDAD (años)	3 8	<input type="radio"/> < de 15 <input checked="" type="radio"/> > de 35					1 6 6 2 2 8 9 7	
LOCALIDAD	<i>Libertadores</i>												

### NOMBRE – APELLIDO

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

### DOMICILIO – LOCALIDAD

Se refiere a la residencia habitual de la embarazada.

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

### TELÉFONO (TELEF)

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

### FECHA DE NACIMIENTO

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

### EDAD (años)

Al momento de la primera consulta preguntar:

*¿Cuántos años cumplidos tiene?*

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

### ETNIA

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

Si bien existe una sola Raza (Humana), sinónimo de especie humana, las poblaciones se agrupan en etnias. Las etnias las constituyen grupos humanos que comparten mitos, ancestros, religión, territorio,

vestimenta, lenguaje, memorias de un pasado colectivo, que regulan las relaciones de una comunidad humana.

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

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

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

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

## **ALFABETA**

Preguntar: *¿Sabe leer y escribir?*

Anotar la respuesta (SI o No) según corresponda

## **ESTUDIOS**

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

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

Registrar únicamente el máximo nivel alcanzado.

## **AÑOS EN EL MAYOR NIVEL**

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

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

## **ESTADO CIVIL**

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

También se registrará si vive sola o no.

## **LUGAR DEL CONTROL PRENATAL**

Cuando se trate de mujeres que se encontraban asistiendo a control prenatal se anotará el código asignado por las autoridades nacionales de salud al lugar donde se realizó el control prenatal.

**LUGAR DEL PARTO/ABORTO**

Anotar el código asignado por las autoridades de salud al establecimiento en el que se efectuó la asistencia del aborto. Si el control prenatal y el aborto se realizaron en el mismo establecimiento, entonces el código se repite en ambas variables.

**NÚMERO DE IDENTIDAD (Nº Identidad)**

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

## Sección: ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTÉTRICOS

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

### ANTECEDENTES FAMILIARES

Se refieren a los antecedentes de la pareja, padres o hermanos.

Preguntar: *¿En su familia alguien ha tenido... (mencionar cada una de las patologías de la HCP)?* Si la respuesta es afirmativa, preguntar *¿Quién?*

### ANTECEDENTES PERSONALES

Se refieren a los antecedentes propios de la mujer. Notar que la lista incluye las patologías mencionadas en los antecedentes familiares más otros 5 antecedentes (cirugía genito urinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía y violencia).

El término cirugía genito urinaria no incluye a las cesáreas.

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

Marcar el círculo “SI” o “NO” según corresponda

### ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

#### GESTAS PREVIAS

Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual.

Colocar 00 si es el primer embarazo.

## **PARTOS / VAGINALES - CESÁREAS**

Se refiere al número de partos.

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

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

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

## **ABORTOS**

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

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

## **NACIDOS VIVOS**

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

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

## **EMBARAZO ECTOPICO** (emb. ectópico)

Se anotará el número correspondiente a los antecedentes de embarazo producidos fuera del útero.

## **NACIDOS MUERTOS**

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

## **VIVEN**

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

## **MUERTOS 1<sup>ra</sup> SEMANA**

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

## **MUERTOS DESPUES DE 1<sup>ra</sup> SEMANA**

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

## **FIN EMBARAZO ANTERIOR**

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

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

Marcar el círculo amarillo en los siguientes casos:

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

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

## **EMBARAZO PLANEADO**

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

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

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

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

Las respuestas posibles están clasificadas como:

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

## Sección: GESTACIÓN ACTUAL

GESTACION ACTUAL		EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s.		FUM ACT. FUM PAS.		DROGAS		ALCOHOL		VIOLENCIA		ANTIRUBEOLA		ANTITETANICA		EX. NORMAL	
PESO ANTERIOR: Kg	TALLA (cm)	EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s.	1 <sup>er</sup> trim	2 <sup>o</sup> trim	3 <sup>er</sup> trim	FUM ACT. FUM PAS.	DROGAS	ALCOHOL	VIOLENCIA	ANTIRUBEOLA	ANTITETANICA	EX. NORMAL	ODONT.	MAMAS			
CERVIX Insp. visual	normal	anormal	no se hizo	GRUPO Rh	+	-	no se hizo	VIH	<20 sem	Hb <20 sem	Fe FOLATOS indicados	Hb ≥20 sem	SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento	<20 sem	treponémico	≥20 sem	
PAP				globulina anti D	si	no	no	realizado	no	si	no	si	sem	no	si	no	sem
COLP				1 <sup>a</sup> consulta IgM	si	no	no	realizado	no	si	no	si	sem	no	si	no	sem
CHAGAS	+	-	no se hizo	GLUCEMIA EN AYUNAS	<20 sem	≥20 sem	ESTREPTOCOCO B 35 - 37 semanas	realizado	no	si	no	si	sem	no	si	no	sem
				≥105 mg/dl	no	si	PREPARACION PARA EL PARTO	no	si	no	si	sem	no	si	no	sem	
				≥30 sem	realizado	no	CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA	no	si	no	si	sem	Tto. pareja	no	si	no	sem

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

### PESO ANTERIOR

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

Este dato es útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo. La medida más utilizada es el Índice de Masa Corporal (IMC) que se calcula dividiendo el peso en kilogramos (Kg) sobre el cuadrado de la talla expresada en metros (m<sup>2</sup>). Por ejemplo, si la gestante pesa 60 Kg y tiene una talla de 1.60 m, el cálculo será:

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

### TALLA (cm)

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

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

### FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM)

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

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

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

## FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP)

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

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

En el caso de mujeres que ingresan para ser asistidas por un aborto y no han tenido control prenatal no será necesario incluir la FPP.

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

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

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

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

## FUMADORA ACTIVA (Fuma Act.)

Se refiere a si la mujer está fumando al momento de la consulta y se anotará según corresponda (No/Si). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre

## FUMADORA PASIVA (Fuma Pas.)

Se refiere a la exposición actual al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo y se anotará la respuesta según corresponda (No/Si). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre

## DROGAS.

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

## ALCOHOL

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

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

Anotar en la HCP si la mujer ha ingerido alcohol en este embarazo (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

## VIOLENCIA

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

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

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

- 1. En el último año, ¿alguna vez ha sido Ud humillada, avergonzada, prohibida de ver a amigos, o hacer cosas que a Ud le interesan?  
Si la respuesta es positiva, continuar:  
(1ª) Desde que está embarazada ¿alguna vez ha sido Ud humillada, avergonzada, impedida de ver amigos, o hacer cosas que a Ud le interesan?*
- 2. En el último año, ¿ha sido Ud golpeada, o lastimada físicamente por alguien?  
Si la respuesta es positiva, continuar:*

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

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

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

## **ANTIRUBEOLA**

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

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

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

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

## ANTITETÁNICA

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

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

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

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

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

Registrar Vigente=SI en los siguientes casos:

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

Registrar Vigente=NO en los siguientes casos

- Ninguna dosis recibida. *Acción:* Colocar dos dosis durante el embarazo actual Primera dosis en la primera consulta prenatal y la segunda no antes de 4 semanas de haberse colocado la primera dosis o por lo menos 3 semanas antes de la fecha de parto.

- Información poco confiable acerca de número y fechas de administración de dosis previas. *Acción:* Colocar dos dosis durante el embarazo actual.
- Recibió dos dosis y el embarazo actual se inicia después de los 3 años de protección. *Acción:* colocar únicamente una dosis (la tercera).
- Recibió tres dosis y el embarazo actual se inicia después de los 5 años de protección. *Acción:* Colocar únicamente una dosis (la cuarta).

Vacunar a una mujer no protegida con toxoide tetánico, además de protegerla a ella constituye una medida preventiva preconcepcional para un futuro embarazo.

## **EXAMEN ODONTOLÓGICO Y DE MAMAS (EX. NORMAL)**

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

Aun en aquellas mujeres que consulten para ser asistidas por un aborto se deberán incluir estos exámenes como forma de dar una atención integral a la mujer en cada contacto de ésta con el equipo de salud.

### **Examen Odontológico (Odont.)**

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

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

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

## Examen de Mamas

El examen de las mamas es sugerido en muchos países como parte del examen de toda gestante. Con este examen se busca identificar patología tumoral así como problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y eventuales patologías tumorales evidentes).

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

## CERVIX

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

El examen con espéculo también integrará el examen de las mujeres en caso de aborto.

## INSPECCIÓN VISUAL (Insp. visual)

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

## PAPANICOLAU (PAP)

Si se encuentra alguna anomalía cervical o se duda que la mujer pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante el control prenatal. En la mujer que asiste solamente para la atención de un aborto y se constata una lesión, la toma de PAP se deberá diferir. La interpretación de los resultados puede ser difícil cuando el PAP es tomado durante la gestación. Registrar el resultado del PAP según corresponda: Normal/Anormal y si el PAP no se realizó, registrar no se hizo.

## COLPOSCOPIA (COLP)

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

## GRUPO Rh

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

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

## GAMAGLOBULINA ANTI D

Esta variable está destinada para la aplicación de gamaglobulina anti D durante el embarazo según normas nacionales. En algunos países de la Región es norma la aplicación rutinaria de la gamaglobulina a todas las gestantes Rh negativas no inmunizadas a las 28 semanas de gestación. En cambio en otros países sólo se aplica la gamaglobulina anti D a las Rh negativas no inmunizadas en caso de sangrados o de procedimientos invasivos (amniocentesis); en caso de aborto ninguna de estas dos situaciones aplicarán. Se marcará **Si** si siendo Rh negativo no inmunizada recibió gamaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará **No**. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar “no corresponde” n/c.

## TOXOPLAMOSIS

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

Siempre es aconsejable impartir mensajes educativo-preventivos para disminuir el riesgo de toxoplasmosis congénita, para lo cual se remite a la Publicación Científica CLAP/SMR 1562. En caso de aborto y aunque en su servicio se realice serología para toxoplasmosis, no se deberá registrar la variable  $\geq 20$  semanas

## INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH)

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

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

En caso de una mujer que controlaba el embarazo y sufre un aborto sólo anotar si el test fue solicitado/realizado antes de las 20 semanas. Si la mujer ingresa para atención de un aborto y sin control previo se llenará la variable VIH en el formulario complementario de aborto.

