



MINISTERIO DE SALUD

Normativa — 106

Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP)

MANAGUA, ENERO 2013



MINISTERIO DE SALUD

NORMATIVA 106

Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP)

Managua, Enero 2013

N
WQ
39
0159
2013

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
Ministerio de Salud. / **Normativa 106: Manual para el
llenado de la Historia Clínica Perinatal.** Dirección
General de Extensión de la Calidad de la Atención. Managua:
MINSa, ene. 2013.

57 p.; ilus; tab

(Contiene soporte jurídico; Acuerdo Ministerial No.149-2013.
Anexos: formato de HCP; formato de carnet de la HCP;
Análisis Frente a diferentes situaciones en el tamizaje de
toxoplasmosis y Medida Educativa ante Serología
Negativa para Toxoplasmosis).

1. Registros Médicos- normas.
2. Protocolos Clínicos.
3. Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de la Salud.
4. Estándares de Referencia de Calidad de la Salud (descriptor local).
5. Llenado de Interpretación de la Historia Clínica Perinatal (descriptor local).
6. Fortalecimiento de la Calidad de la Atención Materno-Infantil (descriptor local).
7. Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal (descriptor local).
8. Evaluación de Normas de Atención Prenatal (descriptor local).
9. Estandarización de la Información Materna y Perinatal (descriptor local).

Ficha Bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud.

© MINSa. 2013



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



Acuerdo Ministerial No. 149-2013

ACUERDO MINISTERIAL
No. 149 - 2013

SONIA CASTRO GONZALEZ, Ministra de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "*Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo*", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa y ocho, Decreto No. 25-2006 "*Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo"*", publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis, la Ley No. 423 "*Ley General de Salud*", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, "*Reglamento de la Ley General de Salud*", publicado en "La Gaceta" Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO:

I

Que la *Constitución Política de la República de Nicaragua*, en su **Arto. 59**, partes conducentes, establece que: "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud".

II

Que la Ley No. 290 "*Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo*", en su **Arto. 26**, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "*Ley General de Salud*", en su **Arto. 1, Objeto de la Ley**, establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia 1ero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

Acuerdo Ministerial No. 149-2013

IV

Que la Ley No. 423 *"Ley General de Salud"*, en su **Arto. 2, Órgano Competente**, establece que "El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."

V

Que la Ley No. 423 *"Ley General de Salud"*, en su **Arto. 4, Rectoría**, señala que: "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales"; y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 19, numeral 17, establece: "**Artículo 19.-** Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades: 17. Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento."

VI

Que con fecha 27 de Febrero del 2013, la Dirección General de Regulación Sanitaria, solicitó se elaborara el Acuerdo Ministerial que aprobara el documento denominado "**Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP)**", cuyo objetivo es proporcionar al personal de salud un documento orientado al llenado e interpretación correcta de la HCP y la estandarización de la información, para incidir en la reducción de la mortalidad materna y perinatal en el marco del MOSAFC.

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA:

- PRIMERO:** Se aprueba el documento denominado "**Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP)**", el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.
- SEGUNDO:** Se designa a la Dirección General de Regulación Sanitaria, para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los directores de SILAIS y a los directores de establecimientos de salud públicos y privados que desarrollan acciones para el abordaje de la embarazada, puerpera y recién nacido/a, identifican a las mujeres con factores de riesgo obstétrico y reproductivos, y toman las decisiones pertinentes mediante la correcta interpretación de la Historia Clínica Perinatal (HCP), en el marco del MOSAFC.



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia Iero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

Acuerdo Ministerial No. 149-2013

TERCERO: Se designa a la Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención, para la implementación y monitoreo de la aplicación y cumplimiento del documento "**Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP)**", estableciendo las coordinaciones necesarias con los SILAIS, como autoridades de aplicación en las distintas circunscripciones territoriales del país.

CUARTO: El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, al primer día del mes de Marzo del año dos mil trece.


SONIA CASTRO GONZÁLEZ
MINISTRA DE SALUD



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia Iero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni

3

Contenido

Introducción	9
Objetivos	10
General.....	10
Específicos	10
Marco Legal.....	11
Políticas de Operación.....	13
Listado de Procedimientos.....	14
Descripción de los Procedimientos.....	15
I. Segmento – Identificación.....	16
II. Segmento – Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos.....	18
III. Segmento – Gestación Actual.....	21
IV. Segmento – Parto o Aborto	37
V. Segmento – Patologías del Embarazo, Parto y Puerperio (Enfermedades).....	42
VI. Segmento – Recién Nacido/a	43
VII. Segmento – Puerperio	47
VIII. Segmento – Egreso del Recién Nacido/a	48
IX. Segmento – Egreso Materno	50
X. Anticoncepción (poner figura).....	51
Anexos	52
Bibliografía.....	57

IDENTIFICACION DEL MANUAL

Ministerio de salud

Manual para el Llenado Correcto de la Historia Clínica Perinatal

Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención.

Llenado Correcto de la Historia Clínica Perinatal.

Managua, Enero 2013

I. Introducción

El Ministerio de Salud en su calidad de ente rector del sector salud, a fin de dar cumplimiento a uno de los compromisos del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, de restituir el derecho a la salud de toda la población nicaragüense con gratuidad y calidad, ha venido desarrollando una serie de intervenciones que están orientadas a mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud que fortalecen la atención de las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y atención postnatal, así como la atención del recién nacido/a, la familia y la comunidad.

Esta prioridad se ve reflejada en el Plan Nacional de Desarrollo Humano en su componente de Salud, del cual deriva la Política Nacional de Salud, los Acuerdos Sociales en Salud para el Bienestar Comunitario, Plan Plurianual 2011-2015 y el Plan Institucional a Corto Plazo Orientado a Resultados en su Eje de Trabajo No.3 “Combate a la Mortalidad Materna e Infantil. A su vez el país ha asumido compromisos internacionales, como son los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que han planteado un gran desafío referente al monitoreo de los indicadores de las metas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Nicaragua adoptó la **Historia Clínica Perinatal Base (HCPB)** desde hace más de 20 años, realizando su primera actualización en el año 2004 y la última en el año 2011 denominándole a partir de este año **Historia Clínica Perinatal (HCP)**, la cual está vigente; y en ella se incluyeron las variables necesarias para garantizar un abordaje integral con las mejores intervenciones basadas en evidencia para la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal. La **Historia Clínica Perinatal**, forma parte de los componentes del Sistema Informático Perinatal (SIP), el cual junto con el Carné Perinatal son instrumentos diseñados para fortalecer la calidad de la atención materno-infantil, mediante la organización de los servicios.

La **HCP** es una herramienta útil, dinámica y ágil, dirigida al personal de salud que presta servicios a la población y enfocada para el proceso de atención a las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Con esta herramienta se pretende que el personal de salud tomador de decisión, cuente con información actualizada y de calidad que le permitan realizar análisis y tomar decisiones de manera oportuna y acertada.

En este contexto se ha elaborado el “Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal”, el cual deriva de la Normativa 0-11 Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de Bajo Riesgo; y tiene como objetivo servir como documento orientador al personal de salud para el correcto llenado e interpretación de la HCP, así como garantizar la estandarización del llenado adecuado de la HCP, con el fin de mejorar la calidad de vida y realizar procesos de humanización de la atención del parto, puerperio y el retorno exitoso a la familia y la comunidad en el marco del Modelo de Atención Familiar y Comunitaria (MOSAFC). Este documento será de

aplicación obligatoria en aquellos establecimientos de salud pública y privados que oferten y provean servicios a este grupo de población.

II. Objetivos

General

Proporcionar al personal de salud un documento orientado al llenado e interpretación correcta de la HCP y la estandarización de la información, para incidir en la reducción de la mortalidad materna y perinatal en el marco del MOSAFC.

Específicos

1. Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para el abordaje de la embarazada, puérpera y recién nacido/a.
2. Identificar las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, para la toma de decisiones oportunas.
3. Evaluar la aplicación de las normas de atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio y atención del recién nacido/a a través de los Estándares de Calidad de salud materna y perinatal.

III. Marco Legal

- **Constitución política de la República de Nicaragua. Título IV, Capítulo 3. "Derechos sociales". Arto.59.**-"Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen".
- **Ley 290 Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo: Artículo 26 Al Ministerio de Salud le corresponden las funciones siguientes:** Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Promover la investigación y divulgación científica, la capacitación, educación continua y profesionalización del personal de salud. Coordinar y dirigir el sistema nacional de estadísticas vitales y de información relativa a la salud pública, entre otras.
- **Ley General de Salud. Ley No. 423.** *En el título I Disposiciones Fundamentales, Capítulo I Disposiciones Generales:*
 - **Arto.53.-** "El Sistema General de Garantía de Calidad del Sector Salud, provee la certeza al Estado, a los administradores de recursos privados o de las cotizaciones; a las instituciones prestadoras de servicios; a los profesionales de la salud y a los usuarios, de que su interacción o relación, dentro del modelo de atención adoptado en Nicaragua, se lleva a cabo sobre la base de una óptima utilización, mejoramiento, renovación y capacitación, según sea el caso, de los recursos existentes en cuanto a tecnología; recursos humanos, infraestructura, insumos, medicamentos y gestión".
 - **Arto.54.-** "Son funciones del Sistema de Garantía de Calidad dentro del Sector Salud: Función Preventiva y Función Correctiva. El Sistema dirigirá acciones para lograr un mejoramiento continuo en la utilización del modelo adoptado de los servicios de salud.
- **Reglamento de la ley general de salud. Decreto No. 001 - 2003.** *En el título IX Sistema de Garantía de Calidad. Capítulo I Aspectos Generales.*
 - **Arto.119.-** "El Sistema de garantía de calidad, esta integrado por el conjunto de normas y acciones dirigidas a promover y garantizar las condiciones de calidad en la gestión y provisión de servicios de salud, a fin de lograr el máximo beneficio satisfacción del usuario al mejor costo y menor riesgo".

- **Arto.124.-** “El Sistema de Garantía de Calidad estará compuesto por: Habilitación de establecimientos, Acreditación de establecimientos, Auditorías de la calidad de la atención médica, Regulación del ejercicio profesional y Tribunales bioéticos.
- **En el título IV Ministerio de Salud, Capítulo único:**
 - **Numeral 6.** “Los manuales operativos y procedimientos en salud pública”.
 - **Arto.50** Para el cumplimiento del paquete básico de servicios de salud, el primer nivel de atención, se registrará conforme los programas, manuales y protocolos de atención, definidos por el MINSA.
- **Modelo de Salud Familiar y Comunitario, (MOSAFC):** En cumplimiento de sus atribuciones, en consonancia con la Política Nacional de Salud, y con el objeto de restituir el derecho a la salud de la población, el MINSA diseñó el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, (MOSAFC), el que se espera, contribuya a propiciar un cambio de actitud en la población, respecto a la salud, en donde ésta deje de verse y abordarse como un problema exclusivamente individual, sino como un fenómeno colectivo y multifactorial, siendo responsabilidad de todos y todas, mantenerla y mejorarla. Debe generar iniciativas de cambio en la cultura y estructura del sector salud para satisfacer las necesidades y el ejercicio de los derechos humanos, contribuyendo a mejorar su calidad de vida durante todo el ciclo vital¹”.
- **Norma para la Atención Prenatal, parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo, Normativa 0-11:** Dirigidas al personal de salud en los diferentes niveles de atención, con el propósito de poner en práctica una serie de acciones que permitan mejorar la calidad de atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio con el fin de incidir en la identificación de factores de riesgo para reducir las muertes maternas e infantiles.
- **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva:** En el 2008, el MINSA emite la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, como instrumento normativo y orientador que permita reducir las brechas existentes de atención en SSR.

