



No. HC

= significa ALERTA

Establecimiento:

AUTOGENERADO:

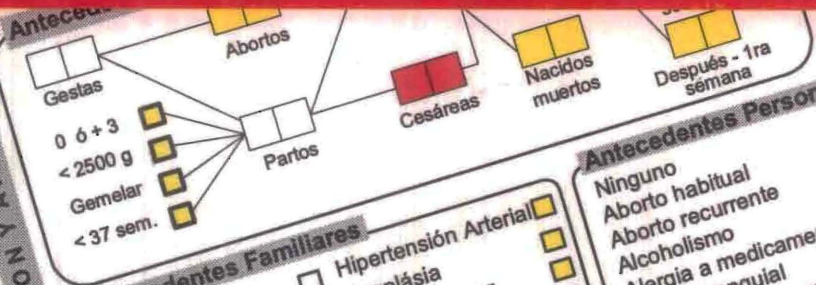
Ocupación:

Estudios:

- Anaífabeta
- Primaria
- Secundaria
- Superior
- Soltera
- Otro

INSTRUCTIVO PARA EL REGISTRO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL

FILIACIÓN Y ANTECEDENTES



- Antecedentes
- Gestas
 - 0 ó + 3
 - < 2500 g
 - Gemelar
 - < 37 sem.

Antecedentes Familiares

- Ninguna
- Alergias
- Anomalías Congénit.
- Epilepsia
- Diabetes
- Enferm. Congénitas
- Gemelares
- Hipertensión Arterial
- Neoplásia
- TBC Pulmonar
- Otros

Antecedentes Personales

- Ninguno
- Aborto habitual
- Aborto recurrente
- Alcoholismo
- Alergia a medicamentos
- Asma Bronquial
- Bajo Peso al nacer
- Cardiopatía
- Cirugía Pélv.-uterina

Peso y Talla

Peso Habitual : kg

Talla : cm

Antitetánica

Nº Dosis Previa

1ra Sin dosis No Aplica

2da Sin dosis No Aplica

mes de gestación

F.U.M.

Conocida? : Si No Duda Si No

Fecha Última Menstruación: ___/___/___

EG.(Ecografía) Sem. Fecha: ___/___/___

No Aplica Longitud Cefálo Caudal : mm.

Díámetro Biparietal : mm.

Fecha Probable de Parto: ___/___/___

Hospitalización

Hospitalización : Si No

Fecha: ___/___/___

Diagnóstico: _____

No Aplica

Serología Luética

Fecha: ___/___/___



Dirección General de Salud de las Personas

ELEMENOS AZOACTUAL

Hemoglobina

Hb (g)

1

2

**INSTRUCTIVO PARA
EL REGISTRO DE DATOS DE
LA HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL**



Dirección General de Salud de las Personas

Perú Ministerio de Salud

Instructivo para el registro de datos de la historia clínica materno perinatal.

Lima: Dirección General de Salud de las Personas, 2000

56 p.; ilus.

FICHA CLÍNICA / PERINATOLOGIA / SALUD MATERNO-INFANTIL /
INFORMÁTICA MÉDICA

ISBN 9972-851-00-1

Hecho el Depósito Legal N° 1501012000-0928

MINISTERIO DE SALUD

Dirección General de Salud de las Personas

Proyecto 2000

Primera edición: Febrero del 2000

Lima, Perú

EQUIPO TÉCNICO:

Dr. Bruno Benavides Calderon.

Dr. Alfonso Villacorta Bazán.

Ing. Elías Lozano Salazar.

Lic. Edgar Velásquez Pancca

Revisión:

Lic. Enrique Watanabe Varas

DR. ALEJANDRO AGUINAGA RECUENCO
MINISTRO DE SALUD

DR. ALEJANDRO MESARINA GUTIERREZ
VICEMINISTRO DE SALUD

DR. JESÚS TOLEDO TITO
DIRECTOR GENERAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS

DR. FERNANDO JESÚS CERNA IPARRAGUIRRE
DIRECTOR EJECUTIVO
PROGRAMA DE SALUD MUJER Y NIÑO

DR. NAZARIO CARRASCO IZQUIERDO
DIRECTOR
PROGRAMA MATERNO PERINATAL

DR. HUGO OBLITAS BALDARRAGO
DIRECTOR
PROYECTO 2000

INDICE

	Pág
Presentación	9
Estructuras de la Historia	10
Cabecera de la Historia Clínica	11
Sección Datos Basales del Embarazo actual	15
Sección Controles Prenatales	21
Sección Parto o Aborto	24
Sección Recién Nacido	29
Sección Puerperio	33
Sección Egresos y Reingresos	33
Orientación para el Registro de Datos en el carné de control Materno Perinatal	39
Anexos	41
Patologías Maternas	41
Patologías Neonatales	50

“... a efecto de fortalecer los procesos de gestión locales, se requiere estandarizar los indicadores de calidad de atención de la prestación de salud brindada al binomio madre niño, para lo cual la Historia Clínica es la fuente esencial de datos, así como su Aplicativo Analítico el instrumento de procesamiento de los mismos ”



Resolución Ministerial

Lima, 17 de ENERO del 2000

Visto el Oficio DGSP N° 1391 / 10-99 de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:

Que la atención de la madre y el recién nacido constituye una prioridad del Sector Salud

Que los establecimientos de salud están utilizando la Historia Clínica Perinatal Base y su Aplicativo Analítico elaborado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), institución de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS/OMS), según lo establecido en las Normas Técnicas Administrativas para la Atención Integral de la Salud Materno Perinatal, aprobadas mediante Resolución Ministerial N° 709-94 SA/DM del 26 de diciembre de 1994.

Que los indicadores/instrumentos han sido revisados, mejorados y validados durante el proceso de difusión e implementación, cuyo uso se ha generalizado a nivel nacional en los establecimientos de salud, estandarizando y optimizando los datos necesarios para una adecuada atención de la madre y el recién nacido.

Que es necesario actualizar la Historia Clínica Perinatal Base y su respectivo Aplicativo Analítico a fin de cumplir la capacidad de obtención de datos y generación de información útiles para optimizar la atención de la madre y el niño.

Que asimismo a efecto de fortalecer el proceso de instrumentación, se requiere estandarizar los indicadores de calidad de atención en la población de salud materno-infantil, para lo cual la Dirección General de la Atención Integral de Salud de las Personas Aplicativo Analítico y el Comité Intersectorial de Instrumentación de los mismos.