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

## **PRUEBA DE HEMOGLOBINA (Hb)**

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

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

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

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

La HCP ofrece dos instancias para registrar los resultados de la prueba de hemoglobina, uno en la primera visita antenatal o por un aborto, y en este caso no se tomará en consideración el dato luego de las 20 semanas. Los valores obtenidos se registrarán en los rectángulos correspondientes y en caso que los niveles sean inferiores a 11 gramos, marcar el círculo amarillo.

## **Fe/FOLATOS Indicados**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **SIFILIS - DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

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

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

Se recomienda realizar la prueba de detección de sífilis a todas las mujeres en trabajo de parto o de aborto que no han tenido control prenatal (para el diagnóstico y tratamiento de ella y su recién nacido) y a las mujeres que tuvieron aborto o mortinato.

Las pruebas de detección más utilizadas son las pruebas no

treponémicas (VDRL o RPR) , las que se sugiere realizar al momento de la captación en la primera visita antenatal (antes de las 20 semanas de gestación). En caso de aborto no se considerará el dato más allá de las 20 semanas.

En otras ocasiones, dependiendo de las condiciones locales, el diagnóstico puede hacerse con test rápidos (treponémicos). Estos pueden dar resultados falsos positivos por un recuerdo inmunológico. Debido al riesgo de muerte fetal por sífilis y ante la imposibilidad de realizar otras pruebas, puede justificarse el tratamiento. En servicios con mayor disponibilidad de recursos las pruebas treponémicas suelen usarse como confirmatorias luego de realizar una prueba no treponémica.

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

En los casilleros rectangulares reservados a semanas (sem) se anotará a que edad gestacional fue confirmado o descartado el diagnóstico de sífilis. Si el diagnóstico fue hecho por pruebas serológicas, se registrará en los círculos correspondientes el o los tipos de pruebas usados (pruebas serológicas treponémicas, no treponémicas o ambas). Mientras que en los restantes círculos se marcará (-) si mediante las pruebas se descartó sífilis, (+) si las pruebas indican sífilis y (s/d) cuando no se conozca el resultado serológico. En caso de anotar (+), se deberá registrar en la casilla que se encuentra inmediatamente por debajo si se efectuó o no se efectuó tratamiento. Se debe recordar que el único tratamiento seguro hasta el momento para evitar las sífilis congénita, es la penicilina.

Por último y debido a que una de las principales causas de reinfección de las mujeres embarazadas que han sido correctamente tratadas corresponde a la falta de tratamiento de su compañero sexual, existe un recordatorio para que el profesional considere la investigación del o de los compañeros sexuales y provea el tratamiento. Registrando (No) cuando debió hacerse tratamiento y este no se hizo, (Si) cuando correspondía tratamiento y fue hecho y (n/c) cuando no corresponde efectuar tratamiento porque la mujer no tiene sífilis o cuando a pesar de diagnosticar sífilis en la mujer, el compañero sexual no presenta serología de sífilis.

## **CHAGAS**

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

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

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

## **PALUDISMO / MALARIA**

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

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

## **BACTERIURIA**

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

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

Se marcará Bacteriuria: Normal, cuando el urocultivo sea negativo (menos de 100,000 unidades formadoras de colonia/ml), o el la tirilla reactiva es negativa; Anormal, si el Urocultivo o la tirilla reactiva tienen resultados positivos. En caso de no realizar urocultivo o la tirilla reactiva a lo largo del control del embarazo, se registrará el círculo que indica que la prestación no se hizo. En caso de aborto no se consignará el dato  $\geq 20$  semanas.

## **GLUCEMIA EN AYUNAS**

Registrar el valor de la glucemia obtenida, de acuerdo a la semana de gestación cursada (en miligramos por decilitro) en el rectángulo correspondiente. Si la glucemia basal es igual o mayor a 105 mg/dL marcar además el círculo amarillo. Debido a que hay controversia en el uso de la glucemia y su sustitución por la PTOG en la rutina obstétrica, se recomienda consultar la Publicación Científica CLAP/SMR 1562. En caso de aborto no se consignará el dato  $\geq 30$  semanas.

**ESTREPTOCOCO B 35 - 37 semanas**

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

**PREPARACIÓN PARA EL PARTO**

En casos de atención por aborto no aplica llenar esta variable

**CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA**

En casos de atención por aborto no aplica llenar esta variable

**CONSULTAS ANTENATALES**

CONSULTAS ANTENATALES	día	mes	año	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presentación	FCF (lpm)	movim. fetales	proteinuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	próxima cita								
	2	4	0	3	0	8	72	1	6	3	3		110/70	-	-	-	-	-	-	AC	2,4,0,4	

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

Para aquellas mujeres en las que el aborto se produce luego de iniciado el control prenatal la HCP contiene espacio para 6 controles prenatales.

Los datos a registrar son:

- Día, mes y año de la consulta
- Edad gestacional al momento de la consulta (edad gest.), en semanas completas.
- Peso, en gramos.
- Presión arterial (PA), en mm de Hg.
- Altura uterina, en centímetros.
- Presentación, cefálica (cef), pelviana (pel), incluye la situación transversa (tra).
- Frecuencia fetal cardiaca en latidos por minuto (FCF lpm)
- Movimientos fetales, positivos o negativos, la falta de datos se interpretará como prestación no hecha
- Proteinuria: registrar positivo si se detecta albúmina o proteínas en la orina, si no contiene anotar Negativo, dejar la casilla en blanco se interpretará como (no se hizo).
- Signos de alarma, exámenes y tratamientos, anotar solo signos positivos y relevantes.
- Iniciales del técnico.
- Fecha de próxima cita, día y mes.

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

## Sección: ABORTO

Fruto de un convenio de cooperación técnica entre el CLAP/SRM e Ipas se ha producido el formulario complementario de la Historia Clínica Perinatal, destinado a mujeres en situación de aborto.

Ipas es una organización internacional, ([www.ipas.org/spanish](http://www.ipas.org/spanish)), que trabaja a nivel mundial para aumentar la capacidad de las mujeres de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, y disminuir la tasa de muertes y lesiones relacionadas con el aborto. Cuenta con 10 años de experiencia en el diseño de sistemas de registro para mujeres en situación de aborto. Este proceso comenzó con el desarrollo de InfoAPA y alcanzó su máximo desarrollo con COMPAC (Comprehensive Post Abortion Care). Dentro de este marco de cooperación CLAP/SMR - Ipas, construyeron sobre las bases de las fortalezas de las dos instituciones el formulario complementario de la Historia Clínica Perinatal para mujeres en situación de aborto.

La sección aborto fue diseñada para registrar los datos relevantes de la atención a mujeres en situación de aborto. Las variables consideradas fueron ampliamente testeadas en el desarrollo y cuidadosamente seleccionadas siguiendo los estándares del CLAP en el monitoreo de los sistemas de salud y cuentan con adiciones correspondientes al Sistema Informático Perinatal que le dan un enfoque integrador y complementario.

En caso de aborto se deberán sustituir las secciones: *parto, enfermedades maternas, recién nacido, puerperio, egreso del recién nacido, egreso materno, y anticoncepción* de la HCP, por el formulario complementario (adhesivo) para mujeres en situación de aborto.