¹Marco conceptual. Modelo de salud familiar y comunitario, MINSA, 2008, Pág. 16.

IV. Políticas de Operación

La Historia Clínica Perinatal (HCP), es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante la atención prenatal, el parto y el puerperio y del recién nacido/a hasta el alta.

Cuando su contenido forma parte de una base de datos del SIP, 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. El llenado de cada segmento no es responsabilidad de una persona sino de un equipo multidisciplinario y la calidad del llenado es vital, ya que la HCP forma parte del Expediente Clínico y está sujeta a las Auditorías Médicas.

Además el llenado correcto de este instrumento, hará que el personal de salud desarrolle las siguientes actividades:

- Evaluar la calidad de la atención y el cumplimiento de las normas mediante los Estándares de Calidad.
- Brindar seguimiento y evaluación clínica.
- Servir de base para planificar la atención de la embarazada y el recién nacido/a.
- Verificar y seguir la implantación de prácticas basada en evidencias.
- Unificar la recolección de datos y obtener localmente estadísticas confiables.
- Facilitar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.
- Registrar datos de interés legal.
- Facilitar la auditoria médica.
- Caracterizar a la mujer embarazada en la base de datos del SIP.
- Categorizar problemas SIP.
- Realizar investigaciones epidemiológicas operacionales SIP.

V. Listado de Procedimientos

Esta información es presentada siguiendo las secciones de la HCP. Para ayudar a los usuarios/as 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.

La Historia Clínica Perinatal cuenta con diez segmentos:

1. **Datos generales.**
2. **Antecedentes personales y familiares.**
3. **Gestación actual.**
4. **Parto u Aborto.**
5. **Enfermedades durante la gestación, parto o puerperio.**
6. **Recién nacido/a.**
7. **Puerperio Inmediato.**
8. **Egreso del Recién nacido/a.**
9. **Egreso Materno.**
10. **Anticoncepción.**

En la presente Historia Clínica Perinatal, *Amarillo significa **ALERTA*** (cuadritos, triángulos, círculos o rectángulos en color amarillo) e indica que: más información, análisis y decisiones se encuentran registradas en otra/s hoja/s del Expediente Clínico. No indica necesariamente riesgo ni practicas inadecuadas.

Se hace énfasis en el llenado de las variables, de tal manera que no exista dificultad para el ingreso de la HCP al Software del Sistema Informático Perinatal.

Posteriormente antes de brindar la atención prenatal proceda a saludar cordialmente a la mujer embarazada y proceda a llenar la siguiente Historia Clínica. Los términos de la HCP serán presentados tanto en su denominación completa como en su versión abreviada o iniciales.

En Nicaragua se esta implementando otros sistemas como el del adolescente, pero no están contenidos en este manual.

VI. Descripción de los Procedimientos

La Historia Clínica Perinatal constituye la fuente de datos más valiosa con la que cuenta el personal de salud, ya sea para conocer las características de la población usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar un sinnúmero de investigaciones operativas.

Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados. Este instrumento es de fácil y simplificado manejo para el personal de salud cuyo registro incluye la **Hoja** y el **Carné** de la **HCP**. Ver **Anexos 1 y 2**.

La HCP cuenta en su parte reversa, con las gráficas de la altura Uterina y la Edad Gestacional en Semanas y el Incremento de Peso Materno con la Edad Gestacional en Semanas. Seguido del Listado de Códigos de las Patologías más frecuentes durante el embarazo, parto o puerperio, Patología Neonatal, Indicación Principal de Parto quirúrgico o inducción, Medicación durante el trabajo de parto y Anomalías Congénitas, según la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición (CIE-10)².

El Carné Perinatal tiene en su reverso las gráficas de la altura Uterina y la Edad Gestacional en Semanas y el Incremento de Peso Materno con la Edad Gestacional en Semanas. Así como algunas orientaciones para proteger su Embarazo, Algunas Señales de Peligro y los Datos generales de la paciente y el establecimiento de salud.

Se procederá a llenar correctamente cada variable de la Historia Clínica Perinatal por segmento; de la siguiente manera:

² Sistema de Categorías que determinan la Clasificación y Codificación de las Enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, y causas externas de daños y/o enfermedad en su Décima Revisión. Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados a la morbilidad y mortalidad.

A. Segmentos de la Historia Clínica Perinatal

1. Segmento – Identificación

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA		FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA	ALFA BETA	ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	Lugar del control prenatal		Lugar del parto/aborto		N° Identidad	
NOMBRE Y APELLIDOS		día	mes	año	<input type="radio"/> blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secundaria <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/> años en el mayor nivel	<input type="radio"/> casada <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> otro	<input type="radio"/> vive sola <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOMICILIO		EDAD (años)											
LOCALIDAD		TELEF.											
		<input checked="" type="radio"/> < de 20 <input type="radio"/> > de 35											

- **Nombre y Apellidos:** Anotar los nombres y apellidos de la mujer, preferiblemente como aparece en la cédula de identidad. Copiarlos si presenta su cédula.
- **Domicilio:** Se refiere a la residencia habitual de la embarazada, durante los últimos tres meses. Anotar dirección exacta para efectos de la búsqueda activa de inasistentes.
- **Localidad:** Se refiere al nombre de la ciudad, municipio, pueblo, comarca.
- **Teléfono:** El teléfono del domicilio o celular. Si no tuviera, anotar un número de teléfono cercano, en donde el personal de salud pueda comunicarse con ella o la familia, en caso de requerirse.
- **Fecha de Nacimiento:** Completar día, mes y año del nacimiento de la embarazada.
- **Edad:** Al momento de la primera consulta (captación) preguntar: *¿Cuántos años cumplidos tiene?*

Anotar la respuesta en los dos espacios disponibles. Si es menor de 20 años o mayor de 35 años, marcar el círculo amarillo.

- **Etnia:** Marcar el casillero que corresponda a la etnia que declara pertenecer la embarazada. 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?*
- **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. Se entiende por “unión estable” la convivencia permanente con un compañero, sin formalización legal. En “otro” se incluye separada, divorciada, viuda.
 - **Vive Sola:** Indagar si la embarazada vive con familiares u otras personas en caso de no tener cónyuge.
- **Lugar de la atención prenatal:** Colocar nombre o código del Establecimiento de Salud donde se realiza la captación. En el caso del MINSA, se marcará cuando ocurra el evento y se obtendrá el código por estadísticas. Cuando la usuaria fuese captada en cualquier parte de nuestro país, y busca atención prenatal, se le dará seguimiento como subsecuente en el Establecimiento de Salud donde ella asista. Si viene de otro país, y no esta registrada el censo gerencial de las embarazadas, puérperas y postnatales, se ingresara como una captación.
- **Lugar del parto/aborto:** Colocar nombre o código del Establecimiento de Salud donde se realiza la atención del parto/ aborto.
- **No. Identidad:** Anotar el número de cédula de identidad, tal y como aparece en la misma, son tres números iniciales que corresponden al lugar de nacimiento, 6 números centrales que corresponden a la Fecha de Nacimiento y los otros cuatro números terminando en una inicial Mayúscula son del código asignado por el Consejo Supremo Electoral. Si no tiene cédula anotar el número de expediente asignado por el Establecimiento de Salud.

2. Segmento – Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos

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

El diagrama muestra la estructura de la sección de Antecedentes. Se divide en tres columnas principales: FAMILIARES, PERSONALES y OBSTÉTRICOS. Cada columna tiene una serie de círculos para marcar 'No' o 'Si'. FAMILIARES incluye TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, etc. PERSONALES incluye cirugia genito-urinario, infertilidad, cardiopat, nefropatia, violencia, VIH+. OBSTÉTRICOS incluye gestas previas, abortos, partos, cesáreas, nacidos vivos, etc. También hay una sección para el embarazo anterior con fechas y resultados.

2.1 Antecedentes

- **Familiares:** Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos, cónyuge). Preguntar: *¿En su familia alguien ha tenido...? (mencionar cada una de las patologías de la HCP)*. Si la respuesta es afirmativa, preguntar *¿Quién?*
- **Personales** a los propios de la embarazada. Marcar el círculo No o Si. En el caso de “otros”, especificar. En el caso de la Diabetes se marcará el tipo de Diabetes o si es Gestacional (Tipo I, Tipo II, G). El término cirugía genito-urinario no incluye a las cesáreas, pero si incluye las OTB. En cuanto al tema de violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de indicadores de violencia en el embarazo actual (ver sección de Gestación Actual). Marcar el círculo “Si” o “No” según corresponda.
- **Obstétricos**
 - **Gestas Previas:** Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual. Colocar **00** si el embarazo actual es el primero. El número de Gestas debe coincidir con la sumatoria de los Partos (Vaginales + Cesáreas) más Abortos (los embarazos ectópicos son abortos según clasificación de la CIE-10), excepto en el caso de antecedentes de embarazo múltiple. Marcar el círculo “Si” o “No” según corresponda.
 - **Partos/Vaginales–Cesáreas:** Se refiere al número de partos. Si corresponde se anotara el número de partos y de ellos preguntar: *¿Cuántos fueron partos vaginales y cuántos fueron por cesárea?*

Además se indagará sobre el peso del recién nacido/a en el último embarazo. Marcar si peso menos de 2500 gr. o fue mayor o igual a 4000 gr. fue normal o N/C (no corresponde) si no hubo nacimientos previos. Finalmente en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de embarazo múltiple (gemelar) (Si/No) según corresponda.

- **Abortos:** Según la CIE-10, se define el Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gr. Se registraran de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos.

En relación al número de abortos, si la mujer reporta haber tenido 3 abortos espontáneos consecutivos, entonces marcar con una **x** el círculo amarillo correspondiente. Si no tiene antecedentes de Aborto, marcar con **00**.

- **Nacidos/as Vivo/as:** Según la CIE-10 se clasificará un recién nacido/a 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 RN respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios.

La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no. Si no tiene antecedentes, marcar con **00**.

- **Embarazo Ectópico (emb. Ectópico):** Se anotará el número correspondiente a los antecedentes de embarazos producidos fuera del útero en el rectángulo correspondiente.
- **Nacidos/as Muertos/as:** Según la CIE-10 se clasificará un RN como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.
- **Viven:** Se refiere al número de hijos/as que están vivos/as al momento de la consulta.
- **Muertos/as 1ra semana:** Se refiere a los recién nacidos/as que nacieron vivos/as, 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 amarillo correspondiente. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar **0**.