Que el Sub-Programa Nacional de Salud Materno Perinatal ha actualizado, con el apoyo del Proyecto 2000, la Historia Clínica Materno Perinatal y el Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios Materno Perinatales;

Estando a lo informado por el Director General de la Dirección General de Salud de las Personas; y

Con la opinión favorable del Viceministro de Salud,



SE RESUELVE:

1° Aprobar la Historia Clínica Materno Perinatal y su Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios Materno Perinatales (SIP 2000), que en Anexos forman parte de la presente Resolución, los mismos que sustituyen a la Historia Clínica Perinatal Base y su Aplicativo Analítico, disponiendo su uso obligatorio en todos los establecimientos de las Direcciones Regionales de Salud, Direcciones Subregionales de Salud, así como del Instituto Materno Perinatal




2° Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas la implementación inmediata de los instrumentos que se aprueban por el primer numeral de la presente Resolución

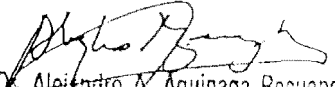


Regístrese y comuníquese

ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL


Dr. JOSÉ MONTOYA RAMÍREZ DEL VILLAR
Secretario General - MINSA




Dr. Alejandro A. Aguinaga Recuenco
Ministro de Salud

PRESENTACIÓN

La Historia Clínica es un instrumento que permite registrar en forma sistemática los datos expresados tanto por la persona que padece un proceso mórbido, como los observados por el examinador. Es un documento médico legal por excelencia.

No obstante que su existencia se remonta casi simultáneamente a los inicios de la medicina científica, no se ha logrado estandarizar su uso ni utilizar de manera sistematizada lo amplio y sustancial de su contenido, de allí que se depositan en los Archivos Hospitalarios guardando importante información que pudo ser útil en el momento oportuno.

El Ministerio de Salud aprobó, mediante Resolución Ministerial 709-94-SA/DM del 26 de diciembre de 1994 las "Normas Técnico Administrativas para la Atención Integral de la Salud Materno Perinatal". En este documento se determina el uso del "Sistema Informático Perinatal" (SIP), desarrollado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) organismo de la OPS/OMS, como uno de los instrumentos de información del Programa de Salud Materno Perinatal.

Uno de los componentes del SIP es la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), modelo que fue muy útil en los servicios de salud materno y perinatales de los establecimientos de salud. Sin embargo las necesidades de información, los objetivos institucionales, los modelos de sistemas actuales de salud y la tecnología en general han evolucionado considerablemente, por lo que es necesario optimizar los contenidos y la calidad de datos a obtener a fin de generar información útil para la toma de decisiones oportunas, correctas y acordes con las políticas del MINSA.

Los avances mostrados por los Servicios de salud en la atención de la gestante y el recién nacido hacen necesario ampliar la capacidad de obtención de datos de modo tal que la historia clínica pueda ser útil desde el control prenatal. Ante ello surge el modelo de Historia Clínica Materno Perinatal, instrumento desarrollado en base a una metodología sistemática, con el objetivo de satisfacer dichas necesidades de información en la atención de la gestante y el recién nacido y cuya aplicación nacional esta garantizado por personal debidamente capacitado.

La oficialización de la Historia Clínica Materno Perinatal y su aplicativo analítico esta respaldada por la R.M. N° 008-2000/DM de fecha 17 de Enero del 2000.

ESTRUCTURA DE LA HISTORIA

El nuevo modelo de Historia presentado en el este instructivo se basa en la experiencia obtenida en el uso de la Historia Clínica Perinatal Base y en la experiencia piloto realizada en el Centro de Salud Tahuantisuyo Bajo, establecimiento que pertenece a la Dirección de Salud Lima Norte.

La Historia está constituida por cuatro páginas; en la primera página se presenta la cabecera y dos secciones:

- Filiación y antecedentes
- Datos basales del embarazo actual.

En la segunda página se presentan los espacios respectivos para el registro de los Controles Prenatales (hasta un máximo de nueve). Incluye :

- Un casillero para anotar las observaciones principales en el control prenatal.
- Un casillero para colocar indicaciones importantes específicas en el control prenatal.
- Patologías Maternas (CIE10), con fechas y diagnósticos de enfermedades o eventos que ocurriesen a la gestante, siguiendo la codificación CIE10.
- Un listado de las principales y más frecuentes patologías relacionadas con la gestación, parto y puerperio.

En la tercera página se tiene cuatro secciones, referidas a:

- Parto/Aborto
- Recién nacido
- Puerperio
- Un listado de las principales y más frecuentes patologías relacionadas con el recién nacido.

Finalmente, la última página presenta las siguientes secciones:

- Egresos y Reingresos
- Indicaciones al alta
- Epicrisis y
- Un listado con los códigos de las indicaciones principales de parto operatorio o inducción y la medicación con sus respectivos medicamentos.

La Historia Clínica Materno Perinatal y el Carné de Control Materno Perinatal, se adjuntan como anexos al final del presente manual, igualmente se adjunta las patologías maternas y del recién nacido según la codificación CIE 10

CABECERA DE LA HISTORIA CLÍNICA



MINISTERIO DE SALUD	No. HC	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/> = significa ALERTA	<input checked="" type="checkbox"/> = requiere seguimiento continuo											

Figura 1

Se anotará el número de la historia clínica que se abre en el establecimiento, utilizando los casilleros finales de izquierda a derecha y llenando todos los casilleros que queden en blanco con ceros. Es importante que esta forma de anotación del número de historia clínica sea estandarizada para todos los miembros del equipo de salud.

En esta área se determina que todos los recuadros pintados en amarillo tienen la connotación de ALERTA y los recuadros que están pintados en rojo requieren SEGUIMIENTO CONTINUO.

SECCIÓN FILIACIÓN Y ANTECEDENTES

Apellidos y Nombres:		Establecimiento:											
Establ. Origen <input type="checkbox"/> No Alerta	AUTOGENERADO	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											
DNI (E.) Nº	Ocupación	Edad: <input type="checkbox"/> < 15 <input checked="" type="checkbox"/> > 35											
Dirección	Estudios <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Superior No Univ	Años aprobados <input type="checkbox"/>											
Calle	Estate Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Otro	Padre RN											
Departamento	Provincia	Teléfono											
Municipio													

Figura 2

Apellidos y nombres:

Anotar los apellidos y nombres de la gestante siguiendo ese orden

Establecimiento:

Escribir el nombre del establecimiento en donde se está atendiendo la paciente, enfatizando en Hospital, Centro de Salud, Puesto de Salud u otro

Establecimiento de Origen (Establ. Origen):

Se anotará el nombre del establecimiento de donde procede la gestante si es que ha sido enviada o transferida o se ha realizado controles prenatales de ella en la presente gestación. En el caso de que la gestante se esté controlando en este establecimiento o viene directamente al parto sin control, se marcará el NO ALERTA.

DNI (E.)

Es el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) emitido por el Poder Electoral

Autogenerado:

Se anotará el número autogenerado siguiendo las normas que el Ministerio de Salud determine para tal efecto, ya sea para el Seguro Escolar, Seguro Materno Infantil u otro

Dirección:

Anotar con claridad el nombre de la calle y el número del domicilio de residencia actual de la gestante

Localidad:

Se anotará el nombre del barrio, urbanización, asentamiento humano, comunidad, centro poblado menor u otro donde se encuentra ubicada la residencia de la gestante.