# Formulario complementario de mujeres en situación de aborto

(no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)  Este color significa <b>ALERTA</b>  HCPESWAP (abono) 03/09	<b>ADMISSION POR ABORTO</b> <input checked="" type="radio"/>		HOSPITALIZ en EMBARAZO no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> días <input type="text"/> <input type="text"/>		EDAD GESTACIONAL por FUM <input type="text"/> <input type="text"/> semanas días por ECO <input type="text"/> <input type="text"/>		ACOMPAÑANTE pareja <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>		<b>PROCEDENCIA</b> TRASLADO DESDE OTRO SERVICIO no <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> cual? <input type="text"/>		TRANSPORTE personal <input type="radio"/> ambulancia estable/emerg <input type="radio"/> desconocido <input type="radio"/> días <input type="text"/> horas <input type="text"/> minutos <input type="text"/>					
	FECHA DE INGRESO día mes año hora min <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>SIGNOS VITALES</b> F Resp rpm <input type="text"/> TEMPERAT. <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>LABORATORIO</b> HEMOGLOBINA <input type="text"/> <input type="text"/> <10.0 g/dl.		<b>SIFILIS</b> DIAGNOS TICO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> TRATAMIENTO Paraja <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> LEU OCITOS <input type="text"/> <input type="text"/> por microscopio		VIH <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> PLAUQUETAS <input type="text"/> <input type="text"/> <100 mil por microscopio		<b>SINTOMATOLOGIA</b> Días y Horas <input type="text"/> <input type="text"/> desde el inicio del 1° síntoma		<b>CONDICION AL INGRESO</b> no <input type="radio"/> infección genital <input type="radio"/> infección pleviana <input type="radio"/> sepsis <input type="radio"/> hemorragia excesiva <input type="radio"/> shock hipovolémico <input type="radio"/> perforación/lesgario o daño vaginal <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> pélvico <input type="radio"/>		<b>DIAGNOSTICO PRESUNTIVO</b> Estado del aborto actual completo <input type="radio"/> se desconoce <input type="radio"/> incompleto <input type="radio"/> no aplica <input type="radio"/> Tipo emb. no viable <input type="radio"/> espont. frustr. mola <input type="radio"/> terap. fallido no especif. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>	
	<b>EXAMEN CLINICO</b> PIEL Y MUCOSAS normal <input type="radio"/> viscerom <input type="radio"/> lucida <input type="radio"/> pálida <input type="radio"/> soporosa <input type="radio"/> equimosis <input type="radio"/> excitada <input type="radio"/> petequias <input type="radio"/> comatosa <input type="radio"/> ictericia <input type="radio"/>		<b>EXAMEN GINECOLOGICO</b> UTERO POR EXAMEN BIMANUAL Tamaño <input type="text"/> <input type="text"/> Posición AVF <input type="radio"/> medio <input type="radio"/> RVF <input type="radio"/> Cuello cerrado <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Restos sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Vagina normal <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		ECO Dimetro longitudinal <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Dimetro <input type="text"/> <input type="text"/> Tamaño útero <input type="text"/> <input type="text"/> mm		ANALGESIA Solicitada <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Realizada <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		<b>SANGRADO</b> nivel <input type="radio"/> leve <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> severo <input type="radio"/>		<b>DOLOR</b> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> score <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>RESPONSABLE</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	<b>TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO</b> FECHA DE PROCEDIMIENTO día mes año hora min <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		MADURACION CERVICAL No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> horas <input type="text"/> <input type="text"/>		EVACUACION UTERINA AMEU <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> AEU <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> LUI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> MED <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		examen <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> parto <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> proced <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> quirof <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		MEDICACION RECIBIDA oxito <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> cina <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> prost <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> gland <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> anti <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> progest <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> antib <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> ticos <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> seda <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> ción <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> anal <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> gesia <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> anest <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> local <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> anest <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> región <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> anest <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> gral <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> trans <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> fusión <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		SCORE DE DOLOR medic 1 <input type="text"/> <input type="text"/> medic 2 <input type="text"/> <input type="text"/> medic 3 <input type="text"/> <input type="text"/> medic 4 <input type="text"/> <input type="text"/>					
	TAMANO UTERINO EMB <input type="text"/> <input type="text"/> sem <input type="text"/> <input type="text"/>		HISTEROMETRIA <input type="text"/> <input type="text"/> ANEXOS NORMALES No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		FETIDEZ No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> RESTOS moderados <input type="radio"/> abundantes <input type="radio"/> escasos <input type="radio"/> no inspeccionados <input type="radio"/>		ANATOM. PATOLOGICA no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		Complicaciones Intraoperatorias Quirúrgicas: sangrado excesivo <input type="radio"/> lesión cerv.vag. <input type="radio"/> lesión úter.intest. <input type="radio"/> Anestésicas: reacción adversa <input type="radio"/> convulsión <input type="radio"/> paro cardíaco <input type="radio"/>		RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
	OTROS PROCEDIMIENTOS Reparación les. útero No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Reparación les. cerv.vag. No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> histero. tomia No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> tpo. No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		<b>POST-PROCEDIMIENTO</b> FECHA día mes año hora min <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Consejal/información oral <input type="radio"/> escrito <input type="radio"/> ning <input type="radio"/> cuidados básicos <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		COMPLI-CACIONES infección genital/pelv <input type="radio"/> daño órgano o pélvico, etc. <input type="radio"/> hemorragia tardía/excesiva <input type="radio"/> Shock (no séptico) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		<b>EGRESO</b> FECHA día mes año hora min <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		TIPO DE EGRESO fallece <input type="radio"/> contra consejo médico <input type="radio"/> egreso médico <input type="radio"/> fuga <input type="radio"/>					
	ANTICONCEPCION Inicío MAC No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> pref. accid. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		DIU pref. accid. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> EQV masc <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> EQV fem <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> condón <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> otro método barrera <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		use 0=No, 1=principal, 2=secundaria, 3=terciaria Shock (no séptico) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		REFERIDA psicología <input type="radio"/> anticon cepción <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		otro establ <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> especifique <input type="text"/>		RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					

En la Sección de aborto se tratan en forma secuencial las siguientes etapas de atención:

- Procedencia/traslado
- Admisión
- Pre-procedimiento
- Procedimiento
- Anticoncepción
- Egreso

## Sección: ADMISIÓN POR ABORTO

<b>ADMISIÓN POR ABORTO</b> <input checked="" type="radio"/>		<b>HOSPITALIZ en EMBARAZO</b> no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	<b>EDAD GESTACIONAL</b> por FUM <input checked="" type="radio"/> por ECO <input checked="" type="radio"/>	<b>ACOMPAÑANTE</b> pareja <input checked="" type="radio"/> familiar <input checked="" type="radio"/> otro <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>	<b>PROCEDENCIA</b> TRASLADO DESDE OTRO SERVICIO no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> cual? _____	<b>TRANS PORTE</b> personal <input type="radio"/> público <input checked="" type="radio"/> ambulancia estable/emerg <input type="radio"/> desconocido <input type="radio"/>
<b>FECHA DE INGRESO</b> día mes año 14 04 08 hora min 10 00		días <input type="text" value="00"/>	semanas días 7 0			<b>TIEMPO DE TRASLADO</b> días horas minutos 00 00 30

### FECHA DE INGRESO

Es la fecha que corresponde al ingreso de la mujer al hospital. Se registrará la fecha en día-mes-año y la hora en hora-minutos.

### HOSPITALIZACIÓN EN EMBARAZO

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

### EDAD GESTACIONAL AL INGRESO

Registrar la edad gestacional al momento del ingreso, en semanas completas y días y marcar si el cálculo se basó en la fecha de última menstruación (FUM) y/o en la ecografía (ECO), o en ambas.

### ACOMPAÑANTE (APOYO CONTINUO DURANTE TODAS LAS ETAPAS DEL CUADRO CLÍNICO , PROCEDIMIENTO Y EN EL PERÍODO POSTERIOR)

La HCP ha incorporado esta variable basada en el derecho de los pacientes a permanecer acompañados por quien ellos quieran y porque existen evidencias científicas que indican mejores resultados clínicos en las mujeres que efectivamente tienen acompañamiento durante el proceso asistencial.

Se registrará la presencia durante la hospitalización de una persona, la pareja, familiar, u otro (amigo o personal de salud) que ofrece apoyo emocional, información, aliento y confort, en forma continua e individualizada a la mujer en situación de aborto. Las opciones son: pareja, familiar, otro (incluye al personal de salud) y ninguno.

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

## Sección: PROCEDENCIA

<b>ADMISION POR ABORTO</b> <input checked="" type="radio"/>		<b>HOSPITALIZ en EMBARAZO</b> no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		<b>EDAD GESTACIONAL</b> por FUM <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> por ECO <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		<b>ACOMPANIANTE</b> pareja <input type="radio"/> otro <input checked="" type="radio"/> familiar <input type="radio"/> ninguno <input checked="" type="radio"/>		<b>PROCEDENCIA</b> TRASLADO DESDE OTRO SERVICIO no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> cuál? _____		<b>TRANSPORTE</b> personal <input type="radio"/> ambulancia establem <input type="radio"/> público <input checked="" type="radio"/> desconocido <input type="radio"/>	
FECHA DE INGRESO día mes año 1 4 0 4 0 8		hora min 1 0 0 0		semanas días 1 0		días horas minutos 0 0 3 0					

### TRASLADO DESDE OTRO SERVICIO

Se debe marcar Si o No según corresponda, si la paciente fue trasladada desde otra unidad de salud, centro médico u hospital, público o privado.

Si marcó SI indique en Cual, el nombre y/o código de la institución desde donde se produjo el traslado. Según lo que indique la norma de procedimientos de su país.

### TRANSPORTE

Se refiere al tipo de transporte que se utilizó para llegar al establecimiento de salud. Las opciones son:

- **Personal**, cuando la mujer se trasladó en su propio transporte o de un amigo o familiar. Algunos ejemplos pueden corresponder a: auto o carro, bicicleta, caballo, etc.
- **Público**, la mujer tomó un autobús, taxi, mini-bus o cualquier otro medio de transporte compartido y de uso público tradicional.
- **Ambulancia, establecimiento de salud/emergencia**: Se refiere a si el medio de transporte utilizado fue ambulancia pública o privada, u otro transporte de emergencia proporcionado por bomberos, sistemas de vigilancia públicos o policía.
- **Desconocido**, la información se desconoce o no está disponible, o la mujer o su familia no proporcionan ésta información.

### TIEMPO DE TRASLADO

Se registrará en días, horas y minutos el tiempo que insumió el traslado al establecimiento de salud desde su domicilio, trabajo u otra institución.

## Sección: PRE-PROCEDIMIENTO

PRE-PROCEDIMIENTO		SIGNOS VITALES		LABORATORIO		SIFILIS		VIH		SINTOMATOLOGIA		CONDICION AL INGRESO		DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	
PULSO ≥ 100 ≤ 60 lpm		PRESION ARTERIAL ≥ 140/90 ≤ 80/50 mmHg		HEMOGLOBINA <10.0 g/dL		DIAGNOS TICO no se hizo		TRATAMIENTO Pareja		Dias y Horas 00 02		infección genital		Estado del aborto actual	
80		120/80		10.5		LEUCOCITOS 8000		PLAQUETAS 300		desde el Inicio del 1° síntoma		infección pélvica		completo desconocido	
EXAMEN CLINICO		PIEL Y MUCOSAS		ABDOMEN		EXAMEN GINECOLOGICO		ECO		SANGRADO		perforación		Tipo	
CONCIENCIA lúcida		pálida		normal		Tamaño 170		Diámetro longitudinal 100		leve		desgarro o daño vaginal		emb. no viable	
soporosa		equimosis		viscerom		Posición AVF		Solicitada		moderado		uterino		frustrado	
excitada		petequias		rebote		Cuello cerrado		Realizada		severo		pélvico		miel. no especif.	
comatosa		ictericia		distendido		No		Tamaño útero 100		DOLOR		otro		terap. fallido	
		silencio intestinal		signos perit.		Si				score		COD DIAG CIE 10		Admisión	
				silencio intestinal		Si						RESPONSABLE			

### SIGNOS VITALES

En esta sección se registran todos los datos relacionados con los signos vitales de la paciente antes del procedimiento:

- **PULSO**, en latidos por minuto (lpm). Si es mayor o igual a 100 lpm o menor o igual a 60 lpm, se marcará el círculo amarillo.
- **PRESIÓN ARTERIAL**, sistólica y diastólica en milímetros de mercurio (mmHg). Si las condiciones lo permiten se procederá a medir la PA con la mujer sentada colocando el manguito del esfigmomanómetro en el antebrazo derecho y auscultando la arteria cubital. Si la PA es mayor o igual a 140/90 mmHg o inferior a 80/50 mmHg, se marcará el círculo amarillo. Cuando la presión sistólica sea menor de 100 mmHg (ej.: 90 mmHg, se deberá registrar 090)
- **Frecuencia respiratoria (F Resp)**, en respiraciones por minuto (rpm). Cuando supera las 16 rpm presenta una taquipnea, se marcará el círculo amarillo.
- **Temperatura axilar (TEMPERAT)**, se registra en grados Centígrados con el decimal correspondiente. Colocar el termómetro en la axila durante un minuto como mínimo. La presencia de fiebre puede ser un signo de infección grave. Si la temperatura es mayor o igual a 38 °C se registrará en el círculo amarillo.