- **Muertos/as después de la 1ra semana:** Se refiere a los recién nacidos/as que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más) hasta 11 meses 29 días, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente de color amarillo. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar **0**.
- **Fin Embarazo Anterior:** Anotar el mes y el año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que haya terminado en parto/cesárea o aborto (incluye el ectópico). Marcar **00** si se trata de una **Primigesta**. Marcar con **x** el círculo amarillo la finalización del embarazo ocurrió antes de 2 años o mayor a 5 años del inicio del embarazo actual.
- **Embarazo Planeado:** Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno cuando se cumplan ambas condiciones se marcara “**si**”, cuando no se cumpla una de las dos condiciones se macara “**no**” (en amarillo).

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

- **Fracaso Método Anticonceptivo (Fracaso Método Anticoncep.):**

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

Marcar el círculo correspondiente de acuerdo a las respuestas posibles que están clasificadas como:

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

3. Segmento – Gestación Actual

En este segmento se registran todos los datos relacionados con el embarazo actual, que se irán completando en las atenciones o visitas sucesivas.

[illegible]

- **Peso Anterior:** Se refiere al peso habitual de la mujer PREVIO del embarazo actual. **Cuando se desconoce el peso previo y la embarazada es captada en las primeras 12 semanas, se registrará el peso en esa primera atención prenatal como Peso Anterior.** Se recomienda pesar sin zapatos y con lo mínimo de ropa posible o una bata de examen. Calibrar la pesa al menos cada semana. Cuando el peso anterior es desconocido, estimarlo utilizando la tabla de peso materno para la talla, según edad gestacional diseñada por el CLAP.

Preguntar ¿Cuánto pesaba antes de este embarazo? Se registrará el peso expresado en kilogramos.

Este dato es útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo. La medida más utilizada es el **Índice de Masa Corporal (IMC)** que se calcula dividiendo el peso en kilogramos (Kg) sobre el cuadrado de la talla expresada en metros (m²) (**IMC = Kg/Talla en m²**). Por ejemplo, si la gestante pesa 60 Kg y tiene una talla de 1.60 m, el cálculo será: $60 / 1.60^2 = 23.44 \text{ Kg/m}^2$. Ver Tabla No. 1.

Tabla No.1 Nuevas Recomendaciones en Ganancia de peso Total según IMC Pre Embarazo³

IMC antes de las 12 S/G		Ganancia de peso recomendado en embarazadas (kilogramos)
Clasificación	IMC (kg/m ²)	
Peso Bajo	< 18.5	12.5 -18
Peso Normal	18.5 - < 25	11.5 - 16
Sobrepeso	25 - < 30	7 – 11.5
Obesa (toda clase)	> 30	6

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

El dato obtenido se registrará en centímetros. Se medirá en la primera visita de control.

- **Fecha de Última Menstruación (FUM):** Este dato es esencial para calcular 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. Anotar en la HCP el dato proporcionado en formato día-mes-año

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

Si se desconoce el dato anotar **00**. Cuando la fecha de última menstruación no está disponible, una posibilidad es estimar a partir de un USG antes de las 20 S/G u otro método que sea confiable.

- **Fecha Probable de Parto (FPP):** Se anotara el día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación. Para su cálculo, se recomienda usar el Gestograma diseñado por el CLAP o cualquier otro calendario obstétrico. 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. Existen fórmulas matemáticas que facilitan el cálculo de la FPP (Regla de Naegele, Pinard, Wahl, etc.),

³ Intervenciones Basadas en Evidencia para Reducir la Mortalidad Neonatal. Segunda Edición. Ministerio de Salud. Managua. Año 2009

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. Si se desconoce el dato anotar **00**.

- **Confiabilidad de la Edad Gestacional (EG confiable por FUM o Eco < 20 s):** Aquí se solicita al personal de salud una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por FUM o por ECO (USG) (SI/NO). 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.

Estilos de vida: Se anotaran los estilos que la paciente refiera, esto se realizara por cada trimestre de gestación. Deberán anotarse en el expediente clínico otros aspectos de estilos de vida saludables como: Nutrición adecuada, exposición a sustancias químicas (p/e plaguicidas) o el uso del condón para evitar la transmisión vertical.

El estado de fumadora activa, fumadora pasiva, el consumo de drogas, alcohol y las situaciones de violencia pueden cambiar a lo largo del embarazo, por esa razón la HCP sugiere indagar estos datos al menos un vez cada trimestre preguntando: *Desde su última visita ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica? etc.*

- **Fumadora activa (Fuma Act.):** Se refiere a si la mujer está fumando durante la actual gestación. La situación de fumadora puede cambiar a lo largo del embarazo. Por lo que se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre. En el caso de que la respuesta sea Si, anotar el promedio de cigarrillos consumido por día en el expediente clínico. Drogas: Marcar si con x cuando utiliza alguna sustancia no indicada por el personal de salud, que sea capaz de producir dependencia. Hacer esta pregunta en cada trimestre del embarazo.
- **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). También se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.
- **Drogas:** Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras. Se anotará la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

- **Alcohol:** en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, pisco, whisky, etc. 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 2º 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 la normativa actual⁴ 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:

⁴ Normativa 0-31: Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual.

(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.

- **Antirubéola:** Se anotará según la realización de Jornadas Nacionales de Vacunación. Preguntar: *¿Ha recibido alguna vez la vacuna contra la rubéola?* Si la respuesta es afirmativa, indagar *¿Cuándo?*

Marcar el círculo correspondiente, **"previa"** cuando la paciente haya recibido 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. Recordar que toda mujer que se embaraza previamente debe contar con su vacuna y no se recomienda aplicarla durante el embarazo.

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

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

Si la mujer presenta documentación revisar el número y el 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 o durante la atención en una situación de aborto. La segunda dosis debe

ser administrada no antes de cuatro semanas de la primera dosis y por lo menos 3 semanas antes de la fecha probable de parto. La administración de las siguientes dosis debe seguir lo indicado en el Programa Nacional de Inmunización (PNI).

Las dosis aplicadas anteriormente al embarazo, se tomaran en cuenta las recibidas con las vacunas dT (1 dosis), DPT (2 dosis) o Pentavalente (3 dosis). Si ya tiene su esquema (respaldado) de 6 dosis previas a su embarazo no se deberá aplicar vacuna, ya que se considera inmunizada. Ver Tabla No. 2.

- **Registro No Vigente (Anotar “No” lápiz de grafito y el mes de gestación en que se aplica la vacuna), en los siguientes casos:**
 - Cuando no ha recibido ninguna dosis: se deberá aplicar dos dosis durante el embarazo actual. De la siguiente manera:
 - 1ra dosis en la primera atención prenatal.
 - 2da dosis 4 semanas después de la primera o por lo menos 3 semanas antes de la fecha de parto.
 - Cuando exista información poco confiable acerca del número y fechas de administración de dosis previas. Se deberá aplicar dos dosis durante el embarazo actual.
 - Cuando recibió 2 dosis y el embarazo actual se inicia después de los 3 años de protección. Cuando recibió 3 dosis y el embarazo actual se inicia después de 5 años de protección. Aplicar únicamente una dosis.
- **Registrar Vigente (Anotar “Si” con tinta azul o negra) en los siguientes casos:**
 - Recibió 2 dosis y el embarazo actual esta dentro de los 3 años de protección.
 - Recibió 3 dosis y el embarazo actual esta dentro de los 5 años de protección.
 - Recibió 5 dosis

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

Tabla No. 2 Esquema de Vacunación de la dt según el Programa Nacional de Inmunización

El esquema actualizado es el siguiente:

- 1ra dosis al contacto (captación).
- 2da dosis un mes después de la primera dosis (4 semanas).
- 3ra dosis 6 meses después de la segunda dosis.
- 4ta dosis un año después de la tercera.
- 5ta dosis un año después de la cuarta.

- **Examen Normal (Ex. Normal):** El control prenatal ofrece la oportunidad de evaluar el estado de salud en general. Por esta razón la HCP incluye variables como el examen odontológico y de mamas que refuerzan este concepto. Aun en aquellas mujeres que consulten para ser asistidas por un aborto se deberán incluir estos exámenes como forma de dar una atención integral a la mujer en cada contacto de ésta con el equipo de salud.
- **Examen Odontológico (Odont.):** La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia. La infección periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc.). La transmisión del *streptococo mutans* de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños.

Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. Marcar según corresponda. Si el examen fuera anormal registrar “no” y referir al odontólogo. En caso de ser normal registrar “si”.

- **Examen de Mamas (Mamas):** Con este examen se busca identificar problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y eventuales patologías tumorales evidentes). Otros sugieren que el momento del examen puede brindar la oportunidad para discutir el tema de lactancia materna.

El momento más adecuado para realizar el examen de mama no está determinado. La OMS recomienda el examen en la tercera visita prenatal, una vez que se ha establecido confianza entre la gestante y el servicio. La HCP incluye el dato Examen Normal, marcar “no” cuando el examen de mamas sea anormal, y “si” en caso contrario. Si se encuentran hallazgos en los siguientes controles, deberá anotarse en el expediente clínico.

- **Cérvix:** Se recomienda la realización del examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación de la atención prenatal con la finalidad de detectar anormalidades o infecciones cervicales. La selección del momento más adecuado para este examen es una decisión que hará el personal de salud 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 anormalidad cervical es observada durante el examen con espéculo, se anotará “**anormal**” en inspección visual, si el cuello está sano se registrará “**normal**” y en caso de no haberse efectuado el examen, se registrará “**no se hizo**”.
 - **Papanicolaou (PAP):** Si se encuentra alguna anormalidad cervical o se duda que la mujer pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante la atención prenatal. Se puede tomar como dato actual, el PAP realizado en el último año. La interpretación de los resultados puede ser difícil cuando el PAP es tomado durante la gestación. Registrar el resultado del PAP según corresponda: “**Normal/Anormal**” y si el PAP no se realizó, registrar “**no se hizo**”.
 - **Colposcopia (COLP):** Registrar como “**Normal**” si la Colposcopia es negativa para lesiones malignas o precursoras de cáncer cervical. De lo contrario marcar “**Anormal**” o “**no se hizo**”, según corresponda.
- **Grupo:** Registrar en la casilla el grupo sanguíneo que corresponda (A, B, AB, O).
 - **Rh:** Marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh negativo. Se entiende que la mujer esta **inmunizada** cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer esta inmunizada (tendrá positivo el test de Coombs indirecto y en ese caso se marcara “**Si**”, en caso contrario se macara “**No**”.
 - **Gammaglobulina Anti D (YGlobulina anti D):** Esta variable está destinada para la aplicación de gammaglobulina anti D durante el embarazo (Todas las gestantes Rh negativas no inmunizadas se aplicara a las 28 semanas de gestación y la siguiente dosis, a las 72 horas postparto). Se marcará “**Si**”, si siendo Rh negativo no

inmunizada recibió gammaglobulina 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 **“n/c”** (no corresponde). En caso de abortos ninguna de estas dos situaciones aplica.