Departamento:

Escribir el nombre del departamento de residencia de la gestante

Provincia:

Identificar la provincia del departamento donde reside la gestante.

Distrito:

Anotar el nombre del distrito donde reside la gestante

Teléfono:

Anotar el número telefónico si es posible, donde se pueda ubicar a la gestante

Ocupación:

Se detallará el tipo de ocupación que tiene la gestante

Edad:

Anotar la edad actual de la gestante en años cumplidos. Marcar con un aspa en el cuadrado correspondiente si la gestante es menor de 15 años o mayor de 35.

Estudios:

Marcar el casillero correspondiente al nivel de estudios más avanzado alcanzado por la gestante.

Años aprobados:

Anotar el último año de estudios aprobado por la gestante

Estado Civil:

Marcar el casillero correspondiente al estado civil actual de la gestante

Padre RN:

Anotar el apellido y nombre del padre del futuro RN, en ese orden

Antecedentes Obstétricos

Antecedentes Obstétricos

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gestas	Abortos	Vaginales	Nacidos vivos	Viven	
0 ó +3 <input type="checkbox"/>				Muerto - 1ra semana	
< 2500 g <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nacidos muertos	Después - 1ra semana	
Gemelar <input type="checkbox"/>	Partos	Cesáreas			
< 37 sem <input type="checkbox"/>					

Figura 3

Se anotará el número de gestaciones previas a la gestación actual (la actual no se considera por no ser antecedente). Anotar el número de abortos previos; el número de partos previos y marcar con una aspa el casillero correspondiente si el número de gestaciones previas es 0, si es más de 3, si hay el antecedente de un recién nacido con un peso menor a 2,500 g, si la gestante ha tenido una o más gestaciones múltiples y/o si ha tenido un parto con un recién nacido menor de 37 semanas.

Anotar el número de partos vaginales y el número de partos por cesárea. Asimismo anotar el número de nacidos vivos y el número de nacidos muertos. Del grupo de nacidos vivos registrar cuántos hijos viven, cuántos fallecieron durante la primera semana de vida y/o cuántos fallecieron después de la primera semana de vida.

Si la gestante fuera primigesta llenar todos los casilleros con "ceros" (0) y marcar con un aspa el casillero 0 ó +3

Fin Gestación Anterior

Fin Gestación Anterior

Terminación: Fecha

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parto	Aborto	Ectópico	Molar	Tro	no aplica

Si fue aborto: Tipo de Aborto

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incompleto	Completo	Exstr	sept	tro	no aplica

RN de mayor peso: g

Figura 4

Se debe señalar los datos del último parto o aborto de la gestante (no del actual).

Terminación:

Anotar la fecha de termino del último parto o aborto considerando en formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 "Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas"

Marcar con un aspa el correspondiente diagnóstico de terminación de la gestación anterior.

El “No aplica” se marcará cuando la gestante es primigesta no habiendo antecedente de gestación previa.

Tipo de Aborto:

Si la gestación anterior culminó en un aborto marcar con un aspa el diagnóstico del tipo de aborto

El “No aplica” se marcará cuando la gestante es primigesta no habiendo antecedente de gestación previa.

RN > peso (Recién nacido con mayor peso) :

Anotar el peso en gramos del recién nacido que haya tenido el mayor peso al nacer.

Captada:

Captada: Si No

Marcar con un aspa el casillero “Si”, si la gestante acude al control prenatal producto de una intervención directa realizada a nivel comunitario por el personal de salud (visitas domiciliarias, charlas, etc.). Si la gestante acude por otra razón en la que no haya intervenido el equipo de salud, se marcará el casillero “No”

Referida por agente comunitario

Remitida x Ag.Comuni. Si No

Marcar con un aspa el casillero “Si”, si la gestante que acude al control prenatal o a la atención al parto es remitida o transportada por un agente comunitario. Si la gestante acude por otra razón en la que no haya sido remitida o transportada por un agente comunitario, se marcará el casillero “No”

Antecedentes familiares

Antecedentes Familiares	
Ninguna	<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/> Neoplásia <input type="checkbox"/>
Anomalias Congenit.	<input type="checkbox"/> TBC Pulmonar <input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Otros ... <input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
Enferm. Congenitas	<input type="checkbox"/>
Gemelares	<input type="checkbox"/>

Figura 5

Marcar con un aspa el casillero correspondiente a la presencia de alguno de los antecedentes descritos (uno o más) en familiares cercanos a la gestante o su pareja.

Antecedentes personales

Antecedentes Personales			
Ninguno	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Aborto habitual	<input type="checkbox"/>	Enferm. Congénitas	<input type="checkbox"/>
Aborto recurrente	<input checked="" type="checkbox"/>	Enferm. Infecciosas	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>
Alergia a medicamentos	<input type="checkbox"/>	Hemorra. Postparto	<input checked="" type="checkbox"/>
Asma Bronquial	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>
Bajo Peso al nacer	<input type="checkbox"/>	Hoja de Coca	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía	<input checked="" type="checkbox"/>	Infertilidad	<input type="checkbox"/>
Cirugía Pélv.-uterina	<input checked="" type="checkbox"/>	Neoplasias	<input type="checkbox"/>
		Otras Drogas	<input type="checkbox"/>
		Parto prolong.	<input type="checkbox"/>
		Pre/Eclampsia	<input checked="" type="checkbox"/>
		Prematuridad	<input type="checkbox"/>
		Reten. placenta	<input type="checkbox"/>
		Tabaco	<input type="checkbox"/>
		TBC Pulmonar	<input checked="" type="checkbox"/>
		VIH/SIDA	<input checked="" type="checkbox"/>
		Otros	<input type="checkbox"/>

Figura 6

Marcar con un aspa el casillero correspondiente a la presencia de alguno de los antecedentes descritos (uno o más) en la gestante.

SECCIÓN DATOS BASALES DEL EMBARAZO ACTUAL

Peso y Talla

Peso y Talla	
Peso Habitual :	_____ kg
Talla :	1 _____ cm

Figura 7

Peso Habitual:

Anotar en kilogramos (kg) el peso que la gestante tenía antes de iniciar la gestación actual, de preferencia los últimos tres meses previos a la gestación.

Este dato es importante dado que en base a este se podrá evaluar el incremento de peso materno. De no contarse con esta información se usará la tabla de peso por talla y por edad gestacional elaborada por el CLAP

Talla:

Se anotará la medida de la talla que excede al metro en centímetros (cm), medida por el personal de salud en el control prenatal

Antitetánica (Vacuna Antitetánica)

Antitetánica			
Nº Dosis	Dosis	Si	No
Previa	Previa	Previa	Previa
1ª			
2ª			
3ª			

Figura 8

Previa:

Anotar el número de vacunas antitetánicas que la gestante haya recibido previamente durante los últimos 10 años.