### LABORATORIO

Se realizarán estudios de sangre con la medición de hemoglobina, leucocitos, plaquetas, VIH y VDRL/RPR.

- **HEMOGLOBINA**, se mide en gramos/decilitro (gr/dL) de sangre. Se marcarán las unidades correspondientes y un decimal. Si el valor es inferior a 10.0 g/dl la paciente presenta anemia y se registrará como signo de alerta en el círculo amarillo. Si la hemoglobina es menor de 10 g/dl (ej.: 8.0 g/dl marcar 08,0).
- **SÍFILIS**, la sífilis es una Infección de Transmisión Sexual (ITS) producida por una espiroqueta denominada *Treponema pallidum*, que afecta 330.000 mujeres embarazadas en América Latina y el Caribe. Se estima que la tercera parte de los fetos, en ausencia de tratamiento, serán abortados. La aplicación de medidas preventivas mediante consejería sobre el uso del condón, el estudio y tratamiento

de la pareja y la captación de los contactos sexuales y su tratamiento, disminuye el riesgo de reinfección por sífilis. Se remite a la Publicación Científica CLAP/SMR 1562.

- **DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS (SÍFILIS DIAGNÓSTICO)**, dependiendo de las condiciones locales se usarán pruebas diagnósticas no treponémicas (VDRL/RPR), pruebas rápidas treponémicas o pruebas rápidas combinadas (treponémicas y no treponémicas). Independientemente de cual fue la técnica usada para el diagnóstico, se registrará en los círculos correspondientes, **(-)** si se descartó una sífilis, **(+)** si la mujer presenta una sífilis, o **(no se hizo)**.
- **TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS (SÍFILIS TRATAMIENTO)**, El tratamiento de la sífilis se realizará de acuerdo a la norma nacional o se puede usar penicilina G benzatínica 2.400.000 U por vía intramuscular, dosis única en caso de sífilis primaria. En situación de aborto y a diferencia del embarazo, si la mujer es alérgica a la penicilina se podrá usar otros antibióticos efectivos. Se marcará el círculo amarillo que dice **(No)** cuando no se hizo tratamiento y era necesario hacerlo. Se marcará **(Si)** si se realizó tratamiento y en caso que no se sea necesario el tratamiento se registrará en no corresponde **(n/c)**. El tratamiento no corresponderá efectuarlo en aquellos casos que habiendo hecho pruebas confirmatorias para sífilis (treponémicas) las mismas la hayan descartado. En aquellos escenarios donde las normas y las condiciones previenen el uso de pruebas treponémicas confirmatorias, éstas se deberán utilizar. Ante la duda siempre será preferible tratar a la mujer.
- **TRATAMIENTO DE LA PAREJA (SÍFILIS TRATAMIENTO PAREJA)** Una de las principales fallas en la disminución de la sífilis congénita se produce por la falta de identificación y tratamiento de los contactos sexuales de la mujer. Esta historia incluye este recordatorio a los profesionales de salud para la identificación, tipificación y en caso de corresponder efectuar el tratamiento y recomendar medidas de prevención. Se consignará con **(No)** si no se hizo tratamiento a la pareja, **(Si)** en caso de hacerlo y **(n/c)** en caso que los estudios confirmatorios de la pareja sean negativos.
- **VIH**, la detección y el tratamiento oportuno de la infección de VIH son actividades claves para reducir el impacto de ésta enfermedad, disminuir su transmisión y para aplicar medidas preventivas. Se utilizan exámenes de tamizaje para VIH (test rápidos de muestras de sangre o saliva, o la prueba de ELISA). Si las pruebas son reactivas deberán confirmarse mediante la técnica de Western blot o por inmunofluorescencia. Registrar en **(-)** si el resultado del VIH es no reactivo, marcar el círculo amarillo que dice **(s/d)** cuando no se hizo el examen o no

se dispone de su resultado. En caso de ser positivo se recomienda registrar el código 76 que figura en el reverso de la HCP.

- **LEUCOCITOS**, se mide en unidades por microlitro. Se indica el número total de leucocitos (glóbulos blancos) por microlitro. Se habilitan 5 casilleros de tipo numérico cuando la cantidad de leucocitos sea < 10.000 se deberá incluir un 0 en el casillero de las decenas de mil.
- **PLAQUETAS**, se miden en cantidades de mil por microlitro. Se rellenan los tres espacios correspondientes con números. Por ejemplo, si el resultado es 450.000 se registra: 450 debido a que mil ya está escrito en letras. El espacio amarillo deberá marcarse cuando el valor sea inferior a 100 mil plaquetas. Si por el contrario fueran 45.000 deberá inscribirse 045.
- **Grupo sanguíneo y factor Rh (GRUPO Rh)**, en caso que no hubiera sido realizado durante el prenatal deberá ser efectuado y registrado en la sección gestación actual como ya fue explicado. Inmediatamente debajo del Grupo y Rh se encuentra lugar para registrar el uso de gamaglobulina hiperinmune anti D. En caso de aborto ésto se registrará al egreso en el área seleccionada para tal fin.

## SINTOMATOLOGÍA

Se indicará en días y horas la duración total de los síntomas, desde el inicio del primer síntoma.

## SANGRADO

Si la mujer no presenta sangrado se registrará (No). Si presenta sangrado, se marcará el círculo amarillo que dice (Si) esto habilita a identificar el volumen del sangrado, marcando el círculo que corresponda según corresponda a un sangrado leve, moderado o severo. Los dos últimos (en amarillo) son considerados signos de alerta por lo que se deberán tomar previsiones ante riesgo de shock hipovolémico.

## DOLOR

Se registrará la existencia de dolor abdominal y/o pélvico: Si o No según corresponda. Pida a la mujer que utilice la Escala Visual Análoga del Dolor (EVAD), esta escala fue desarrollado en Ipas y es una forma sencilla para cuantificar un elemento subjetivo como lo es la intensidad del dolor (ver anexo A). Para indicar la intensidad del dolor, se anotará en Score, la puntuación correspondiente, expresado en unidades con un decimal (por ejemplo, una puntuación del dolor de 4.8). Se solicitará a la paciente que evalúe el máximo dolor que haya sentido desde el inicio del cuadro clínico por el cual consulta. Si no se dispone de EVAD, se le pedirá que califique el dolor en una escala del 0 al 10, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el máximo dolor que haya presentado. En éste caso, se utilizarán sólo números enteros, sin decimales.

## EXAMEN CLÍNICO

Se indicarán los signos encontrados en el examen clínico en los espacios correspondientes.

## CONCIENCIA

Se marcará sólo una de las cuatro opciones para establecer el estado de conciencia según sea:

- **Lúcida**, si está ubicada en tiempo y espacio, puede mantener un diálogo coherente.
- **Soporosa**, se encuentra sumida en un estado de somnolencia persistente.
- **Excitada**, presenta hiperquinesia a predominio de los miembros superiores e inferiores. Los movimientos se caracterizan por ser involuntarios, descoordinados e inconcientes
- **Comatosa**, la mujer se encuentra en estado inconciente, presenta pérdida de la sensibilidad y la capacidad motora voluntaria. La profundidad del coma se define por planos (1 al 4). Siendo 1 el más leve y 4 el coma más profundo.

## PIEL Y MUCOSAS

Se registrará la apariencia de piel y mucosas en los espacios correlativos, estas variables aceptan más de una opción (p. ej. pálida y petequias):

- **Normal**, cuando no existen alteraciones visibles en la coloración de la piel tomando como referencia la perteneciente a su etnia.
- **Pálida**, Coloración significativamente más clara de mucosas y del color de piel que el correspondiente a su etnia.
- **Equimosis**, manchas subdérmicas o submucosas, de color azul – violáceo o violáceo - amarillentas dependiendo del tiempo de evolución. En ausencia de traumatismo pueden indicar alteraciones de la coagulación.
- **Petequias**, manchas pequeñas que aparecen como puntos rojos en la piel, que no desaparecen al realizar dígito-presión. Pueden señalar trastornos de la coagulación.
- **Ictericia**, coloración amarillenta de piel y mucosas que pueden indicar una falla orgánica hepática.

Las tres últimas opciones son signos de alerta que requieren mayor atención si son constatados por lo que presentan color amarillo.

## ABDOMEN

Se indicará el estado y la apariencia del abdomen mediante la realización de la observación y palpación estática y dinámica del abdomen.

- **Normal**, no se detectan alteraciones y excluye otras opciones.
- **Visceromegalias**, agrandamiento y/o dilatación de los órganos internos. La presencia de hepato o esplenomegalia indica mayor compromiso orgánico y/o funcional. Se debe investigar la causa, pudiendo formar parte de un síndrome infeccioso grave, entre otros.

- **Rebote**, onda líquida o del ténpano son signos patognomónicos de acumulación excesiva de líquido en la cavidad abdominal.
- **Distendido**, el abdomen se observa aumentado de tamaño y a la palpación se destaca una mayor tensión desde la superficie hasta el plano muscular.
- **Signos peritoneales**, el dolor a la descompresión de la pared abdominal se produce por la inflamación del peritoneo. Este signo está presente en casos de perforación uterina y de otras vísceras abdominales y/o pélvicas. Se puede vincular a maniobras abortivas o a embarazos ectópicos complicados. En ocasiones puede advertirse por el ex. genital o el tacto rectal al comprimir el fondo de saco de Douglas.
- **Silencio abdominal**, la auscultación abdominal indica ausencia de ruidos abdominales, lo que indica una pérdida del peristaltismo intestinal asimilable a una detención del tránsito intestinal.  
Los círculos de las últimas cinco opciones están en color amarillo por la potencial gravedad que indican.