- **Toxoplasmosis:** La Infección por *Toxoplasma Gondii*^{5,6} durante el embarazo es relativamente frecuente y puede afectar gravemente el feto. Esta infección deja una inmunidad permanente y no se repite en embarazos siguientes. La medición de la IgG permite detectar pacientes susceptibles al *Toxoplasma Gondii*, es decir que tengan títulos positivos de IgG y por lo tanto hayan sufrido una infección antes del embarazo. Debe realizarse el estudio de la IgG específico desde la primera atención prenatal. Y la IgM implica una infección aguda actual por *Toxoplasma Gondii* y en la que se debe tratar inmediatamente.

Según los resultados que se obtengan del toxotest (IgG o IgM), se deberá marcar una x el círculo que corresponda. Especificando si el toxotest fue realizado antes de las 20 semanas o después de las 20 semanas de gestación. En caso de aborto y aunque en su servicio se realice serología para toxoplasmosis, no se deberá registrar la variable > 20 semanas. **Ver Anexo No. 3 (cuadro No. 1).**

“Siempre es aconsejable impartir mensajes educativo-preventivos para disminuir el riesgo de toxoplasmosis congénita”. Ver Anexo No. 4.

- **Fe/Folatos indicados (Fe):** 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. 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.
 - **Prueba de Hemoglobina (Hb):** La anemia es un problema de salud pública por su alta prevalencia y por las consecuencias que tiene sobre la salud humana, especialmente en el embarazo donde se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna y perinatal (en especial en casos de anemia severa); prematuridad y bajo peso al nacer.

En Nicaragua se considera que una gestante tiene anemia cuando el valor de la hemoglobina es inferior o igual a 11 gr/dl, o el Hematocrito es inferior al 33% y el

⁵ Infección por *Toxoplasma Gondii* durante el Embarazo. Letty Muccio Prot.

⁶ Toxoplasmosis y Embarazo. Rodrigo Azofeifa Soto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXVII (592) 163-167.2010

Recuento eritrocitario está por debajo de 3,000.000 mm³, en cualquier trimestre del embarazo⁷.

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 otro en un control prenatal luego de las 20 semanas. Los valores obtenidos se registrarán en los rectángulos correspondientes y en caso que los niveles sean inferiores a 11 gramos, marcar el círculo amarillo.

Marcar el círculo amarillo **“no”** si no se indicó suplemento de hierro y ácido fólico y marcar el círculo blanco **“si”** cuando se lo haya indicado.

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

- **Infección por Virus de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH-Diag-tratamiento)⁸:** Se anotará en solicitado la consejería brindada por el personal de salud, a fin de que la usuaria tome una decisión informada para aceptar le sea tomada la prueba de VIH, antes de las 20 semanas, siendo la evidencia la hoja de consentimiento informado. También está indicada después de las 20 semanas.

Registrar Test VIH: Solicitado: **“no”** o **“si”**, Resultado: positivo **“+”** y negativo **“-”** y no corresponde **“n/c”** según corresponda. Se marcará el círculo de n/c en los siguientes casos:

- Cuando se trate de una gestante ya diagnosticada.
- Cuando la prueba no haya sido solicitada.
- Cuando se tratase de una gestante que se niega a realizarse la prueba habiendo sido esta solicitada.
- Cuando la paciente sea captada mayor de 20 semanas de gestación.

Se anotara en el círculo amarillo **“s/d”** (sin datos), si la prueba fue solicitada y aún no se conoce el resultado.

- **TARV:** Se debe registrar si la paciente con resultado **“+”** está recibiendo tratamiento en el embarazo según corresponda (sí, no, n/c).

⁷ “Normas de Alimentación y Nutrición para Embarazadas, Puérperas y Niñez menor de cinco años”-“Guía de Alimentación y Nutrición, para Embarazadas, Puérperas y Niñez menor de cinco años”. Pág. 11. Ministerio de Salud. Octubre 2009.

⁸ Aprobado por Asesoría Legal del Ministerio de Salud.

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.

El expediente es un documento médico-legal y en el cual se deberá anotar los resultados de la paciente. Los resultados de la prueba de anticuerpos al VIH, deben comunicarse de manera confidencial y personal mediante consejería. En ningún caso podrá ser utilizado el documento de los resultados como elemento probatorio, publicitario o de índole diferente al ámbito de su salud individual⁹.

- **Sífilis – Diagnóstico y Tratamiento:** La sífilis congénita sigue siendo un problema relevante de salud pública. La estrategia para la eliminación de la sífilis congénita incluye el tamizaje en la primera consulta prenatal, la promoción de una atención prenatal temprano y la disminución del riesgo de reinfección mediante tratamiento a las parejas sexuales y consejería sobre el uso del condón.

Las pruebas de detección utilizadas pueden ser No Treponémicas (VDRL o RPR) o Treponémicas (FTAABS). Se sugiere que las pruebas de detección se realicen en dos oportunidades, una al momento de la captación en la primera atención prenatal (antes de las 20 semanas de gestación) y otra en el tercer trimestre. En caso de prueba No Treponémica se marcará **(-)** cuando la prueba fue no reactiva, **(+)** si fue reactiva y **(s/d)** sin dato. En las pruebas Treponémicas se agrega la opción (n/n) cuando no corresponda (ej.: recuerdo inmunológico de infección previa)

Registrar si recibió tratamiento o no en caso de tener resultado “+” y si la pareja también recibió dicho tratamiento. En ambos casos se deberá especificar si los resultados o el tratamiento fueron antes de las 20 o después de las 20 semanas de gestación.

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

- **Chagas:** La enfermedad de chagas (infección por tripanosoma cruzi). Marcar el resultado de la prueba de Chagas (PCR), en el círculo asignado; Negativo (-) o Positivo (+), así como si no se realizó dicha prueba. Según la normativa vigente del país, se le indicará a las mujeres embarazadas

⁹ Ley 238; Capítulo II De los Derechos. Art.7.

sintomáticas o que vivan en áreas endémicas de la región de acuerdo a comportamiento epidemiológico.

- **Paludismo/Malaria:** Marcar el resultado de la prueba de Paludismo/Malaria (Gota Gruesa), en el círculo asignado; Negativo (-) o Positivo (+), así como si no se realizó dicha prueba. Según la normativa vigente del país, se le indicara a las mujeres embarazadas sintomáticas o que vivan en áreas endémicas de la región de acuerdo a comportamiento epidemiológico.

Bacteriuria: Bacteriuria asintomática es la colonización bacteriana del tracto urinario en ausencia de síntomas. En lugares donde no se dispone de urocultivo la tirilla reactiva en orina podrá ser una alternativa durante la atención prenatal.

Marcar con **x** el resultado de la prueba en el círculo asignado, se realizarán en dos momentos (antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas). Se deberá realizar una prueba por cada atención prenatal. En caso de aborto no se Anotará el dato de > 20 semanas.

Marcar “**Anormal**” cuando:

- Con Cintas de Esterasa Leucocitaria y Nitritos: cuando se encuentren **Leucocitos Positivo más Nitritos Positivos.**
- Con Cintas Reactiva de Uroanálisis: cuando se encuentren **Leucocitos Trazas o más y Nitritos Positivos.**
- Examen de urocultivo positivo.

Resultado de Urocultivo: Se marcará **Bacteriuria: Normal**, cuando el urocultivo es negativo (menos de 100,000 Unidades Formadoras de Colonia (UFC)/ml o la cinta es negativa. Es **Anormal** cuando sea mayor de 100,000 UFC/ml o la cinta es positiva. En el caso de aborto no se Anotará el dato mayor de 20 semanas.

En caso de no realizar urocultivo o la cinta reactiva a lo largo de la atención prenatal, se registrará en el círculo amarillo que “**no se hizo**”.

Las cintas deberían estar disponibles en todas las unidades de salud. Lo ideal para una buena toma, sería: Aseo de los genitales con agua y jabón, separación de los labios menores, utilización de técnica del chorro medio, procesar la muestra antes de 30 minutos.

- **Glucemia en Ayunas:** registrar el valor de la glucemia obtenida (en miligramos por decilitro) en el rectángulo correspondiente. Anotar el

resultado obtenido de la glucemia obtenida en ayunas en la embarazada en dos momentos (antes de las 24 semanas de gestación y después de las 24 semanas de gestación). Si la glucemia basal es igual o mayor a 92 mg/dL marcar además el círculo amarillo. Orientar a la embarazada que debe acudir a un Establecimiento de Salud sin haber ingerido alimentos. En caso de aborto no se Anotará el dato mayor de 24 semanas.

- **Estreptococo B 35-37, semanas:** La infección por Estreptococo grupo B es considerada una causa importante de morbilidad y mortalidad neonatal. La estrategia principal para disminuir esta infección en los recién nacidos es la detección durante el embarazo del estreptococo del grupo B (entre las 35 y 37 semanas) a través de la toma mediante hisopado vaginal y rectal. Indicar si fue negativa (-) o positiva (+). Si no se realizó en estas condiciones o no se solicitó marcar “no se hizo”. En caso de atención por aborto no aplica llenar esta variable.
- **Preparación para el parto:** El término preparación para el parto tiene varios significados e incluye conceptos muy variados, el principal es garantizar el acceso para su atención (plan de parto), además es una oportunidad para informar a la mujer y su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio; preparar a los padres para enfrentar mejor su nuevo rol; entrenar en psicoprofilaxis (técnicas de relajación y respiración); aumentar la percepción de autocontrol de la mujer, entre otros. Si la gestante ha recibido alguna de estas prestaciones indicar “**si**”, en caso contrario registrar “**no**”. Se marcarán de preferencia en el último trimestre de gestación. En casos de atención por aborto no llenar esta variable.

Consejería Lactancia Materna: Se entiende por consejería la entrega reglada y oportuna de la siguiente información:

- Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.
- Formas de amamantar.
- Los cambios en la leche materna después del parto. Y
- Discutir las dudas y preguntas de la gestante.
- También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño/a y derechos inherentes a la lactancia materna.

Si la mujer ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP según corresponda (si/no). En casos de atención por aborto no aplica llenar esta variable. Se marcarán de preferencia en el último trimestre de gestación.

Atenciones Prenatales: Llenar los espacios correspondientes de forma horizontal por cada atención prenatal, en donde sólo abarca anotar 6 APN; por lo que se

recomienda usar otra hoja de HCP, anexarla al Expediente Clínico y foliarlas respectivamente .