Dosis:

Anotar el mes de gestación en el cual se le está colocando la 1ra. y 2da. dosis de la vacuna antitetánica en la gestación actual. Seguir normas establecidas para inmunizaciones por el Programa Mujer Niño del Ministerio de Salud.

Tipo de Sangre

Tipo de Sangre

Grupo : A B AB O

Rh Rh(+) Rh(-) Sen Desc Rh(-) No Sen Rh(-) Sen

Figura 9

Grupo: (Grupo Sanguíneo):

Marcar con un aspa el grupo de sangre correspondiente de la gestante

Rh (Factor Rh):

Marcar con un aspa el factor Rh. Si es Rh negativo señalar si la gestante está sensibilizada (test de Coombs indirecto), según sea el caso:

- Rh(+) : Presencia de factor Rh.
- Rh(-) Sen Desc : No factor Rh, sensibilización desconocida.
- Rh(-) Sen Desc : No factor Rh, no sensibilizado.
- Rh(-) Sen. : No factor Rh, sensibilizado.

Fuma

Fuma

Nº Cigarros
por día

Figura 10

Anotar el número de cigarrillos promedio que la gestante fuma por día. Si no fuma anotar 0.

Hospitalización

Hospitalización

Hospitalización : Si No

Fecha: __/__/__

Diagnóstico:

No Aplica

Figura 12

Hospitalización:

Se marcará un aspa en el casillero “Si”, si en algún momento durante el control de la gestación la gestante es hospitalizada por algún motivo diferente a la hospitalización para el parto.

Se marcará una aspa en “No”, si la gestante culmina la gestación y no fue hospitalizada por ningún otro motivo que no fuera el parto o la terminación de la gestación.

Fecha:

Se anotará la fecha de la hospitalización considerando el **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas”

Diagnóstico:

Se anotará el Diagnóstico motivo de la hospitalización, si la gestante es hospitalizada. Si no es Hospitalizada y por lo tanto no se ha considerado ningún diagnóstico, se marcará con una aspa en el casillero “No aplica”

Emergencia

Emergencia

Emergencia 1

Diagnóstico: -----

N. A.

Fecha: __/__/__

Emergencia 2:

Diagnóstico: -----

N. A.

Fecha: __/__/__

Figura 13

Emergencia 1:

Se anotará el Diagnóstico de la emergencia, excepto si es por motivo del trabajo de parto.

Fecha:

Se anotará la fecha considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas”

Si no acude a Emergencia durante la gestación se marcará con un aspa en el casillero “no aplica”.

Emergencia 2:

Se anotará el Diagnóstico de la emergencia, así sea por la misma causa que originó la primera visita a emergencia (Emergencia 1), u otra causa excepto si es por motivo del parto.

Fecha:

Se anotará la fecha considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas”

Si no acude a Emergencia durante la gestación se marcará con un aspa en el casillero “No aplica”.

Serología Luética

Serología Luética			
VDRL/RPR			
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fecha . . . / . . .
	Negativo	Positivo	No se hizo
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fecha . . . / . . .
	Negativo	Positivo	No se hizo

Figura 14

Marcar con un aspa el resultado correspondiente a la prueba VDRL ó RPR, positivo ó negativo, tanto en la primera muestra como en la segunda (es recomendable que el primer despistaje se realice antes de la semana 20 para que el segundo despistaje pueda hacerse en el tercer trimestre”.

En caso de que la prueba no se realice se marcará un aspa en “No se hizo”.

Asimismo se anotará la fecha considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas” en el primero como en el segundo despistaje

Hemoglobina

Hemoglobina

Hb (g %)

1 Fecha: ____/____/____
 No se hizo

2 Fecha: ____/____/____
 No se hizo

Figura 15

Anotar la cifra en gramos por ciento (g %) correspondiente a la prueba dosaje de hemoglobina tanto en el primer examen como en el segundo.

Fecha:

Se anotará la fecha, considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas” tanto en la primera como en la segunda muestra sanguínea.

En caso de que la prueba no se realice se marcará un aspa en “No se hizo”.

Psicoprofilaxis

Psicoprofilaxis

Nro sesiones

Se anotará el número de sesiones a las que ha concurrido la gestante durante su control prenatal

Exámenes:

Exámenes			
Clinico:	<input type="checkbox"/> Sin Examen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Patológico
Pelvis:	<input type="checkbox"/> Sin Examen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
BK en esputo	<input type="checkbox"/> Sin Examen	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo
Odont:	<input type="checkbox"/> Sin Examen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Patológico
HIV	<input type="checkbox"/> Sin Examen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Positivo
Orina:	<input type="checkbox"/> Sin Examen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Cervix:	<input type="checkbox"/> Sin Examen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
PAP	<input type="checkbox"/> Sin Examen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Glucosa	<input type="checkbox"/> Sin Examen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Mamas:	<input type="checkbox"/> Sin Examen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Coloos	<input type="checkbox"/> Sin Examen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
TORCH	<input type="checkbox"/> Sin Examen	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo

Figura 17

Marcar con un aspa en el casillero correspondiente el resultado del examen o prueba efectuada (normal/ patológico/ anormal/ positivo/ negativo/ sin examen) según corresponda.

El “No aplica” y el “Sin examen” se marcará en casos especiales como:

Colposcopia:

Por ser una prueba que no se realiza rutinariamente, se marcará "No aplica" cuando el examen de cervix sea "normal" y el examen de Papanicolau sea "normal".

Se marcará "Sin examen" cuando el examen de cervix sea "anormal" y/o el examen de Papanicolau sea "Anormal" y no se haya realizado el examen de colposcopia.

BK en esputo:

Por ser una prueba que no se realiza rutinariamente, se marcará "No aplica" cuando no existan antecedentes familiares o personales de haber sufrido TBC pulmonar y/o no existan signos o síntomas sospechosos de TBC en la gestante (tosedora habitual, hemoptisis, esputo hemoptoico, fiebre vespertina).

Se marcará "Sin examen" cuando existiendo antecedentes familiares o personales de haber sufrido TBC pulmonar o existiendo signos o síntomas sospechosos de TBC en la gestante (tosedora habitual, hemoptisis, esputo hemoptoico, fiebre vespertina) no se realiza el examen de BK en esputo.

TORCH:

Por ser una prueba que no se realiza rutinariamente, se marcará "No aplica" cuando no existan antecedentes personales de abortos recurrentes o habituales o no existan signos o síntomas sospechosos de enfermedad relacionada a Toxoplasmosis, Citomegalovirus, Herpes I, II y Rubéola I.

Se marcará "Sin examen" cuando existiendo antecedentes personales de abortos recurrentes o habituales o existan signos o síntomas sospechosos de enfermedad relacionada a Toxoplasmosis, Citomegalovirus, Herpes I,II y Rubéola I, no se realiza el examen de TORCH.