## EXAMEN GINECOLÓGICO

El examen ginecológico tiene como objetivo determinar por examen bimanual el tamaño y las características clínicas del útero y su contenido, el estado del cervix, la existencia de restos y la exploración del canal vaginal.

## ÚTERO POR EXAMEN BIMANUAL

Se anotará:

- **Tamaño uterino (tamaño)**, en semanas de gestación (sem), según lo determine el examen bimanual realizado por personal capacitado.
- **Posición**, se marcará si el útero se encuentra en posición de anteversoflexión (AVF), (medio) o en retroversoflexión (RVF) en el círculo amarillo.
- **Cuello cerrado**, éste signo es un signo de alerta a la hora de pensar en la evacuación del contenido uterino, se debe registrar Si (círculo amarillo) o No, según corresponda.
- **Restos**, si se encuentran restos ovulares marcar Si (círculo amarillo) o No, según los hallazgos del examen ginecológico. También se incluye la opción *se desconoce s/d* en caso que el técnico no pueda determinar clínicamente este aspecto.
- **Vagina normal**, marcar Si o No según corresponda.

## ECOGRAFÍA

El diagnóstico del aborto es predominantemente clínico. La realización de los estudios paraclínicos no constituye un impedimento para iniciar la terapéutica. Éste estudio se realizará siempre que se disponga de ultrasonografía en aquellos casos de elevada complejidad diagnóstica o si la preocupación de la mujer y de la familia es determinante y obliga a acelerar los pasos diagnósticos (p. ej. en huevos anembrionados).

En caso de aborto, los hallazgos ecográficos pueden corresponder al útero ocupado por el saco gestacional o por restos ovulares y/o coágulos. El útero sólo estará vacío cuando se haya producido aborto completo. Este examen puede ser de gran utilidad cuando se plantean diagnósticos diferenciales, para lo cual se remite a la Publicación Científica del CLAP/SMR N 1562.

Si se realizó el estudio ecográfico se marcará Si o No según corresponda. En caso afirmativo se registrará el **Tamaño uterino** en milímetros. Si el útero mide 70 mm se deberá registrar 070.

## ANALGESIA

Se registrará Si o No en **Solicitada**, según la mujer haya o no solicitado medicamentos para el dolor. Se registrará Si o No según haya recibido medicación en la variable **Realizada**.

## CONDICION AL INGRESO

Esta variable intenta detectar la existencia de complicaciones previas al desarrollo de cualquier procedimiento terapéutico y/o diagnóstico en la institución. Si no hay ninguna afección complicando el estado de salud al ingreso marcar el círculo **NO**. De haber complicaciones al momento de la admisión se marcará el círculo correspondiente, lo cual abre la posibilidad de identificar diferentes tipos de complicaciones.

Las complicaciones más importantes del aborto incompleto son la hemorragia con anemia aguda y la infección y si han existido maniobras instrumentales previas puede haber riesgo de perforación.

En el aborto espontáneo las infecciones más frecuentes se producen por el ascenso de los gérmenes que habitan en el tracto genital inferior. Asimismo, el útero puede infectarse por el uso de material contaminado. La gravedad del cuadro abarca un amplio rango que va desde la endometritis hasta la sepsis.

Cuando no haya ninguna afección complicando el estado de la mujer al ingreso, se marcará el círculo que dice NO. En caso de haberla se marcará la o las siguientes opciones:

- **Infección genital**, cuando existan síntomas y signos compatibles con una infección: fiebre, escalofríos, secreciones vaginales fétidas, dolor abdominal o pélvico espontáneo y/o a la movilización del útero, metrorragia prolongada y elevación del recuento leucocitario.

- **Infección pelviana**, los hallazgos más frecuentes son dolor abdominal o pélvico, signos peritoneales evidenciados por dolor a la descompresión abdomino - pélvica, dolor a la movilización del útero, fiebre igual o mayor a 38 °C y leucorrea mucopurulenta y/o fétida, recuento leucocitario elevado.
- **Sepsis**, es un cuadro grave con gran compromiso del estado general, puede afectar la conciencia acompañada de fiebre y toque multiparenquimatoso (ictericia, anuria o oligoanuria, hipotensión, alteraciones respiratorias, trastornos de la coagulación, etc.). Es una complicación que se asocia frecuentemente al aborto realizado en condiciones inseguras, por personal no calificado y/o en malas condiciones de asepsia.
- **Hemorragia excesiva**: metrorragia abundante y continua, supera los 500 ml. Se vincula más frecuentemente a atonía uterina, (más común cuanto mayor sea la edad gestacional), también puede ser secundaria a la retención de restos ovulares o a lesiones (perforaciones) durante el proceso de evacuación.
- **Shock hipovolémico**: Es producido por una hemorragia excesiva y de evolución rápida, secundaria a una complicación. Se acompaña de gran compromiso de la conciencia, del estado general y repercusión hemodinámica severa.
- **Perforación, desgarro o daño**, la perforación es una complicación relativamente frecuente en el proceso de evacuación uterina, especialmente cuando se realiza curetaje. Puede corresponder a una perforación menor, generalmente asintomática y se resuelve espontáneamente o con la administración de ocitócicos. Si la perforación es de mayor entidad puede presentar síndrome de irritación peritoneal, shock hemodinámico y requerirá la realización de una laparotomía exploradora. Se recomienda consultar la Publicación Científica CLAP/SMR 1562.  
En otras ocasiones se constatan desgarros. En cualquiera de las dos situaciones se deberá identificar la topografía de la lesión: vaginal, uterino y/o pélvico. Registrar la topografía del desgarro y/o perforación (vagina, útero); se interpreta por pélvico la lesión de un órgano pelviano (recto, vejiga o vasos pélvicos). Otro, corresponde a lesiones de otros órganos abdominales.

## DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

### Estado actual del aborto

**Aborto:** se define como la expulsión o extracción del producto de la concepción fuera del útero materno, con un peso igual o inferior a 500 gramos o cuando la interrupción del embarazo se produce antes de las 22 semanas. En estado actual del aborto, se marcará el diagnóstico encontrado por el examinador. Las opciones proporcionadas por la versión de la Historia Clínica Perinatal para Mujeres en Situación de Aborto son las informadas con mayor frecuencia como: aborto completo, incompleto y otras alternativas como se desconoce o no aplica.

- **Aborto completo**, consiste en la expulsión o extracción total del huevo fuera de la cavidad uterina en un tiempo completo y entero. Una vez producido cesan las contracciones uterinas, desaparece el dolor, disminuye el tamaño del útero y el sangrado genital, e involucionan las modificaciones cervicales.
- **Aborto incompleto**, la expulsión o extracción del huevo es parcial y quedan retenidas la placenta y/o las membranas ovulares. Persisten las contracciones uterinas dolorosas y el sangrado genital, el útero está blando y el cuello persiste dilatado.

En los espacios correspondientes a las otras opciones presentadas se registrará:

- **Se desconoce**, cuando la situación clínica es desconocida para el prestador y/o no se realizó el examen ginecológico.
- **No aplica**, esta opción se usará en caso de abortos terapéuticos (p. ej. evacuación de un huevo anembrionado, interrupción por riesgo de vida materno, etc.).

### Tipo de aborto

Se registrará en Tipo de aborto en los círculos según corresponda:

- **Aborto espontáneo (espont):** sucede sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación. Aproximadamente, el 25% de los abortos espontáneos tienen sintomatología evidenciable. Pueden presentarse como una amenaza de aborto y retroceder con el tratamiento o bien integrar cuadros clínicos con una dinámica evolutiva que se desarrolla en varias etapas: Amenaza de aborto, aborto inminente y aborto consumado. Se recomienda consultar Publicación Científica CLAP/SMR N° 1562.
- **Aborto frustrado (huevo muerto y retenido):** es cuando el embrión o feto muere antes de las 22 semanas, pero el producto es retenido (aún no empezaron espontáneamente las contracciones uterinas ni hay dilatación cervical). Su diagnóstico es por ecografía, también se lo suele llamar huevo muerto y retenido.

- **Mola:** el aborto se debe a una degeneración hidrópico vacuolar del trofoblasto. Clínicamente se sospecha por la presencia de vesículas que remedan racimos de uva.
- **Embarazo no viable (emb. no viable):** es cuando se ha determinado que el feto o embrión presentan una afección que lo hace incompatible con la vida extrauterina. Esto rige para aquellos países donde existe un marco legislativo que lo contempla.
- **Aborto terapéutico (terap):** cuando la interrupción del embarazo se realiza con fines terapéuticos, por enfermedades en las que el embarazo pone en riesgo la vida materna. Esto rige para aquellos países donde existe un marco legislativo que lo contempla.
- **Aborto terapéutico fallido (terap. fallido):** Esta variable se registra en caso de interrupciones legales que fracasan. Los procedimientos y/o la medicación utilizados fueron inadecuados o inefectivos para esa finalidad. Si se constata la falla o se presenta un aborto incompleto, se requerirá de un método quirúrgico complementario para la evacuación del útero: aspiración al vacío, o dilatación y curetaje para los embarazos del segundo trimestre.
- **No especificado (no especific):** Se marcará esta opción cuando la interrupción del embarazo es deliberada.
- **Otro:** cuando no corresponda a ninguna de las opciones anteriores.

**COD DIAG CIE 10**, en este recuadro se registrará el código del diagnóstico realizado al momento de la admisión de la mujer al servicio de salud. Para efectuar el diagnóstico del estado actual del aborto y tipo se seguirán los criterios de CIE – E10 (ANEXO 1) y se podrá consultar la Publicación Científica CLAP/SMR N° 1562.

Si el aborto es espontáneo y completo en la versión electrónica de la Historia Clínica de Mujeres en Situación de Aborto se desactivará automáticamente el módulo de **PROCEDIMIENTO**.