En caso de ingreso por aborto o parto sin controles prenatales previos no aplicará el llenado de esta sección. Los datos a registrar son:

- **Fecha:** Anotar el día, mes y año en que se realiza la atención prenatal.
- **Edad Gestacional:** Las semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la actual consulta.
- **Peso:** En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, con ropa liviana. Grafique de inmediato en el reverso de la HCP y del Carné Perinatal, el incremento de peso materno con un punto. Una con línea continua los puntos de los valores del peso registrados en las APN realizadas. Identifique y utilice cualquiera de las dos situaciones particulares para esta gestante:

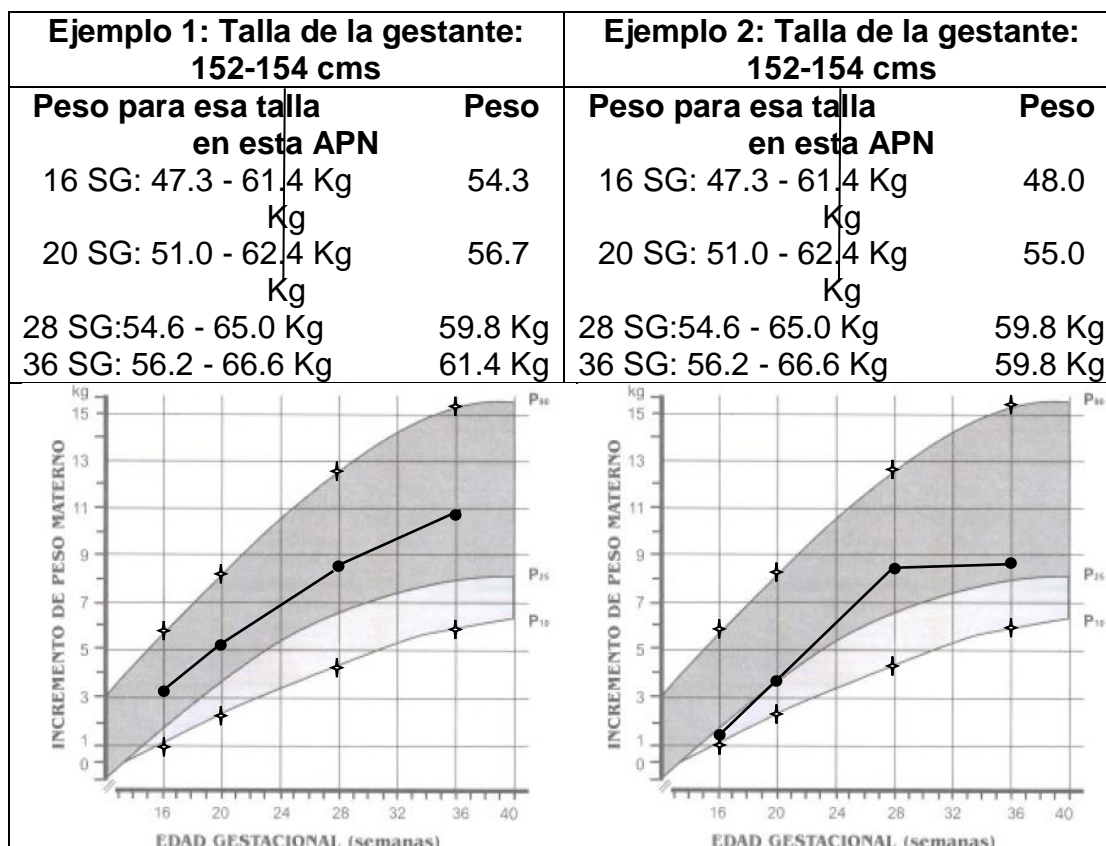
-Si conoce el peso pregestacional o si la embarazada fue captada en las primeras 12 semanas de embarazo, los valores de incremento de peso normal a utilizar están entre los percentilos 25 y 90 (parte oscura del gráfico). Las mismas curvas nos dicen cuánto es el aumento normal de peso de la embarazada. Por ejemplo, a las 16 SG, el rango de incremento de peso normal es de entre 1.8 y 5.1 Kg, a las 20 SG es de entre 3.2 y 8.2 Kg, a las 28 SG entre 6.2 y 12.9, a las 36 SG entre 8.2 y 15.7 Kg. Analice y tome decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia cuando haya un incremento exagerado de peso, cuando haya disminución del peso o la línea se haga plana.

-No conoce el peso pregestacional o la embarazada fue captada después de 12 semanas de embarazo, los valores de incremento de peso normal están entre los percentilos 10 y 90 (parte oscura más la parte clara del gráfico). Para saber en donde graficar, debe utilizar para cada APN la tabla Peso para la talla según la edad gestacional (Talla en centímetros). Por ejemplo, si la gestante mide entre 152-154 cms de talla, a las 16 SG debería pesar entre 47.3 y 61.4 Kg, a las 20 SG entre 51.0 y 62.4 Kg, a las 28 SG entre 54.6 y 65.0 Kg y a las 36 SG entre 56.2 y 66.6 Kg.

Si la gestante mide entre 161-163 cms de talla, a las 16 SG debería pesar entre 52.4 y 68.0 Kg, a las 20 SG entre 56.4 y 69.1, a las 28 SG entre 60.5 y 72.0 Kg y a las 36 SG entre 62.2 y 73.7 Kg.

Observe estos dos ejemplos de gestantes de 152 a 154 cms de talla, en quienes se desconoce su peso pre-gestacional y que fueron captadas a las 16 SG con citas subsecuentes para APN similares. En el ejemplo 1 hay buen progreso en la

ganancia del peso materno. En el ejemplo 2, la gestante tenía malnutrición, la que mejoró en las dos APN siguientes, pero esta ganancia de peso se detuvo en el último periodo.



- **Presión Arterial (PA):** La tensión máxima y mínima expresada en mm Hg, valorada con la técnica adecuada, reposo por 20 minutos antes de la toma, en el brazo hábil, con manguito a la altura del corazón.
- **Altura Uterina:** Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero. Utilizar la técnica del pinzamiento entre los dedos índice y medio.

Grafique de inmediato en el reverso de la HCP y del Carné Perinatal, el incremento de la altura uterina con un punto. Una con línea continua los puntos entre las APN realizadas. Los valores de incremento de peso normal están entre los percentiles 10 y 90. Las mismas curvas nos dicen cuánto es el incremento normal de altura uterina de la embarazada. Por ejemplo, a las 16 SG, el rango de incremento de altura uterina es de entre 12 y 17 cms, a las 20 SG es de entre 15 y 21 cm, a las 28 SG entre 22 y 27 cms, a las 36 SG entre 28 y 33 cms. Analice y tome decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia cuando haya un

incremento exagerado de altura uterina, cuando haya disminución o la línea se haga plana. Correlacionar los valores de incremento de peso materno con los de incremento de altura uterina.

- **Presentación:** Para la presentación, escribir “cef” (cefálica), “pelv” (pelviana) o “transv” (transversa). Cuando no sea factible recabar el dato, marcar con una raya horizontal en el espacio correspondiente.
- **Frecuencia Cardíaca Fetal en latidos por minuto (FCF lpm):** Anotar la frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto a partir de las 20 semanas de gestación.
- **Movimientos Fetales:** Anotar los movimientos fetales a partir de las 18 semanas de gestación. positivos o negativos, la falta de datos se interpretará como prestación no hecha
- **Proteinuria:** Marcar Negativo (-) o Positivo (+), la presencia o no de proteínas en las cintas de uronálisis efectuado a la embarazada.
- **Signos de alarma, exámenes, tratamientos:** Describir los hallazgos más relevantes encontrados en la atención prenatal.
- **Iniciales del personal de salud:** Anotar las iniciales del personal de salud que lo efectúa.
- **Fecha de próxima cita:** Anotar la fecha de la próxima cita. Explicarle a la embarazada el lugar donde se anota esta fecha en el carné perinatal.

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).

4. Segmento – Parto o Aborto

PARTO <input type="radio"/> ABORTO <input type="radio"/>		LUGAR DEL PARTO Institucional <input type="radio"/> Domiciliar <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/>		HOSPITALIZ. en EMBARAZO no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> días		CORTICOIDES ANTENATALES completo <input type="radio"/> incompl. <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>		INICIO espontáneo <input type="radio"/> inducido <input type="radio"/> cesar. elect. <input type="radio"/>		RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		EDAD GEST. al parto semanas <input type="text"/> días <input type="text"/>		PRESENTACION SITUACION cefálica <input type="radio"/> pélvica <input type="radio"/> transversa <input type="radio"/>		TAMAÑO FETAL ACORDE no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		ACOMPAÑANTE TDP P pareja <input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>													
FECHA DE INGRESO día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>		CONSULTAS PRE-NATALES total <input type="text"/>		CARNÉ <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		posición de la madre <input type="text"/>		PA <input type="text"/>		pulso <input type="text"/>		contr./10' <input type="text"/>		dilatación <input type="text"/>		altura present. <input type="text"/>		vaneidad posic. <input type="text"/>		meconio <input type="text"/>		FCF/dlps <input type="text"/>							
TRABAJO DE PARTO hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		posición de la madre <input type="text"/>		PA <input type="text"/>		pulso <input type="text"/>		contr./10' <input type="text"/>		dilatación <input type="text"/>		altura present. <input type="text"/>		vaneidad posic. <input type="text"/>		meconio <input type="text"/>		FCF/dlps <input type="text"/>		ENFERMEDADES 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"/> rotura prem. de membranas <input type="radio"/> anemia <input type="radio"/> otra cond. grave <input type="radio"/>		HEMORRAGIA 1° trim. <input type="radio"/> 2° trim. <input type="radio"/> 3° trim. <input type="radio"/> postparto <input type="radio"/>		TDP Prueba <input type="radio"/> VIH <input type="radio"/>		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO cesárea <input type="radio"/> fórceps <input type="radio"/>		INDIC. <input type="text"/> OPER. <input type="text"/>	
NACIMIENTO VIVO <input type="radio"/> MUERTO <input type="radio"/>		hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>		MULTIPLE <input type="radio"/> orden <input type="text"/>		TERMINACION espont. <input type="radio"/> cesárea <input type="radio"/> fórceps <input type="radio"/>		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO cesárea <input type="radio"/> fórceps <input type="radio"/>		INDIC. <input type="text"/> OPER. <input type="text"/>		POSICION PARTO sentada <input type="radio"/> acostada <input type="radio"/>		DESGARROS Grado (1 a 4) <input type="text"/>		OCITOCICOS prealumb. <input type="radio"/> postalumb. <input type="radio"/>		PLACENTA completa <input type="radio"/> retenida <input type="radio"/>		LIGADURA CORDON precoz <input type="radio"/>		MEDICACION MEDIC 1 <input type="text"/> MEDIC 2 <input type="text"/>							

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

- **Parto:** Marcar la casilla respectiva según se trate de un parto o de un aborto. En caso de aborto se deberán omitir el llenado de las secciones: *parto, enfermedades maternas, recién nacido, puerperio, egreso del recién nacido, egreso materno, y anticoncepción* de la HCP.
- **Fecha de Ingreso:** Indicar día, mes y año del ingreso de la embarazada al establecimiento de salud.
- **Carné:** Anotar si la embarazada presenta o no Carne Perinatal al momento de la hospitalización, marcar “**si**” o “**no**” según corresponda.
- **Consultas (Atenciones) Prenatales (totales):** Si presenta carné perinatal, contar el número total de consultas prenatales y registrar en la HCP. Si no presenta carné perinatal, preguntar: *¿Se hizo atención prenatal alguna vez?* Si la respuesta es negativa, registrar **00**. Si la respuesta es afirmativa, continuar: *¿Cuántas atenciones prenatales tuvo?* y registrar el dato reportado.
- **Lugar del Parto:** Marcar con una “**x**” el círculo que corresponda según la respuesta de la paciente.
- **Hospitalización en Embarazo:** Se refiere a las hospitalizaciones ocurridas por razones diferentes al parto. Si han existido hospitalizaciones durante el

embarazo se registrara el círculo amarillo que indica “**si**”, en ese caso se deberá anotar el número total de días de hospitalización (de la única hospitalización o la suma de días de todas las hospitalizaciones).