SECCIÓN CONTROLES PRENATALES

CONTROLES PRENATALES	CONTROL 1	CONTROL 2	CONTROL 3	CONTROL 4	CONTROL 5	CONTROL 6	CONTROL 7	CONTROL 8	CONTROL 9
Fecha de CPN (a/m/d)									
Edad Gest. (semanas)									
Peso madre (kg)									
Temperatura (° C)									
Tensión arter (mm Hg) S/stolica /Diastolica	/	/	/	/	/			/	/
Altura Uterina (cm)									
Presentación (C/P/T/NA)									
F. C.F. (por min/NA)									
Examen de orina (SM/NA)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de orina (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de heces (+/-/+/-/+/-/SE)									
Examen de materia fecal (+/-/+/-/+/-/SE)									

Fecha de CPN:

Se anotará la fecha en que la gestante acude a su control prenatal considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas”

Edad Gest. (Edad Gestacional):

Se anotará la semana de gestación en la que acude al control prenatal correspondiente

Peso madre (Peso de la madre):

Se anotará el peso en Kilogramos (kg) obtenido en la visita prenatal correspondiente. tratando de que sea en la misma balanza y con los criterios de calibración pertinentes.

Temperatura:

Anotar la temperatura de la gestante en grados centígrados (°) oral o axilar tomada en el control prenatal correspondiente (usar un mismo metodo, oral ó axiliar).

Tens. Art. (Tensión Arterial):

Se anotará la tensión arterial máxima y mínima en milímetros de mercurio, obtenida en cada control prenatal

Altura Uterina:

Anotar en centímetros la altura uterina medida en el control prenatal correspondiente. Se recomienda utilizar la técnica descrita por el CLAP con la cinta obstétrica del CLAP (ver “Manual de Tecnologías Perinatales”, Tutor Multimedia “Tecnologías Perinatales”).

Presentación:

Anotar si la presentación es cefálica (C), pélvica (P) o transversa (T) al momento del examen.

El “No aplica” (NA) se escribirá cuando no es posible aún determinar por examen físico la presentación.

F.C.F. (Frecuencia Cardíaca Fetal):

Anotar el número de latidos cardíacos fetales por minuto.

El “No aplica” (NA) se anotará cuando aún no sea posible determinar latidos fetales por auscultación o ultrasonido.

Mov. Fetal (Movimiento fetales):

Se anotará +, ++, +++ de acuerdo a la intensidad de los movimientos fetales que refiera la madre.

El “No aplica” se anotará cuando la gestación sea menor de ocho (8) semanas (se puede detectar movimientos fetales por ecografía entre siete y nueve semanas).

El “Sin Movimiento” (SM) cuando la madre refiera que no siente el movimiento del feto y se constate por examen clínico

El “No aplica” (NA) se anotará cuando aún no sea posible determinar los movimientos fetales.

Edema:

Se anotará +, ++, +++ de acuerdo a la intensidad del edema.

El “Sin Edemas” (SE) se anotará cuando no se constate el edema por examen físico.

Pulso materno:

Anotar el número de pulsaciones por minuto que presenta la gestante al acudir a su control prenatal.

Consejería PF (Consejería en Planificación Familiar)

Anotar si se dio o no consejería en Planificación Familiar en el control prenatal correspondiente. Se anotará “No aplica” cuando la gestante hay recibido dos consejerías durante el CPN.

Perfil Biofísico:

Anotar el resultado de la prueba de perfil biofísico cuando este se realice (4/10, 6/10, 8/10, 10/10) según sea el caso

El “No se Hizo” (NSH) se indica cuando siendo necesario hacer la prueba esta no se realiza.

El “No aplica” (NA) se anota cuando la prueba no se hace por no ser el tiempo de gestación adecuado (menos de 28 semanas de gestación) o cuando no se necesita de la prueba por no existir signos de alto riesgo en la gestación.

Cita:

Anotar la fecha de la próxima cita considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos. Fechas y Horas”

Visita Domiciliaria:

Anotar si se realiza o no visita domiciliaria a la gestante que no acude a su control en la fecha correspondiente.

El “No aplica” (NA) se anota cuando la gestante acude a sus controles y no se requiere una visita domiciliaria.

Establec. de la atención (Establecimiento de la atención):

Poner el nombre del establecimiento donde se realiza el control correspondiente, en caso de establecimientos homónimos especificar el lugar

Responsable del control :

Anotar el nombre del profesional que realiza el control correspondiente

Observaciones:

Anotar las observaciones que se consideren importantes que hayan sido obtenidas en

cualquier momento durante el control prenatal, indicando en primer lugar la fecha en que se realiza la observación.

Indicaciones :

Anotar las indicaciones y prescripciones que se consideren importantes, indicando la fecha en primer lugar.

Patologías Maternas

Patologías Maternas (CIE 10)		Sin patologías <input type="checkbox"/>	Fecha: / /	Otros (CIE 10):
1.				1: [][] [][]
2.				2: [][] [][]
3.				

Figura 19

Se deberán anotar las patologías que se diagnostiquen en cualquier momento durante el proceso del control prenatal, del parto y del puerperio hasta los 42 días, consignando la fecha del diagnóstico y considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 "Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas".

En la parte inferior de la hoja se encuentra el listado de las principales y más frecuentes patologías relacionadas con la gestación, parto y puerperio y sus códigos correspondientes. Cuando se detecte una patología se deberá anotar el nombre de la patología siguiendo el listado proporcionado y colocando la fecha en que se detecta el problema.

Si la patología que se ha detectado no figura en el listado, se tiene la opción de utilizar dos espacios para colocar los códigos de aquellas patologías de acuerdo a la CIE10, de este modo podemos agregar patologías no listadas, por ejemplo si la gestante presenta fiebre tifoidea, se pondrá el Diagnóstico "Otras Patologías Maternas (09999)" y se podrá especificar la patología, en este caso Fiebre tifoidea y el código A01.0 de acuerdo al libro de códigos de la CIE 10 que existe en su establecimiento.

SECCIÓN PARTO O ABORTO

Estado	HCMP :	Control Prenata <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Producto de la concepcion <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazo Muerto <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Surto <input type="checkbox"/>
---------------	--------	--	--------------------------	--------------------------	--	--------------------------	--------------------------	--	--------------------------	--------------------------------

Figura 20

Estado (Estado de la historia clínica):

HCMP:

Se marcará con un aspa el momento del período gestacional en que se encuentra la paciente en el servicio, ya sea en control prenatal, en aborto o en parto.

Producto de la concepción:

Se pondrá un aspa en el casillero correspondiente a hijo único si la gestante está aún en control prenatal o si se produjo un parto único.