#### RESPONSABLE

Se registrará y/o se utilizará un sello con el nombre, el número de identificación y el profesional firmará como responsable de la asistencia clínica y del diagnóstico al momento del ingreso.

## Sección: TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO

<b>TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO</b>		<b>MADURACION CERVICAL</b>		<b>EVACUACION UTERINA</b>		<b>AMBIENTE</b>		<b>EXAMEN</b>		<b>RECIBIDA</b>		<b>OTROS</b>		<b>SCORE DE DOLOR</b>													
FECHA DE PROCEDIMIENTO día mes año hora min 14 04 08 18 00		No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> prostaglandinas <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dilat osmóticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> laminarias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> AEU <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> LUI <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> MED <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		examen <input type="checkbox"/> partos <input type="checkbox"/> proced <input type="checkbox"/> quiror <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		osto <input type="checkbox"/> cina <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		prosta <input type="checkbox"/> glandinas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		anti <input type="checkbox"/> prostest <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		anti <input type="checkbox"/> bió <input type="checkbox"/> ticos <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		seda <input type="checkbox"/> ción <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		anal <input type="checkbox"/> gesia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		anest. <input type="checkbox"/> local <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		anest. <input type="checkbox"/> region. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		anest. <input type="checkbox"/> gral. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		trans <input type="checkbox"/> fusión <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
<b>TAMAÑO UTERINO</b>		<b>HALLAZGOS</b>		<b>ANATOM. PATOLOGICA</b>		<b>Complicaciones Intraoperatorias</b>		<b>QUIRURGICAS</b>		<b>ANESTESIAS</b>		<b>OTROS</b>		<b>RESPONSABLE</b>													
EMB <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Histerometría <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ANEXOS NORMALES <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		FETIDEZ <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> RESTOS <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> escasos <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> moderados <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> abundantes <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		inspeccionados <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/>		sangrado <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> excesivo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		lesión <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> cerv./vag. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		reacción <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> adversa <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		convulsión <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		paric <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> cardíaco <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>											
Reparación <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> les. utero <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		Reparación <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> les. cerv./vag. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		histeroc <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> tonia <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/>		reacción <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> adversa <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		convulsión <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		paric <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> cardíaco <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		RESPONSABLE [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]													

### FECHA DE PROCEDIMIENTO

Se registrará el día, mes y año, hora y minutos del inicio del procedimiento. Se utilizará un solo número por recuadro. Es muy importante proporcionar información precisa, dado que se utilizará la hora que se anote para calcular la duración total del procedimiento.

### MADURACIÓN CERVICAL

Existen diferentes condiciones clínicas (huevo muerto y retenido, huevo anembrionado, etc) en las que el cervix se encuentra formado y cerrado y se requiere preparación o maduración del cuello uterino. Se procederá según indique la norma de cada país para cada caso en particular. El uso de métodos médicos como los agentes dilatadores osmóticos, o farmacológicos, o laminarias, facilitan el procedimiento y también reducen la incidencia de complicaciones, especialmente, después de la novena semana de gestación.

El tratamiento farmacológico mayormente utilizado consiste en el uso de prostaglandinas y especialmente del Misoprostol (un análogo de las prostaglandina E1).

- **prostaglandinas**, se marcará Si o No, si se administraron o no se administraron prostaglandinas (incluyendo misoprostol).
- **dilatadores osmóticos/laminarias**, se registrará Si o No según se hayan o no usado estos elementos para provocar dilatación cervical.
- **horas**, se marcará la duración total en horas que insumió el procedimiento de dilatación.

### EVACUACIÓN UTERINA

Si se realizó evacuación uterina, se anotará Si o No, según corresponda. Si se marcó sí, se podrá especificar cuales fueron la o las técnicas usadas y no usadas, marcando Si o No en los círculos correlativos según corresponda.

El útero puede ser evacuado mediante distintas técnicas. Antes de cada procedimiento, la mujer debe recibir analgesia y/o anestesia local (lidocaína paracervical) o anestesia general de acuerdo a las necesidades y disponibilidad de cada caso en particular.

La aspiración al vacío sea manual o eléctrica, es el método quirúrgico más seguro y rápido (de 3 a 10 minutos) y puede realizarse en forma ambulatoria. Es el método de elección para la evacuación de embarazos hasta las doce semanas completas. Consiste en una cánula plástica o de metal unida a una fuente de vacío. Previamente a la inserción de la cánula se requiere de dilatación cervical usando dilatadores osmóticos o mecánicos solos o asociados a prostaglandinas o bien, maduración cervical.

- **AMEU:** aspiración manual endouterina, el vacío se crea utilizando un aspirador plástico o jeringa de 60 ml sostenido y activado manualmente. Se dispone de cánulas estériles, descartables y su tamaño varía de 4 a 12mm de diámetro.
- **AEU:** aspiración eléctrica endouterina, la fuente de la bomba al vacío es eléctrica.
- **LUI:** legrado uterino instrumental, es un procedimiento quirúrgico que se utiliza para la evacuación mediante la dilatación (dilatadores de metal) y curetaje del útero. Es un método menos seguro y tiene mayor índice de complicaciones (perforaciones). Puede ser usado en embarazos menores de 12 semanas, cuando no se disponga de métodos de aspiración al vacío; en embarazos mayores a 12 semanas si no se disponen de métodos médicos para la dilatación y expulsión fetal y en forma complementaria, cuando se produjo la expulsión fetal y no se dispone de métodos de aspiración al vacío para la evacuación uterina.
- **Medicamentos (MED),** El uso de misoprostol (análogo de prostaglandinas) es muy efectivo, seguro y aceptable para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre. Sin embargo, existen algunas dificultades para el uso de éste esquema.

En cualquiera de los casos anteriores si no se produce la evacuación completa del útero se completará con un método aspirativo o LUI, según disponibilidad.

## **AMBIENTE**

Se indicará el ambiente donde se efectuó el procedimiento marcando la opción en el círculo correspondiente a las distintas opciones: **sala de examen (Examen), sala de partos (Partos), sala de procedimientos (Proced), quirófano (Quirof)** y en **(Otro)** cualquier otro espacio que no corresponda a las opciones anteriores.

## MEDICACIÓN RECIBIDA

Se deberá registrar para todos los casos de medicamentos resumidos en la lista si fue o no utilizado, indicando Si o No en cada uno de los casos. La historia permite especificar cualquier otra medicación usada indicando Si en **Otro** y usando los espacios codificados para **medic1, medic 2, medic 3 y medic 4**. Los códigos de los medicamentos serán provistos de acuerdo a la clasificación habitual que se emplea en el servicio. Si no se usa ningún medicamento adicional se deberá registrar No en **Otro**.

## SCORE DE DOLOR

Se indicará la percepción de la paciente del dolor que sufrió, utilizando la Escala Visual Análoga de Dolor (EVAD). Se debe realizar el monitoreo continuo de la percepción del dolor, mediante técnicas basadas en la evidencia. El dolor es un signo de importancia clínica que aparece tempranamente en caso de complicaciones y el manejo eficaz del dolor es un elemento esencial para la valoración de la calidad de atención. El uso de la EVAD también ayuda a evaluar la eficacia y comparar los resultados de los distintos tratamientos.

Si no se dispone e EVAD, se solicita a la mujer que clasifique su dolor en una escala del 0 al 10. Se usarán números completos, sin decimal y se anotará en el espacio correspondiente. Esta evaluación debe realizarse inmediatamente después del procedimiento para obtener datos más fidedignos. (ANEXO 2)

## HALLAZGOS

En los espacios proporcionados se indicarán los hallazgos clínicos obtenidos durante el tratamiento/procedimiento:

- **Tamaño uterino**, se marcará el tamaño del útero en semanas de embarazo, según el examen bimanual efectuado antes del procedimiento.
- **Histerometría**, Se anotará el tamaño del útero en cm, según la medición con el histerómetro o con un cánula aforada tipo Easy Grip o similar.

## ANEXOS NORMALES

Marque Si o No según corresponda.

## FETIDEZ

Se marcará Si o No para indicar si el contenido uterino y/o las secreciones tienen olor fétido.

## RESTOS

Se registrará en los círculos correspondientes si los restos ovulares hallados fueron **(Escasos), (Moderados) o (Abundantes)**. También se marcará si se los restos fueron o no **inspeccionados**, indicando Si o No según corresponda.

## ANATOMÍA PATOLÓGICA

Se anotará en Si o No si se envió o no el contenido del útero para estudio anatomopatológico.

## COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

Se registrará No en caso que no hayan existido complicaciones intraoperatorias, si las hubo se marcará Si. Esta opción permitirá diferenciar el tipo de complicaciones en:

- **Complicaciones quirúrgicas**, se marcará en los círculos proporcionados para las distintas opciones según corresponda: **Sangrado excesivo, Lesión cérvico- vaginal (lesión cerv./vag.), lesión útero – intestinal (lesión uter./intest.)**.

La opción **Otra** permitirá ampliar la información especificando cual fue la complicación quirúrgica.

- **Complicaciones anestésicas**, marcar los círculos con las diferentes opciones según corresponda: **Reacción adversa, Convulsión, Paro cardíaco**.

La opción **Otra** permitirá ampliar la información especificando cual fue la complicación anestésica.

## OTROS PROCEDIMIENTOS

En todos los casos se marcará en el círculo correspondiente Si o No para las siguientes variables:

**Reparación de lesión uterina (reparación les. uterina),**

**Reparación de lesión cérvico- vaginal (reparación les. cerv./vag.), (histerctomía),**

**Tratamiento de sepsis (tto. sepsis). Implica el empleo de otros procedimientos quirúrgicos específicos**

## RESPONSABLE

Se registrará y/o se utilizará un sello con el nombre, el número de Identificación. El profesional firmará como responsable de la asistencia clínica, del diagnóstico y del procedimiento y tratamiento realizados.