- **Corticoides Antenatales:** Existe evidencia científica que el uso de corticoides prenatales reducen significativamente la mortalidad neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hemorragia ventricular, enterocolitis necrotizante, sepsis neonatal en las primeras 48 horas de vida y el ingreso a cuidados intensivos neonatal.¹⁰

Se registrara la siguiente información:

- Completo: si la gestante recibió cuatro dosis de 6 mg de Dexametazona por vía intramuscular administradas cada 12 horas.
 - Incompleto: cualquier variación en menos con el esquema descrito.
 - Ninguna: no recibió ninguna dosis de corticoides.
 - N/C: no corresponde o no está indicada su administración.
 - Semana de inicio: registrar las semanas de gestación al momento de administrar la primera dosis.
- **Inicio.** Indicar si el inicio del trabajo de parto fue “espontáneo”, “inducido”, o “cesárea electiva”, marcando el círculo correspondiente. Se podrá marcar el círculo de cesárea electiva, para aquellas mujeres que no iniciaron el trabajo de parto y fueron sometidas a una cesárea.
 - **Ruptura Prematura de Membrana:** Se identifica por la pérdida de líquido amniótico antes de que haya empezado el trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional. Si se confirma rotura de membranas antes del inicio del trabajo de parto, registrar el momento aproximado del inicio de la pérdida de líquido amniótico (**fecha y hora/min**). Marcar los espacios en amarillo si la pérdida se inició antes de las **37 semanas**, si el tiempo de pérdida es **mayor o igual a 18 horas** y si se acompaña de temperatura (**Temp > 38°C**). Se marca “**no**” en caso de estar indemnes.
 - **Edad gestacional al parto:** Registrar la edad gestacional al momento del parto, en semanas completas y días y marcar si el cálculo se basó en la FUM y/o en la ecografía (USG).

¹⁰ Intervenciones Basadas en Evidencia para Reducir la Mortalidad Neonatal. Segunda Edición. Pág.43. Ministerio de Salud. Managua. Año 2009.

- **Presentación/Situación:** Se refiere al tipo de presentación, “cefálica”, “pélvica” o situación “transversa” diagnosticada en el momento del inicio del trabajo de parto. Marcar el círculo que corresponda.
- **Tamaño Fetal Acorde:** Se refiere a la correspondencia entre el tamaño fetal estimado por maniobras clínicas y las semanas de edad gestacional. Marcar “**si**” o “**no**” según corresponda.
- **Acompañante (Apoyo continuo durante el trabajo de parto (TDP) y parto (P):** La HCP ha incorporado esta variable basada en el derecho que tiene toda mujer gestante a permanecer acompañada por quien ella quiera y en las evidencias científicas que indican mejores resultados clínicos en las mujeres que efectivamente tienen acompañamiento.

Se registrara la presencia de una persona (familiar, pareja, partera, brigadista de salud, amigo/a o personal de salud) que ofrece apoyo emocional, información, aliento y confort, en forma continua e individualizada a la gestante durante el trabajo de parto y/o parto y que no este involucrado/a en la atención o tratamiento médico o de enfermería.

Marcar el círculo correspondiente al tipo de acompañante que tuvo la paciente durante su trabajo de parto (TDP) y/o el expulsivo o parto propiamente dicho (P) o “ninguno” en caso de estar sola.

- **Partograma:** Anotar si a la parturienta se le realizó partograma para la vigilancia del trabajo de parto, en caso que este se haya iniciado, no se llenaran los datos correspondientes a este ítem. En caso de no habersele llenado este ítem en el expediente clínico, proceder a completar los acápite siguientes:
 - Hora y minutos.
 - Posición de la madre.
 - Presión Arterial.
 - Pulso.
 - Contracciones en 10 minutos.
 - Dilatación.
 - Altura/Presentación.
 - Variedad de Posición.
 - Meconio (marcar triángulos amarillos cuando se encuentren alteraciones).

- FCF/Dips (marcar triángulos amarillos cuando se encuentren alteraciones).

Se omitirá el llenado de este segmento, siempre y cuando haya evidencia en el Expediente Clínico de que la hoja del Partograma este bien llenada e interpretada.

- **Nacimiento:** Se refiere al estado vital del recién nacido al momento del parto. Registrar según corresponda:
 - **Muerte Anteparto:** Se marcará cuando la muerte ocurra antes del inicio del trabajo de parto. Se define como trabajo de parto al conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen como finalidad la expulsión de un recién nacido viable, el mismo se identifica por una dilatación cervical de 2 o más centímetros y contracciones con una frecuencia de 3 o más en 10 minutos por más de una hora.
 - **Muerto Parto:** muerte que ocurrió durante el trabajo de parto (período de dilatación o expulsión).
 - **Muerto Ignora momento:** Si no se puede precisar el momento en que se produjo la muerte.

Anotar si se produjo el nacimiento vivo indicando el círculo correspondiente. En caso de muerte intrauterina marcar el círculo que indique el momento en que se produce la muerte: “anteparto”, “intraparto” o “se ignora el momento”.

- **Hora/fecha:** Anotar la hora y fecha exacta del nacimiento. Anotarse en hora militar.
- **Múltiple (Nacimiento múltiple):** Registrar si el nacimiento corresponde a un nacimiento múltiple (Si/No). En caso de ser múltiple anotar el orden del nacimiento en el rectángulo correspondiente. En caso de no ser un embarazo múltiple anotar **0** en el rectángulo “orden”. Nota: en caso de nacimientos múltiples debe llenarse una HCP individual para cada recién nacido/a. El primero tendrá el **orden = 1**, el segundo será **orden = 2** y así sucesivamente. Los datos relacionados con la madre serán comunes pero se debe poner especial cuidado en registrar los datos individuales de cada recién nacido/a.
- **Terminación:** Marcar si la terminación del parto fue: espontánea, cesárea, fórceps, vacuum u otra, en la casilla que corresponda (métodos que no se usan en el país), “otra”.

- **Indicación principal de inducción o parto operatorio:** Anotar la causa o causas por las que se indicó la inducción cesárea, fórceps o vacuum y a la par se anotaran los códigos de las principales indicaciones, estos se encuentran resumidos en el reverso de la HCP.
- **Posición parto:** Indicar la posición durante el parto asistido, “**sentada**”, “**en cuclillas**” o “**acostada**”.
- **Episiotomía:** Marcar “**si**”, sí se realizó y “**no**” si no se realizó.
- **Desgarros:** En caso de producirse desgarros durante el parto marcar en la casilla correspondiente a “Grado (1a 4)” el grado. En caso negativo marcar “**no**”.
- **Oxitócicos:** Marcar la casilla que corresponda, “**si**” o “**no**” referente al uso de oxitocina en el: pre-alumbramiento (antes de la expulsión de la placenta), (Aplicación de Oxitocina 10 UI IM inmediatamente al nacimiento del bebé, durante el primer minuto.) Se marcará con una “x” el círculo en Amarillo en caso que esta no se aplique.

Y en el post-alumbramiento si se comprueba que hay hemorragia postparto o algún desgarro se deberá aplicar ocitócicos según norma y se marcara el círculo Amarillo si no se aplica. En esta variable no se incluye el uso de oxitócicos para la inducción o conducción de las contracciones uterinas, este dato debe registrarse en Medicación Recibida.

- **Placenta:** Marcar “**si**” en el caso que la placenta se expulso completamente o ha quedado retenida “**no**”.
- **Ligadura del cordón:** Marcar la casilla correspondiente; Precoz si el tiempo entre nacimiento y ligadura del cordón fue menor de 30 segundos o aun esta turgente y pulsando del lado placentario, Tardía si fue después de 30 segundos o el cordón dejo de pulsar.
- **Medicación Recibida:** La medicación administrada durante el trabajo de parto el parto. Marcar para cada una de las indicadas (Oxitócicos, antibiótico, analgesia, anestesia general, anestesia regional, anestesia general, transfusión u otros). Marcar (si/no) según corresponda. No incluye la administración de oxitocina utilizada en el manejo activo del alumbramiento ni la lidocaína para episiotomía. En caso de otra medicación que no esté consignada marcarlo en “otros” además de especificar la droga

utilizada. Agregar al final el código de la medicación utilizada señalando hasta dos códigos reflejados en la columna izquierda y que están en negritas. (Ver códigos en el reverso de la HCP).

5. Segmento – Patologías del Embarazo, Parto y Puerperio (Enfermedades)

ENFERMEDADES		no		si			no		si		código				
	1 ó más	HTA previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	infec. ovular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HEMORRAGIA	1° trim.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
		HTA inducida embarazo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	infec. urinaria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		2° trim.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
		preeclampsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	amenaza parto preter.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		3° trim.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
		eclampsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	R.C.I.U.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		postparto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
		cardiopatia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	rotura prem. de membranas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		infec.puerperal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
		nefropatia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	anemia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TDP	Pueba	-	+	n/r	n/c	si	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	ninguna	diabetes	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> ^I	<input type="radio"/> ^{II}	<input type="radio"/> ^E	otra cond. grave	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	no	<input type="radio"/>
									VIH	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	n/c	<input type="radio"/>

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

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

Esta sección debe ser cuidadosamente revisada al momento del alta para asegurarse que todas las complicaciones han sido incluidas. En el ítem de Hemorragia, especificar el trimestre y codificar dicha patología.

- **Trabajo de Parto (TDP):** Anotar si se le realizó la **Prueba de Sífilis y VIH en el TDP**, cuando la madre ingresa en trabajo de parto, sin

atenciones prenatales previas o muy alejados del ingreso. Estas pruebas podrán ser positivas, negativas o no haberse realizado (n/r), pudiendo ser esta última opción por ejemplo; la falta de oportunidad para realizar la prueba. La opción no corresponde (n/c) se aplicara a aquellas madres con pruebas negativas realizadas durante el último mes de gestación o en el caso de mujer VIH positiva diagnosticada previamente. A continuación podrá registrarse si la madre VIH positiva recibe o no el tratamiento antirretroviral (**TARV**). En caso de tratarse de una madre VIH negativa marcar no corresponde (n/c).

6. Segmento – Recién Nacido/a

RECIENTE NACIDO		P. CEFÁLICO cm	EDAD GESTACIONAL semanas días	PESO E.G.	CUIDADOS AL RECIENTE NACIDO	APGAR (min)	REFERIDO	FALLECE en LUGAR de PARTO	ATENDIDO	medico	obst.	enf.	auxil.	estud.	empir.	otro	Nombre
SEXO f m definido	PESO AL NACER g definido	LONGITUD cm	ESTIMADA	FUM ECO peq. gde.	vitamina K Profilaxis ocular Apego precoz	1º 5º	estimulac. aspiración máscara oxígeno masaje tubo	no si no si no si no si no si no si	no si	no si	no si	no si	no si	no si	no si	no si	
DEFECTOS CONGENITOS no menor mayor codigo		ENFERMEDADES ninguna 1 o más codigo		VIH en RN Exposición Tto. no si si s/d n/c		TAMIZAJE NEONATAL VDRL Tto. no si + no se hizo s/d n/c		TSH Hipotía Bilirrub no si + no se hizo s/d n/c		Toxo IgM no si		Meconio 1º día no si					

En caso de muerte fetal registrar sexo, malformaciones, peso y longitud al nacer, edad gestacional y marcar nacimiento: muerto ante parto o parto (según corresponda). Registrar además el puntaje apgar al 1er minuto 00 y 5to minuto 00.