Se marcará embarazo múltiple indicando el orden del nacimiento si nace mas de un recién nacido.

Se pondrá el aspa en el casillero de aborto si la gestación culminó en un aborto.

Ingreso

Ingreso		Fecha y Hora: ___/___/___ : ___:___				
Temperatura	<input type="text"/>	PRESENTACION:	TAMAÑO FETAL ACORDE:	INICIO:	MEMBR. AL INGRESO:	LIQ. AMNIÓTICO :
	<input type="text"/>	Cefalica <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Espontanea <input type="checkbox"/>	Rotas <input type="checkbox"/>	Claro <input type="checkbox"/>
Edad Gestac	<input type="text"/>	Pelviana <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Inducido <input type="checkbox"/>	Integras <input type="checkbox"/>	Verde claro <input type="checkbox"/>
		Transversa <input type="checkbox"/>		Cesarea electiva <input type="checkbox"/>	FECHA Y HORA DE RUPTURA	Verde oscuro <input type="checkbox"/>
					___/___/___ : ___:___	<input type="checkbox"/>

Figura 21

Fecha y Hora:

Se anotará la fecha de ingreso al establecimiento considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas” y se agregará la hora y el minuto.

Temperatura:

Se pondrá en el casillero correspondiente la temperatura oral o axilar que la gestante presente a la hora del ingreso.

Edad Gestacional:

Se anotará la edad gestacional en semanas cumplidas de acuerdo a la fecha de la última menstruación o la edad determinada por ecografía. Se sugiere utilizar el Gestograma del CLAP.

Presentación:

Se marcará con un aspa en el casillero correspondiente el tipo de presentación fetal al momento del ingreso

Tamaño fetal acorde:

Marcar con un aspa en el casillero correspondiente si la altura uterina determinada por examen clínico al momento del ingreso, corresponde o no con la altura uterina calculada por fecha de última menstruación

Inicio:

Se debe marcar con un aspa en el casillero correspondiente la modalidad del inicio de trabajo de parto, teniendo en cuenta que se considera inducido aquel trabajo de parto iniciado con el empleo de ocitócicos (no se considera en este rubro a aquellos casos en que se usa ocitócicos para estimular o acentuar las contracciones uterinas en un trabajo de parto iniciado espontáneamente).

Se marcará con un aspa “cesárea electiva” cuando dicha intervención es programada.

Memb. al ingreso (Estado de las membranas al ingreso):

Marcar en el casillero correspondiente el estado de las membranas amnióticas al momento del ingreso y anotar la fecha en que las membranas se rompen considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas” y se agregará la hora y el minuto.

Liq. Amniótico (Líquido amniótico):

Observar el color del líquido amniótico al momento que ocurre la ruptura de membranas espontánea o artificial mediante amnioscopía y marcar en el casillero correspondiente con un aspa.

Medicación en el Parto

Medicación en Parto (Ver anexo)	
MEDICACIÓN:	Sin medicación <input type="checkbox"/>
1. _____	MEDICAMENTOS:
2. _____	1. _____
3. _____	2. _____
	3. _____

Figura 22

Medicación:

Anotar el tipo de medicación que se use durante el trabajo de parto o parto para lo que se utilizará la tabla de medicación que se inserta en la parte posterior y final de la historia clínica. Se marcará “Sin Medicación” cuando no se use en el trabajo de parto o parto ninguna medicación.

Medicamentos:

Anotar el o los medicamentos empleados durante el trabajo de parto o parto para lo que se utilizará la tabla de medicamentos que se inserta en la parte posterior y final de la historia clínica.

Terminación

Terminación		Fecha : ___/___/___:	
TERMINACION:	DURACION:	MUERTE INTRAUT:	
Espontánea <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	No hubo <input type="checkbox"/>	
Forceps <input type="checkbox"/>	Prolongado <input type="checkbox"/>	Durante embarazo <input type="checkbox"/>	
Cesarea <input type="checkbox"/>	Precipitado <input type="checkbox"/>	Durante parto <input type="checkbox"/>	
Vacuum <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	Momento desconocido <input type="checkbox"/>	
INDIC. PRINC. PARTO OPER. O INDUCC. (Ver anexo)			
			<input type="checkbox"/> No hubo
EPISIOTOMIA:	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
DESGARROS :	No hubo <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>
		III-IV <input checked="" type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
ALUMBRAM. :	Manual <input type="checkbox"/>	Expontáneo <input type="checkbox"/>	
PLACENTA :	Incompleta <input type="checkbox"/>	Completa <input type="checkbox"/>	

Figura 23

Fecha:

Se anotará la fecha del parto o legrado uterino considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas” y se agregará la hora y el minuto.

Terminación:

Anotar con un aspa en el casillero correspondiente la forma de terminación del parto.

Duración del trabajo de parto :

En base al análisis del partograma (de preferencia usar el partograma con curvas de alerta del CLAP), marcar con un aspa en el casillero correspondiente la duración del trabajo de parto

El “No aplica” se marcará cuando la gestación termina en cesárea o en aborto espontáneo.

Muerte intrauterina:

Marcar con un aspa en el casillero correspondiente si ocurrió o no muerte intrauterina y en caso de haber ocurrido determinar en que momento.

En caso de aborto marcar “Durante el embarazo”

INDIC. PRINC. PARTO OPER. O INDUCC. (Indicación principal del parto operatorio o inducción):

Anotar cual fue la causa principal por la que se realiza una cesárea, un parto instrumentado (forceps, vacuum) o la inducción del parto. Utilizar el listado que se detalla en la parte posterior de la Historia Clínica.

Episiotomía:

Marcar con un aspa en el casillero correspondiente si se hizo episiotomía o no. El "No aplica" se marcará cuando la gestación termina en cesárea o en aborto.

Desgarros:

Marcar con un aspa si se produjo o no un desgarro perineal y determinar el grado de desgarro

El "No aplica" se marcará cuando la gestación termina en cesárea o en aborto

Nota: El desgarro cervical se anotará directamente en Patologías Maternas.

Alumbram. (Alumbramiento):

Se marcará con un aspa el casillero correspondiente al tipo de alumbramiento

Placenta:

Marcar con un aspa en el casillero correspondiente si la placenta se expulsó completa o no.

Atención

Atención		PARTO o LEGRADO		NEONATO
NIVEL				
Primario	<input type="checkbox"/>	Medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Obstetriz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secundario	<input type="checkbox"/>	Interno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Enfermera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terciario	<input type="checkbox"/>	Aux. de Enfermera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domiciliar	<input type="checkbox"/>	Empresaria/Partera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parto o Legrado uterino atendido por :

Neonato atendido por :

Figura 24

Nivel de atención:

Marcar con un aspa el nivel de atención donde se realizó la atención del parto o del aborto. Para evitar confusiones de nomenclatura se considerará nivel primario a la atención producida en un Puesto de Salud, Secundario en un Centro de Salud y Terciario en un Hospital.