## Sección: POST-PROCEDIMIENTO

POST-PROCEDIMIENTO					Consejería/Información			COMPLICACIONES			
FECHA	día	mes	año	hora	min	oral	escrito	ning	firma del responsable	0	infección genital/pelv
	14	04	08	20	00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____		
tensión arterial	pulso	temp.	sangr.	dolor		signos de alarma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____		
	110/70	80	37,4			anticoincepción	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
						cita de seguimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
						cita de control de seguimiento	día	mes	año		
							22	04	08		
										0	Shock (no séptico)
											Otra especifique
											<input type="text"/>

use 0=No, 1=principal, 2=secundaria, 3=terciaria.

**FECHA**, en los espacios correspondientes de día, mes, año se indicará la fecha en la cual se inició la atención post-procedimiento además de registrar la hora, minutos en que finalizó el procedimiento y comenzó la atención post-procedimiento. Esto permitirá calcular la duración total del procedimiento.

En el recuadro de controles se registrará **la tensión arterial, pulso, temperatura, sangrado y dolor**. Se indicarán los signos vitales y el dolor, una vez por hora durante las primeras cuatro horas después del procedimiento. En la quinta fila se anotarán los controles en la última hora antes de que la paciente sea dada de alta.

- **Tensión arterial (TA)**, se anotará la TA sistólica y diastólica, en milímetros de mercurio (mmHg).
- **Pulso**, en latidos por minuto (lpm)
- **Temperatura (temp.)** se marcará la temperatura axilar en grados centígrados (°C).
- **Sangrado (sangr.)**, se indicará el nivel de sangrado genital como leve (L), moderado (M) o severo (S).
- **Dolor, (ver anexo 2)**, se solicitará a la mujer que evalúe su dolor, utilizando Escala Visual Análoga de Dolor (EVAD). Se anotará en números, utilizando un decimal. mediante técnicas basadas en la evidencia. Si no se dispone e EVAD, se solicita a la mujer que clasifique su dolor en una escala del 0 al 10. Se usarán números completos, sin decimal y se anotará en el espacio correspondiente. Cualquier incremento en los valores percibidos del dolor podrá ser indicio de complicaciones.

## CONSEJERÍA/INFORMACIÓN

Se marcarán los círculos correspondientes y se indicará si la mujer recibió consejería o información sobre **Cuidados básicos, Signos de alarma y/o Anticoncepción y se coordinó una Cita de seguimiento o control**. Se indicará si la consejería o información fue Oral o Escrita o se marcará **Ninguna** si no se proporcionó ninguna consejería oral o escrita sobre estos temas. En la columna designada “firma del responsable” se anotará el nombre y/o las iniciales del profesional responsable. Si se concertó una cita de seguimiento se registrará en **Cita de Control de Seguimiento** el día, mes y año en el recuadro correspondiente.

- **Cuidados básicos**, después del alta durante los primeros días se realizarán controles domiciliarios de:
  - temperatura, color, cantidad y olor de las pérdidas vaginales, persistencia del dolor y trastornos del tránsito digestivo. La presencia de alguna o varias alteraciones en éstos parámetros u otros signos que sean preocupantes permitirán detectar precozmente complicaciones y se deberá consultar en forma inmediata.
  - La actividad sexual se podrá reiniciar cuando desaparezcan las pérdidas de las secreciones genitales.
  - Se coordinará una visita de control entre los 7 y 10 días postaborto, se evaluará la evolución y realizarán las acciones que no se hayan sido cumplido antes del alta.
- **Signos de alarma**, Se deberá instruir a la mujer a reconocer éstos signos y consultar inmediatamente frente a la persistencia del dolor, aumento del sangrado, fiebre  $\geq 38$  °C, cambio en la cantidad, color, olor y aspecto de las pérdidas, secreciones genitales fétidas, loquios con restos ovulares, palidez cutáneo – mucosa, mareos, lipotimias, pérdida de la conciencia.

## COMPLICACIONES

Se indicará la presencia y gravedad relativa de cualquier complicación final en los recuadros correspondientes a las siguientes opciones:

- Infección genital y/o pélvica, (infección genital/pelv)
- Daño de órganos pélvicos u otros, (daño órgano pélvico, etc.)
- Hemorragia tardía y/o excesiva, (hemorragia tardía/excesiva)
- Shock no séptico, (shock no séptico)
- Otra, especificar cualquier otra complicación que no esté en las opciones anteriores.

Se especificarán la presencia de hasta tres complicaciones presentadas durante la internación, en orden de importancia, del 1 al 3 (primaria o principal, secundaria o terciaria). Se anotará cero junto a las complicaciones que no presentó.

**ANTIRUBEOLA POSTABORTO (ANTIRUBEOLA)**

Se refiere a si es necesario administrar la vacuna antirubeólica en el período postaborto en mujeres con historia de no haber sido inmunizadas previamente. Esta medida preventiva busca proteger a la mujer y además beneficiarla en el siguiente embarazo.

Se marcará **“no corresponde”** si tiene la vacuna vigente y por lo tanto no fue necesario vacunarla. Se marcará **Si**, cuando la mujer debió recibir la vacuna y fue vacunada al alta y se marcará **No**, cuando la mujer que debía ser vacunada es dada de alta sin recibir la vacuna.

**GAMAGLOBULINA POSTABORTO (γGLOBULINA)**

Cuando se trata de una mujer Rh negativo no inmunizada (no tiene anticuerpos anti D) antes del alta por aborto deberá recibir  $\gamma$ globulina hiperinmune anti D (según norma nacional). Se marcará (Si) si siendo Rh negativo no inmunizada recibió  $\gamma$ globulina anti D. Se marcará (No) cuando siendo Rh negativo no inmunizada no recibió  $\gamma$ globulina anti D. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar (n/c) no corresponde.

**RESPONSABLE**

El profesional responsable deberá anotar su nombre, firmar y/o sellar con el número de matrícula profesional. El profesional es clínica y legalmente responsable de la asistencia y el tratamiento realizado.

## Sección: ANTICONCEPCIÓN

ANTICONCEPCION		Inició MAC	No <input checked="" type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	pref. acced	
	ACO "píldora"	pref. acced.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		DIU <input type="radio"/>
	Inyectable		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	otro hormonal (anillo vaginal, parche, AE)	EQV masc <input type="radio"/>
	implante		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	condón	EQV fem <input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	otro método barrera	abstinencia <input type="radio"/>

**¿Inició un método anticonceptivo?** Se registrará Si o No si la mujer inició un método anticonceptivo antes de abandonar el servicio (por ejemplo, tomó la primera pastilla de ACO, se le colocó un DIU, recibió una método inyectable o se le colocó un parche). Si se registró Si, se indicará en los círculos correspondientes cuál de los siguientes métodos **Preferido y/o Accedido**:

- Anticonceptivos orales, (ACO o "píldora")
- Inyectable
- Implante
- Otro método anticonceptivo hormonal (Otro hormonal, anillo vaginal, parche, (AE) Anticonceptivos de Emergencia).
- Condón (masculino o femenino).
- Otros métodos de barrera (espermicidas, diafragma, etc.)
- Dispositivo intrauterino (DIU)
- Esterilización quirúrgica voluntaria masculina, (EQV masc.)
- Esterilización quirúrgica voluntaria femenina, (EQV fem.)
- Abstinencia (abstinencia periódica con monitoreo de la temperatura basal, método de Billings, etc.).

Se entiende por **preferido** aquel método que la mujer expresa que quiere usar.

Se entiende por **accedido** aquel método que la mujer recibe efectivamente. Aunque la abstinencia es un método comportamental que no se entrega será consignado como accedido.



## TIPO DE EGRESO

Se indicará el tipo de egreso marcando el círculo correspondiente:

- **Fallece**, si la mujer falleció en el establecimiento donde se asistió, debe marcarse en el círculo 'fallece' y entonces en TIPO DE EGRESO se debe incluir el momento, la fecha y hora del fallecimiento.
- **Contra consejo médico**, cuando la mujer se retira del establecimiento sin el consentimiento médico pero el personal está en conocimiento de la decisión.
- **Egreso médico**, El médico u otro prestador de servicios de salud firmó el alta.
- **Fuga**, la mujer abandona el establecimiento sin autorización y sin conocimiento del personal médico.

## CONDICIÓN AL EGRESO

Se indicará en el círculo correspondiente si al momento del egreso la mujer se encontraba:

- **Sana**, en pleno estado de salud.
- **No aplica (NA)**, cuando la mujer ha sido trasladada a otro servicio para continuar su atención. En este caso se consignará en N° de la Institución a la que ha sido transferida y si fallece o no durante el traslado.
- **Con patología (c/patología)**, de tipo general y/o relacionada con el motivo de ingreso y tratamiento o procedimiento realizado durante su internación.
- **Muerte**, la mujer fallece en alguna etapa del proceso asistencial.
  - **Autopsia**: En caso de muerte se marcará **Si** o **No** si se realizó autopsia.

## CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO FINAL CIE- 10 (EGRESO)

Se indicará el código CIE- 10 para el diagnóstico final en el espacio proporcionado de tres recuadros juntos y uno separado. Por ejemplo: El código de aborto incompleto es O03 y el código de incompleto sin complicaciones es .4. Así el aborto incompleto sin complicaciones se registrará: O03.4.

## REFERIDA

En los casos de mujer en situación de aborto se podrá requerir la asistencia de diferentes especialistas que pueden o no estar en el mismo hospital o centro de salud. La referencia sistemática al centro más cercano de tratamiento y si lo fue especifique el tipo de servicio al que fue referida. Se marcará **SI** o **No** para indicar si la mujer fue referida a alguno de los siguientes servicios:

- Psicología
- Violencia
- Adolescencia

- Anticoncepción
- Infertilidad
- VIH/ITS
- Otro establecimiento (otro establ.)
- Otro

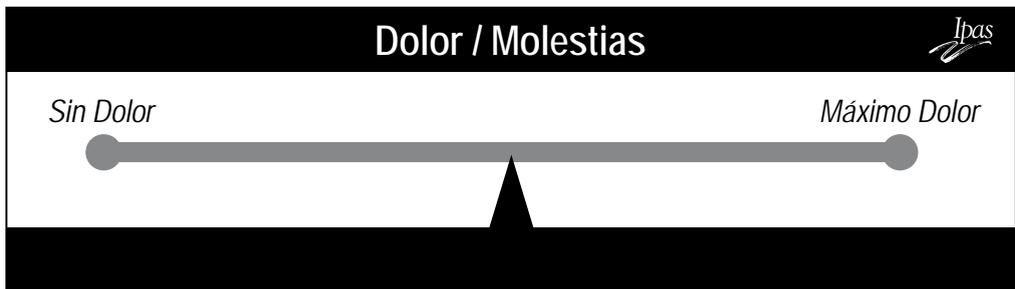
Si marca una de las dos últimas opciones se especificará el nombre y/o código del establecimiento en el espacio proporcionado.