- **Sexo:** Marcar el círculo que corresponda. “Femenino”, “Masculino” o “No definido” cuando clínicamente no se pueda definir.
- **Peso al nacer:** El peso del niño/a desnudo/a, en gramos. Si es menor de 2.500 gramos o mayor de 4.000 grs marcar el círculo amarillo.
- **Perímetro Cefálico (P. Cefálico):** Registrar la medida del perímetro cefálico expresada en centímetros con un decimal.
- **Longitud:** Registrar la longitud del recién nacido/a en centímetros con un decimal.
- **Edad gestacional:** Anotar la edad gestacional en semanas completas y días, también registrar si fue calculada a partir de la

FUM o por ecografía precoz. Si no se confiable se anota la estimada (en semanas) por examen físico y se marca **“estimada”**.

- **Peso para edad gestacional (Peso E.G):** Se refiere al peso del recién nacido/a en relación a su edad gestacional, usando la curva patrón de peso según edad gestacional. El peso puede resultar **“adecuado”**, **“pequeño”** o **“grande”** para la edad gestacional.
- **Cuidados al Recién Nacido/a:** Marcar con una X en el círculo que corresponda, si fueron brindados los cuidados inmediatos al recién nacido/a tales como la aplicación de la vitamina K, la profilaxis ocular y la realización del apego precoz como estrategia fundamental para garantizar una lactancia exitosa y contribuir con la disminución de las hemorragias postparto. En caso de ser negativo marcar los círculos amarillo **“no”**.
- **APGAR:** Valor del puntaje de Apgar al 1º y 5º minuto de vida.
- **Reanimación:** En este casillero la HCP incluye la lista de procedimientos que pueden ser utilizados durante la recepción/reanimación del recién nacido. Esta lista incluye: **“estimulación (estimulac.)”, “aspiración de boca y nariz”, “mascara”, “oxígeno”, “masaje cardíaco (masaje)” o “Intubación endotraqueal (tubo)”**. Marcar todos los procedimientos realizados según corresponda.
- **Fallece en sala de parto:** La HCP permite registrar el estado del neonato nacido vivo durante su permanencia en la sala de partos. Marcar **“si”** cuando el neonato nació vivo pero falleció en la sala de partos; de lo contrario, marcar **“no”**.
- **Referido:** Se refiere al destino del recién nacido/a luego de su nacimiento. Marcar según corresponda Las posibilidades incluidas en la HCP son:
 - i. Enviado a alojamiento conjunto (aloj. Conj).
 - ii. Enviado al servicio de neonatología ya sea intensiva o intermedia (neonatalog.).
 - iii. Referido a otro establecimiento de salud (otro Hosp.).
 - iv. Si es enviado a sala con la madre, se marcará **“aloj. Conjunto”**; si se envía a otra sala dentro del mismo hospital donde nació, marcar **“hosp”**; si es referido a otro Centro Hospitalario.

- **Atendió (parto/neonato):** Se refiere al tipo de personal que atendió a la madre (PARTO) y al recién nacido/a (NEONATO). Marcar la casilla que corresponda (médico, obstétrica, enfermera, auxiliar, estudiante, empírica, otro) y a continuación anotar el nombre, iniciales o código.
- **Defectos Congénitos:** La HCP incluye un espacio para consignar la presencia o ausencia de defectos congénitos. Si los hubiera, ver el reverso de la HCP para identificar el código que corresponde al defecto congénito detectado. Marcar los círculos amarillos si se trata de una malformación congénita mayor o menor. Revisar Normativa vigente¹¹.

Se entiende por malformación mayor aquella capaz de producir la pérdida de la función del órgano sobre el cual asienta, por ejemplo agenesia del pulgar. Las malformaciones menores al no provocar la pérdida de función suelen ser especialmente estéticas (por ejemplo: papiloma preauricular).

- **Enfermedades:** Esta sección es para registrar otras enfermedades distintas a los defectos congénitos. Consultar el reverso de la HCP (Patología Neonatal) para identificar el código correspondiente. La HCP incluye espacio para registrar hasta 03 códigos y al lado proporciona espacio para escribir el detalle del diagnóstico. Tomar nota que además existen dos variables de resumen: '**Ninguna**' (si no hubo patologías en el recién nacido desde el nacimiento hasta el alta) o '**1 o más**' en caso contrario. En aquellos RN que son ingresados a sala se registrará el formulario de hospitalización neonatal para ampliar la información.
- **VIH en Recién Nacido/a**
 - **(VIH en RN):** Se anotara que el RN está "Expuesto" en con "uno" o "ambos" de los siguientes criterios¹²:
 - Madre con VIH y sin resultado de la prueba en el niño (a) O
 - Prueba de anticuerpo positiva en un niño (a) menor de 18 meses y
 - Una condición clínica. Factores de riesgo de padres o familiares directos: alta sospecha de VIH, ITS, y muerte reciente de familiares, falta de confirmación en 3er trimestre, nuevos compañeros.

¹¹ N-001: Manual Operativo para el Registro Nicaragüense de Malformaciones Congénitas. Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua. Año 2008.

¹² Cuadros de Procedimientos para la Atención del Niño y Niña con VIH de 2 meses a 5 años de edad. Pág. 5. Ministerio de Salud. Año 2009.

Marcar con una “**x**” el círculo según corresponda. En caso de no tener ningún criterio de exposición marcar “**no**”, si hay presente uno o mas criterios marcar “**si**”, y cuando no se tengan datos “**s/d**”.

- **Tratamiento (Tto):** Se marcará con una “**x**” en el círculo que corresponda. Si se determinó que el RN está expuesto al VIH, y no está recibiendo tratamiento marcar el círculo amarillo “**no**”, si está recibiendo tratamiento, marcar “**si**”, cuando no se tenga datos del tratamiento marcar “**s/d**” y si la madre es VIH negativo marcar “**n/c**” (no corresponde).
- **Tamizaje Neonatal:** La principal justificación para la existencia del tamizaje neonatal es la prevención de daño severo mediante el inicio de un tratamiento oportuno. La HCP incluye las siguientes pruebas de tamizaje:
 - **Sífilis (VDRL):** Marcar **negativo** o **positivo** de acuerdo al resultado de la prueba realizada en sangre de cordón umbilical o posteriormente antes del alta neonatal. Anotar “**no se hizo**” cuando corresponda. Si el resultado de la prueba VDRL fue reactivo y se indicó tratamiento, marcar “**no**” cuando el tratamiento indicado no se hizo, “**si**” cuando el tratamiento indicado se realizó, “**n/c**” cuando no se indicó tratamiento y “**s/d**” cuando se desconoce si se realizó el tratamiento indicado.
 - **TSH (Hipotiroidismo):** Marcar “**no se hizo**” cuando al alta de la maternidad se comprueba que no se realizó el examen. Cuando el examen fue realizado se marcará **positivo** cuando el valor exceda el rango normal para el laboratorio y **negativo** cuando el valor de TSH sea normal.
 - **Hemoglobinopatía (Hbpatía):** La hemoglobinopatía congénita es aquella de origen genético que aparece en el momento del nacimiento del bebé. Es importante su detección precoz mediante análisis clínicos pues los niños pueden no presentar signo aparente tras el nacimiento. Su existencia puede acarrear complicaciones infecciosas graves y posibles discapacidades para los niños que las presentan si no se detecta y trata. Se registra “**no se hizo**” cuando el estudio no fue realizado antes del alta. Cuando se realizó y se dispone del resultado se registra **positivo** o **negativo** según corresponda.
 - **Bilirrubina (Bilirrub):** Es un tamizaje selectivo de los recién nacidos sanos que desarrollan ictericia moderada a intensa después del primer día de vida. La determinación cuantitativa de la bilirrubinemia permite identificar a los recién nacidos que se encuentran en riesgo de daño neurológico e iniciar un tratamiento oportuno. Se indica “**no se hizo**” cuando el recién nacido presenta ictericia pero no se realizó su determinación. El resultado de la determinación que no revela riesgo se

marca como **negativo** y si presenta valores elevados para la edad en horas se marcará como **positivo**.

- **Toxoplasma Neonatal IgM (Toxo IgM):** Si se indica el tamizaje neonatal de toxoplasmosis en sangre de cordón umbilical, se marcará “**no se hizo**” cuando la prueba no fue realizada. Si la prueba fue realizada se anotará **negativo** o **positivo** según el resultado de la determinación.
- **Meconio:** Registrar en este recuadro si el neonato ha expulsado meconio en el primer día de vida. Marcar (si/no) según corresponda.

7. Segmento – Puerperio

PUERPERIO INMEDIATO						
día	hora	T°C	P.A	pulso	invol. uter.	loquios

- **Puerperio Inmediato:** Este segmento cuenta con seis columnas:
 - **Día - Hora:** Se colocaran el día y la hora con minutos en que realiza cada atención puerperal. Recordar que la norma establece que las atenciones puerperales deben realizarse cada 30 minutos en las dos primeras horas postparto.
 - **Temperatura (T°C):** En grados centígrados, con un decimal. Por ejemplo 36.4°C.
 - **Presión Arterial (P.A):** Anotar resultado de control de la presión arterial consignando los valores de tensión máximos y mínimos en mm Hg (milímetros de mercurio).
 - **Pulso:** Número de latidos por minuto.
 - **Involución uterina (Invol. Uter.):** Se refiere a si existe o no globo de seguridad de Pinnard y el grado de involución del útero contraído (cont), flácido (flac), u otra característica.

- **Loquios:** Anotar características de los loquios tales como: olor, cantidad, presencia de coágulos, etc. esta variable cuenta con cuatro filas para la atención del puerperio de la siguiente manera: cada media hora en las primeras 2 horas, a las 6 horas de la última toma, por turno, al alta y para anotar en el Establecimiento de Salud donde se hará atención puerperal.
- **Antirubéola postparto:** Se refiere a si es necesario administrar la vacuna antirubeólica en el posparto en mujeres con historia que no han sido inmunizadas previamente. Esta medida preventiva busca proteger al siguiente embarazo. Marcar “**no corresponde**” si la paciente tiene la vacuna vigente y por lo tanto, no fue necesario vacunarla. Marcar **(si)** cuando la mujer debía recibir la vacuna y es vacunada al alta y se marcará **(no)** cuando una mujer que debía ser vacunada es dada de alta sin recibir la vacuna.