Se marcará "Otro" cuando la atención se da en otro lugar diferente a los anteriores (Ambulancia, Patrullero, vía pública, etc).

Parto o legrado:

Marcar con un aspa en el casillero correspondiente el tipo de personal que realizó la atención del parto o el legrado uterino.

Neonato:

Marcar con un aspa el tipo de personal que realizó la atención inmediata del recién nacido

Anotar el nombre de la persona que atendió el parto y de la persona que atendió al recién nacido.

No. HC RN : _____ NOMBRE RN : _____
--

Figura 25

N° HC RN (Número de Historia Clínica del Recién nacido):

Anotar el número de la Historia del recién nacido, pues todo niño debe contar con una historia clínica.

Nombre del RN:

Se anotará los apellidos y nombres del recién nacido

SECCIÓN RECIÉN NACIDO

Recién Nacido

Recién Nacido					
Sexo :	Fem. <input type="checkbox"/>	Mas. <input type="checkbox"/>	Peso :	<input type="text"/>	<input type="text"/> g
					<input checked="" type="checkbox"/> < 2500 g
					<input type="checkbox"/> < 1500 g
Talla :	<input type="text"/>	mm	P. Cef. :	<input type="text"/>	mm
			Temp :	<input type="text"/>	C

Figura 26

Sexo:

Marcar con un aspa el sexo del recién nacido

Peso:

Anotar el peso en gramos del recién nacido. Si su peso es menor de 2,500 gr. marcar un aspa en el cuadrado amarillo, si el peso es menor de 1,500 gr marcar el aspa en el cuadrado rojo.

Talla:

Anotar la talla del recién nacido en milímetros

P. Cef. (Perímetro cefálico):

Anotar el perímetro cefálico del recién nacido en milímetros

Temp. (Temperatura):

Anotar la temperatura en grados centígrados que presenta el RN

Edad por Ex. físico (Edad por examen físico):

Edad por Ex.Físico :	<input type="text"/>	sem	<input type="text"/>	< 37	APGAR: 4 - 6	<input type="checkbox"/>	0 - 3	<input checked="" type="checkbox"/>
					1'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Peso x Edad Gestacional :								
Adecuado	<input type="checkbox"/>	Pequeño	<input type="checkbox"/>	Grande	<input type="checkbox"/>	5'	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Figura 27

Anotar la edad por examen físico determinado por la persona que atendió el parto. Se recomienda usar el test de Capurro.

Peso por edad gestacional:

Se marcará con un aspa en el casillero correspondiente si el peso es adecuado o no para la edad gestacional de acuerdo al método que se aplique. Se recomienda usar la tabla de peso por edad gestacional elaborada por el CLAP.

APGAR:

Anotar en el casillero correspondiente el APGAR al primer minuto y a los 5 minutos. El margen va hasta APGAR 10. Marcar con un aspa en el cuadrado amarillo si el APGAR está entre 4 y 6 y marcar con un aspa en el cuadrado rojo si el APGAR está entre 0 a 3.

Exámen VIH :	-	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	No se hizo	<input type="checkbox"/>
Reanimación Respiratoria :	No	<input type="checkbox"/>	Oxigeno	<input type="checkbox"/>	Bolsa y Máscara	<input type="checkbox"/>
					Intubac. endotra.	<input checked="" type="checkbox"/>
S.Luética RN: VDRL/RPR :	-	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	No se hizo	<input type="checkbox"/>
Exam. Físico :	Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal	<input type="checkbox"/>	Contacto piel a piel	
Alojamiento Conjunto :	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Hospitalizac. :	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Necropsia :	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No Aplica	<input type="checkbox"/>
					Sin dato	<input type="checkbox"/>

Figura 28

Examen VIH

Marcar con un aspa el resultado de la prueba de VIH en el recién nacido. Se marcará "No se hizo" cuando la prueba no se efectuó.

Reanimación respiratoria:

Marcar con un aspa en el casillero correspondiente si se realiza o no reanimación del recién nacido con el uso de bolsa y máscara o con intubación endotraqueal.

S. Luética RN: VDRL/RPR:

Marcar con un aspa el resultado de la prueba de VDRL o RPR en el recién nacido. Se marcará "No se hizo" cuando la prueba no se efectuó.

Exam. Físico:

Marcar con un aspa en el casillero correspondiente si al examinar al recién nacido se encuentra alguna anormalidad o si el examen demuestra que es un RN normal.

Alojamiento Conjunto:

Marcar con un aspa en el casillero correspondiente si el recién nacido queda en alojamiento conjunto con la madre o no. Es posible que un RN pueda estar en alojamiento conjunto y luego pasar a hospitalización en cuyo caso se marcan ambas alternativas

Hospitalización:

Marcar con un aspa en el casillero correspondiente si el recién nacido se hospitaliza por algún problema clínico.

Necropsia:

En caso que el recién nacido falleciera, marcar con un aspa en el casillero correspondiente si se realiza necropsia o no.

El "No aplica" se marcará si el recién nacido no fallece.

Contacto piel a piel:

Indicar si o no según el RN tenga o no contacto piel a piel con su madre. Marcar "Sin dato" cuando se desconoce si hubo contacto piel a piel.

Tipo de Sangre

Tipo de Sangre										
Grupo :	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	AB	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	No se hizo	<input type="checkbox"/>
Rh :	Rh +	<input type="checkbox"/>	Rh -	<input type="checkbox"/>	No se hizo		<input type="checkbox"/>			

Figura 29

Marcar con una aspa en el casillero correspondiente el tipo de grupo sanguíneo del recién nacido

Rh: (Factor Rh):

Marcar con una aspa en el casillero correspondiente el factor Rh del Recién nacido. En ambos casos se marcará "No se hizo" cuando se realiza la prueba.

Profilaxis del Recién Nacido

Vitaminas				Vacunas RN					
Vitamina K :	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	BCC :	Si	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profilaxis Ocular :	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Polio :	Si	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 30

Vit. K (Vitamina K):

Marcar con una aspa en el casillero correspondiente la administración o no de vitamina K al recién nacido

Profilaxis ocular:

Marcar con una aspa en el casillero correspondiente el uso o no de un profiláctico ocular u otro antibiótico oftálmico: aminoglicocidos, sulfas (Nitrato de plata: solución de Credé).

Vacunas RN

BCG:

Marcar con una aspa en el casillero correspondiente la aplicación o no de la vacuna BCG al recién nacido.

Polio:

Marcar con una aspa en el casillero correspondiente la aplicación o no de la vacuna antipoliomielítica al recién nacido.

Patologías Neonatales

Patologías Recién Nacido		<input type="checkbox"/> Sin patologías	Fecha: / /	Otras (CIE 10)
1.	-----		/ /	1. <input type="text"/>
2.	-----		/ /	2. <input type="text"/>
3.	-----		/ /	

Figura 31

Se deberá anotar las patologías que se diagnostiquen en cualquier momento durante la vida del recién nacido hasta los 28 días después del parto así como la fecha del diagnóstico considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas”.