# ANEXO A

## ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVAD)

*Ipas* ha diseñado una herramienta que facilita la cuantificación de la calificación subjetiva de la paciente en cuanto al dolor que sienta.

Utilizando el lado de la escala rotulado “Dolor - Molestia”, pida a la mujer que deslice el encaje de papel dentro de la manga plástica hasta que la flecha azul señale el lugar correspondiente entre los dos extremos de “Ningún dolor” y “Máximo dolor.”



Después voltee la escala hacia el lado contrario y anote el número indicado por la flecha azul en la escala numérica, expresado a un decimal. Observe que los valores aumentan desde la derecha hacia la izquierda, y no desde la izquierda hacia la derecha.



## ANEXO B

### CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE) RELACIONADAS CON EMBARAZOS QUE TERMINAN EN ABORTO

#### *Embarazo terminado en aborto (000-008)*

Excluye: embarazo que continúa después del aborto de un feto o más (O31.1)

#### 000 Embarazo ectópico

Incluye: embarazo ectópico roto

Use código adicional de la categoría O08.-, si desea identificar alguna complicación asociada.

#### 000.0 Embarazo abdominal

Excluye: atención materna por feto viable en embarazo abdominal (O36.7)  
parto de feto viable en embarazo abdominal (O83.3)

#### 000.1 Embarazo tubárico

Embarazo falopiano

Ruptura del oviducto o trompa (de Falopio) debida a embarazo

Aborto tubárico

#### 000.2 Embarazo ovárico

#### 000.8 Otros embarazos ectópicos

Embarazo: cervical

cornual

intraligamentoso

mural

#### 000.9 Embarazo ectópico, no especificado

#### 001 Mola hidatiforme

Use código adicional de la categoría O08.-, si desea identificar alguna complicación asociada.

Excluye: mola hidatiforme maligna (D39.2)

#### 001.0 Mola hidatiforme clásica

Mola hidatiforme completa

#### 001.1 Mola hidatiforme, incompleta o parcial

#### 001.9 Mola hidatiforme, no especificada

Enfermedad trofoblástica SAI

Mola vesicular SAI

#### 002 Otros restos ovulares anormales

Use código adicional de la categoría O08.-, si desea identificar alguna complicación asociada.

Excluye: feto papiráceo (O31.0)

**O002.0 Huevo anembrionado y mola no hidatiforme**

Mola:               carnosa  
                          intrauterina SAI

**O02.1 Huevo patológico  
Aborto retenido**

Muerte fetal precoz, con retención del feto muerto

Excluye: Aborto retenido con:               huevo anembrionado (O02.0)  
  mola: hidatiforme (O01.-)  
  no hidatiforme (O02.0)

**O02.8 Otros restos ovulares anormales especificados**

Excluye: la asociación con:   huevo anembrionado (O02.0)  
  mola: hidatiforme (O01.-)  
  no hidatiforme (O02.0)

**O02.9 Restos ovulares anormales no especificados**

*Las siguientes subdivisiones de cuarto carácter se usan con las categorías 003-006:*

Nota: En la definición de aborto incompleto se incluyen los restos ovulares retenidos después de un aborto.

- .0 **Incompleto, complicado con infección genital y pélvica**  
Con afecciones en O08.0
- .1 **Incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía**  
Con afecciones en O08.1
- .2 **Incompleto, complicado por embolia**  
Con afecciones en O08.2
- .3 **Incompleto, con otras complicaciones especificadas y no especificadas**  
Con afecciones en O08.3-O08.9
- .4 **Incompleto, sin complicación**
- .5 **Completo o no especificado, complicado con infección genital y pélvica**  
Con afecciones en O08.0
- .6 **Completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía**  
Con afecciones en O08.1
- .7 **Completo o no especificado, complicado por embolia**  
Con afecciones en O08.2
- .8 **Completo o no especificado, con otras complicaciones especificadas y no especificadas**  
Con afecciones en O08.3-O08.9
- .9 **Completo o no especificado, sin complicación**

- 003 **Aborto espontáneo**  
(Ver antes de 003 para las subdivisiones)  
Incluye: Aborto espontáneo
- 004 **Aborto médico<sup>1</sup>**  
(Ver antes de 003 para las subdivisiones)  
Incluye: interrupción del embarazo:  
- legal  
- terapéutica  
aborto terapéutico
- 005 **Otro aborto**  
(Ver antes de 003 para las subdivisiones)
- 006 **Aborto no especificado<sup>2</sup>**  
(Ver antes de 003 para las subdivisiones)  
Incluye: aborto inducido SAI
- 007 **Intento fallido de aborto<sup>3</sup>**  
Incluye: fracaso del intento de la inducción del aborto  
Excluye: aborto incompleto (003-006)

<sup>1</sup> Se refiere ESPECÍFICAMENTE a la interrupción LEGAL o TERAPEUTICA del embarazo, independientemente del método de evacuación que se utilice. Es posible que NO se involucre el uso de medicamentos o agentes farmacológicos en la realización del procedimiento.

<sup>2</sup> Aquí se incluye cualquier aborto o interrupción del embarazo cuando no se tiene conocimiento de la causa.

<sup>3</sup> Este código SÓLO puede utilizarse en caso de una interrupción fallida del embarazo, LEGAL o TERAPEUTICA, como se describe en la primera nota a pie de página.

- 007.0 **Aborto médico fallido, complicado por infección genital y pélvica**  
Con afecciones en 008.0
- 007.1 **Aborto médico fallido, complicado por hemorragia excesiva o tardía**  
Con afecciones en 008.1
- 007.2 **Aborto médico fallido, complicado por embolia**  
Con afecciones en 008.2
- 007.3 **Aborto médico fallido, con otras complicaciones y las no especificadas**  
Con afecciones en 008.3-008.9
- 007.4 **Aborto médico fallido, sin complicación**  
Intento fallido de aborto médico SAI
- 007.5 **Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por infección genital y pélvica**  
Con afecciones en 008.0
- 007.6 **Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por hemorragia excesiva o tardía**  
Con afecciones en 008.1

- 007.7 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por embolia**  
Con afecciones en O08.2
- 007.8 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, con otras complicaciones y las no especificadas**  
Con afecciones en O08.3-O08.9
- 007.9 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, sin complicación**  
Intento fallido de aborto SAI
- O08 Complicaciones después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar**

Nota: Este código se proporciona fundamentalmente para la codificación de la morbilidad. Para usar esta categoría debe hacerse referencia a las guías y reglas de codificación de morbilidad en el Volumen 2 de la CIE versión 2006

- 008.0 Infección genital y pélvica después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar**  
Endometritis  
Ooforitis  
Parametritis  
Pelviperitonitis consecutiva a afecciones clasificables en O00-O07  
Salpingitis  
Salpingooforitis  
Sepsis  
Shock séptico  
Septicemia
- Excluye: embolia séptica o septicopéimica (008.2)  
infección de las vías urinarias (008.8)
- 008.1 Hemorragia excesiva o tardía después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar**  
Afibrinogenemia consecutiva a afecciones clasificables en O00-O07  
Síndrome de desfibrinación  
Coagulación intravascular
- 008.2 Embolia después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar**  
Embolia (de):  
SAI  
gaseosa  
- líquido amniótico  
- coágulo sanguíneo consecutiva a afecciones clasificables en O00-O07  
pulmonar  
piémica  
séptica o septicopéimica  
jabonosa

**008.3 Shock después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar**

Colapso circulatorio	consecutiva a afecciones
Shock poptoperatorio	clasificables en O00-O07

Excluye: Shock séptico (008.0)

**008.4 Insuficiencia renal después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar**

Oliguria consecutiva a afecciones

Renal :

- |                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| - Insuficiencia renal (aguda) |                          |
| - Supresión renal             | consecutiva a afecciones |
| - Necrosis tubular            | clasificables en O00-O07 |

Uremia

**008.5 Trastornos metabólicos después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar**

Desequilibrio electrolítico consecutivo a afección(es) clasificable(s) en O00-O0 7

**008.6 Daño (lesión) de órganos o tejidos pélvicos después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar**

Laceración, perforación, desgarró o trauma químico (del, de la):

- |                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| - vejiga             |                          |
| - intestino          | consecutiva a afecciones |
| - ligamento ancho    | clasificables en O00-O07 |
| - cuello uterino     |                          |
| - tejido periuretral |                          |
| - útero              |                          |

**008.7 Otras complicaciones venosas después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar****008.8 Otras complicaciones después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar**

Infección de vías urinarias	consecutiva a afecciones
Paro cardíaco	clasificables en O00-O07

**008.9 Complicación no especificada después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar**

Complicación no especificada después de afecciones clasificables en O00- O07

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benson J. Evaluating Abortion-care Programs: Old Challenges, New Directions Studies in Family Planning Vol. 36 Issue 3 Page 189 September 2005.

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

CDC 2006. Intimate Partner Violence During Pregnancy: A guide for Clinicians. [www.cdc.gov/nccdphp/drh/violence/ipvdp.htm](http://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.

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

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

Padilla K, McNaughton L, Gómez R. Un diagnóstico nacional de la atención postaborto. Nicaragua: Ipas, 2003.

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

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

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

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

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

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.

WHO2006.StandardsforMaternalandNeonatalCare.DepartmentofMakingPregnancySafer. 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.