Gammaglobulina anti D (Yglobulina anti D) antes del alta: Cuando se trata de una mujer Rh negativo no inmunizada (no tiene anticuerpos anti D) y su recién nacido/a es Rh positivo deberá recibir la vacuna antes de las 72 horas del nacimiento. Se marcará “**si**” siendo Rh negativo no inmunizada recibió la vacuna anti D. se marcará “**no**” cuando siendo Rh negativo no inmunizada no recibió la vacuna anti D. en caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar **(n/c)** no corresponde, igualmente si se trata de un RN Rh negativo.

8. Segmento – Egreso del Recién Nacido/a

EGRESO RN		vivo <input type="radio"/>	fallece <input checked="" type="radio"/>	traslado <input checked="" type="radio"/>	fallece durante o en lugar de traslado <input type="radio"/>	EDAD AL EGRESO días completos	ALIMENTO AL ALTA	Boca arriba <input type="radio"/>
dia	mes	año	hora	min	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	lact. excl. <input type="radio"/>	no <input checked="" type="radio"/>
Id. RN					lugar	<1 día <input type="radio"/>	parcial <input checked="" type="radio"/>	BCG <input type="radio"/>
Nombre Recién Nacido					Responsable	artificial <input checked="" type="radio"/>		PESO AL EGRESO

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

- **Egreso RN** debe llenarse en todos los nacidos/as vivos. En caso de **Aborto** y de **Muerte Fetal**, esta sección queda en blanco.
- Si el niño nació vivo y sigue vivo al momento del alta, entonces

EGRESO RN debe incluir la fecha y hora del alta. Además debe marcarse el círculo **‘vivo’**.

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

Para el caso de traslados o referencias se registra en: Fallece durante o en lugar de traslado: Marcar según corresponda (**si/no**).

- **Edad al egreso en días completos (vivo/a o muerto/a):** Si es dentro de las primeras 24 horas registrar 00 y marcar el círculo “< 1 día”. Si es menor de 1 día registrar **0** y marcar el casillero amarillo. Si queda en blanco se considera **“sin dato”**.
- **Identificación del RN (Id):** Número de expediente clínico emitido por el E/S, en caso de hospitalización.
- **Alimento al Alta:** Indicar el tipo de alimentación que el niño ha recibido en las últimas horas de su estadía en la institución:
 - Lactancia materna exclusiva (lact. excl.): Sólo ha recibido leche materna y ningún otro líquido o leche artificial.
 - Lactancia no exclusiva (parcial): recibió leche materna y además líquidos o leche artificial
 - Leche artificial.
- **Boca arriba:** Se refiere a si la madre ha recibido información sobre los beneficios de colocar al recién nacido boca arriba cuando se encuentra en la cuna. Marcar si la madre ha recibido esta información (**si/no**).
- **BCG aplicada:** Marcar (**si/no**) si el neonato ha recibido o no la vacuna BCG antes del alta.
- **Peso al egreso:** Anotar el peso en gramos del niño/a, en el momento del egreso.

- **Nombre del Recién Nacido/a:** Anotar el nombre completo del recién nacido. Registrar por lo menos los apellidos si el nombre aún no ha sido elegido por los padres
- **Responsable:** Anotar el nombre del recurso de salud responsable del alta del recién nacido/a.

9. Segmento – Egreso Materno

Antirubeola post parto <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> n/c		yglobulina anti D <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> n/c		ANTICONCEPCION CONSEJERIA <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	
EGRESO MATERNO dia mes año 		traslado <input checked="" type="radio"/> lugar <input type="radio"/>		METODO ELEGIDO DIU post-evento <input type="radio"/> ligadura tubaria <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> natural <input type="radio"/> barrera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> hormonal <input type="radio"/> ninguno <input checked="" type="radio"/>	
viva <input type="radio"/> fallece <input checked="" type="radio"/>		fallece durante o en lugar de traslado <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		días completos desde el parto <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Responsable <input type="text"/>					

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

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

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

- Fallece durante o en lugar de traslado: Marcar según corresponda (**si/no**).

- Edad en días completos en que ocurrió el fallecimiento.
- **Días completos desde el parto:** Registre los días completos desde el parto al egreso.
- **Responsable:** Completar con apellido y nombre del recurso de salud responsable del alta.

10. Anticoncepción (poner figura)

- **Consejería:** Marcar (**si/no**) si la mujer recibió consejería sobre anticoncepción antes del alta. Este dato debe llenarse en toda mujer que haya tenido un parto o aborto
- **Método elegido:** Marcar el método seleccionado por la mujer luego de la consejería. Este listado incluye:
 - DIU Post evento obstétrico (post parto o post aborto). Marcar esta opción significa que se ha colocado el DIU antes del alta.
 - DIU esta opción indica que la mujer eligió este método pero su colocación se hará en otro momento después del alta.
 - Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón vaginal.
 - Hormonal: oral (píldoras), inyectable, transdérmico (parche, anillo vaginal) o implante subdérmico.
 - Ligadura tubaria.
 - Natural: método de día fijo, método de amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, ritmo, Billings, entre otros.
 - Otro.
 - Ninguno: Marcar esta opción significa que la mujer no ha elegido ningún método aún.

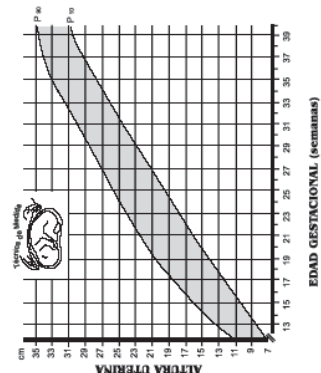
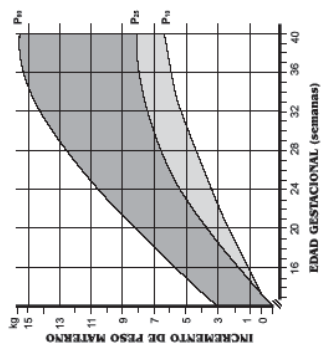
Anexos

Anexo No. 1 Historia Clínica Perinatal

[illegible]

CLAP/SMR/OPS/OMS

Anexo No. 2 Carné de la Historia Clínica Perinatal



Ministerio de Salud

Proteja su Embarazo

Cumpla con sus citas y siga las recomendaciones dadas por el personal de salud.

Tome las vitaminas que entregarán en su unidad de salud.

La alimentación variada cuida su salud, la de su hijo/a y garantiza una buena lactancia.

Déle amor a su hijo/a desde el embarazo.

Aplicáse la vacuna antitetánica.

CUIDE DE SU HIGIENE PERSONAL.

Usted debe recibir atención inmediata si presenta:

- Salida de sangre o líquido por sus genitales.
- Hinchazón (edema) en sus tobillos, las piernas, las manos y la cara.
- Fiebre o escalofríos.
- Dolores de cabeza continuo, si ve lucécitas o siente zumbido de oídos permanente.
- Disminución o falta de movimientos del niño/a.
- Si presenta dolores de vientre o rabadilla antes de los 9 meses.

República de Nicaragua
Ministerio de Salud
Carné Perinatal

EN CASO DE SEÑALES DE PELIGRO ACUDA DE INMEDIATO AL HOSPITAL

FUERTE DOLOR DE CABEZA

SANGRADO

HINCHAZÓN

PERDIDA DE LÍQUIDO

PIEBRE

DOLORES DE PARTO

Nombres: _____

















Domicilio: _____

Unidad de Salud: _____

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo/a. Llévelo siempre con Usted y entréguelo al equipo de salud cada vez que requiera una atención, ya sea en el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo/a.

Si este cuadro ☐ aparece pintado de color rojo indica que su parto no puede ser atendido en su casa.

Anexo No. 3**Cuadro N. 1 Análisis frente a diferentes situaciones en el tamizaje de toxoplasmosis**

Posibles resultados		Interpretación	Conducta
IgG	IgM		
		No hay infección. Refleja ausencia de anticuerpos es decir no ha adquirido previamente la infección	Comunicar medidas de prevención. Seguimiento según factores de riesgo.
		Repetir serología en 15 días	Repetir serología en 15 días
			
Resultados de Serología en 15 días			
		Sin infección	Comunicar medidas de prevención. Seguimiento según factores de riesgo
		Probable Infección Antigua	Comunicar medidas de prevención. Seguimiento según factores de riesgo
		Considerar Infección Actual	Evaluar riesgo de infección fetal. Evaluar realización de tratamiento medico según S/G. Referir
		Considerar Infección Actual	Evaluar riesgo de infección fetal. Evaluar realización de tratamiento medico según S/G. Referir
No se hizo 	No se hizo 	Riesgo desconocido	Comunicar medidas de protección. Realizar tamizaje según norma nacional

Anexo No. 4

Medidas educativas ante serología negativa para toxoplasmosis

- Eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida.
- Usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda.
- Lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda.
- Lavar profundamente los vegetales que se comerán crudos.
- Usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra. Y lavar las manos intensamente después de tocar la tierra.
- Mantener los gatos domésticos dentro de la casa y alimentarlos con raciones.
- Usar guantes mientras se limpia la cama y lavarse las manos después de hacerlo.

Bibliografía

1. Acuerdos Sociales en Salud para el Bienestar Comunitario. Año 2012. MINSA. Nicaragua.
2. Constitución Política de la República de Nicaragua.
3. Cuadros de Procedimientos para la Atención del Niño y Niña con VIH de 2 meses a 5 años de edad. Ministerio de Salud. Año 2009.
4. Estrategia Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Ministerio de Salud. Managua. Nicaragua. Agosto 2008.
5. “Normas de Alimentación y Nutrición para Embarazadas, Puérperas y Niñez menor de cinco años”-“Guía de Alimentación y Nutrición, para Embarazadas, Puérperas y Niñez menor de cinco años”. Ministerio de Salud. Octubre 2009.
6. Normativa 0-01: Manual Operativo para el Registro Nicaragüense de Malformaciones Congénitas. Ministerio de Salud. Managua. Nicaragua. Año 2008.
7. Normativa 0-31: Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y sexual.
8. Infección por Toxoplasma Gondii durante el Embarazo. Letty Muccio Prott.
9. Intervenciones Basadas en Evidencia para reducir la Mortalidad Neonatal. Segunda Edición. Ministerio de Salud. Año 2009.
10. Ley General de Salud. Ley No. 423 y su Reglamento. Managua. Nicaragua. Año 2003.
11. Ley 238. Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA. Managua, Nicaragua.
12. Ley 290. Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo.
13. Marco conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Ministerio de Salud. Managua. Nicaragua. Año 2008.

14. Normativa – 070 “Norma Metodológica para la Elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos del Sector Salud. Ministerio de Salud. Managua. Nicaragua. Año 2011.
15. Normativa – 011 “Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de Bajo Riesgo. Ministerio de Salud. Managua. Nicaragua. Año 2008.
16. Plan Plurianual de Salud 2011-2015. Ministerio de Salud. Managua. Nicaragua. Año 2011.
17. Plan Institucional a Corto Plazo orientado a Resultados Año 2012. Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua.
18. Política Nacional de Salud. MINSA. Nicaragua. Año 2008.
19. Sistema Informático Perinatal. Historia Clínica Perinatal y Formularios Complementarios. OPS-CLAP/SMR. Año 2010.
20. Toxoplasmosis y Embarazo. Rodrigo Azofeifa Soto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXVII (592) 163-167 2010.