En la parte inferior de la hoja se encuentra el listado de las principales y mas frecuentes patologías relacionadas con el recién nacido y sus códigos correspondientes. Cuando se detecte una patología se deberá anotar el nombre de la patología siguiendo el listado proporcionado y colocando la fecha en que se detecta el problema.

Si la patología que se ha detectado no figura en el listado, se tiene la opción de utilizar dos espacios para colocar los códigos de aquellas patologías de acuerdo a la CIE10, de este modo podemos agregar patologías no listadas, por ejemplo si el recién nacido presenta Labio Leporino unilateral, se pondrá el Dx Labio Leporino Unilateral y el código Q36.9 de acuerdo al libro de códigos de la CIE 10 que existe en su establecimiento.

SECCIÓN PUERPERIO

PUERPERIO:

Horas/días postparto o aborto			
Temperatura			
Pulso (latidos/minuto)			
Tens. Arterial max/min.(mm.Hg)			
Involución uterina			
Características de Loquios			
Herida oper. (abdominal/perine)			
Observaciones			

Figura 32

Se anotará las horas o días post parto o post aborto, la temperatura en grados centígrados, el pulso en latidos por minuto, la presión arterial en milímetros de mercurio, la evolución de la involución uterina, las características de los loquios y el estado de la herida operatoria ya sea abdominal (Cesárea) o perineal (episiotomía o desgarro) en cada control.

En observaciones se anotará algún proceso de importancia durante el control del puerperio.

SECCIÓN EGRESOS Y REINGRESOS

EGRESO RN (Egreso del recién nacido)

Egreso RN Fecha: ___/___/___ : ___:___

Egreso : Sano Con Patología Traslado Fallece No Aplica

Dx. Fallecim. : _____

Dx. Traslado : _____

Establ.Trasl. : _____

Alimento : Pecho Solo Pecho y Artificial Artificial solo No Aplica

Peso : _____ g

Figura 32

Fecha
Se anotará la fecha de Egreso del recién nacido considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 "Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas" y se agregará la hora y el minuto.

Egreso:

Marcar con una aspa en el casillero correspondiente el estado de salud del recién nacido a momento del egreso

Dx Fallecim. (Diagnóstico de Fallecimiento):

En el caso de fallecimiento, consignar el diagnóstico de la causa básica. El "No aplica" se marcará cuando el recién nacido no fallece.

Dx. Traslado (Diagnostico de traslado) :

En el caso de que el recién nacido fuera trasladado a otro establecimiento se consignará el diagnóstico que motiva el traslado. El "No aplica" se marcará cuando el recién nacido no es trasladado.

Establ. trasl. (Establecimiento de traslado):

En el caso que el recién nacido requiera ser trasladado, se anotará el nombre del establecimiento a donde se envía al recién nacido. El "No aplica" se marcará cuando el recién nacido no es trasladado.

Alimento (Alimentación al alta):

Marcar con una aspa en el casillero correspondiente el tipo de alimentación que recibe el recién nacido al egreso.

Peso (Peso al egreso):

Anotar el peso en gramos (g) del recién nacido tomado al momento del egreso.

REINGRESO RN (Reingreso del Recién nacido)

Reingreso RN	Fecha: ___/___/___:	
Reingreso :	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Diagnóst. :	-----	
Fecha egreso:	___/___/___	
Egreso :	Sano <input type="checkbox"/>	Con Patología <input type="checkbox"/>
	Traslado <input type="checkbox"/>	Fallece <input type="checkbox"/>
Dx. Fallecim.	-----	<input type="checkbox"/>
Dx. Traslado	-----	<input type="checkbox"/>
Establ. Trasl.	-----	<input type="checkbox"/>

Figura 34

Se considerará reingreso a los RN que son hospitalizados después que han sido dados de alta.

Fecha:

Se anotará la fecha del Reingreso del recién nacido considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas” y se agregará la hora y el minuto.

Reingreso:

Marcar con una aspa en el casillero correspondiente si el recién nacido reingresa a hospitalizarse por algún motivo o no reingresa.

Diagnóst. (Diagnóstico de reingreso):

En el caso de que el recién nacido reingresara por algún motivo, se consignará el diagnóstico que motivó el reingreso.

Fecha egreso:

Se anotará la fecha del Egreso (del reingreso) del recién nacido considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas” y se agregará la hora y el minuto.

Egreso (Egreso del reingreso):

Marcar con una aspa en el casillero correspondiente el estado de salud del recién nacido al momento del egreso (del reingreso).

Dx Fallecimiento (Diagnóstico de fallecimiento en el reingreso):

En el caso de fallecimiento en el reingreso, consignar el diagnóstico de la causa básica. El “No aplica “ se marcará cuando el recién nacido que ha reingresado no fallece.

Dx Traslado (Diagnóstico de traslado en el reingreso):

En el caso de que el recién nacido que reingresó fuera trasladado a otro establecimiento, se consignará el diagnóstico que motiva el traslado . El “No aplica “ se marcará cuando el recién nacido que reingresó no es trasladado.

Establ. trasl. (Establecimiento de traslado en el reingreso):

En el caso de que el recién nacido fuera trasladado a otro establecimiento se consignará el nombre del establecimiento . El “No aplica “ se marcará cuando el recién nacido no es trasladado.

Control del RN : Si No Fecha _____

Figura 35

Control del RN:

Se anotará en el casillero correspondiente si el recién nacido es traído a su control a los 7 días dentro del periodo de los 28 días

Fecha de control:

Se anotará la fecha del control del recién nacido, considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas”.

EGRESO MATERNO

Egreso Materno		Fecha: ___/___/___ : ___:___			
Egreso :	Sano <input type="checkbox"/>	Con Patología <input type="checkbox"/>	Traslado <input type="checkbox"/>	Fallece <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>
Dx. Fallecim.	:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Dx. Traslado	:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Establ. Trasl.	:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Anticonceptivos					
Abstinencia Periódica :	<input type="checkbox"/>	Progestág. Inyectables :	<input type="checkbox"/>		
Condón :	<input type="checkbox"/>	Progestág. Orales :	<input type="checkbox"/>		
DIU :	<input type="checkbox"/>	Sólo Consejería :	<input type="checkbox"/>		
Ligadura Tubaria :	<input type="checkbox"/>	Ninguno :	<input type="checkbox"/>		
MELA :	<input type="checkbox"/>	Otro :	<input type="checkbox"/>		

Figura 36

Fecha:

Se anotará la fecha de Egreso de la madre considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas” y se agregará la hora y el minuto.

Egreso:

Marcar con una aspa en el casillero correspondiente el estado de salud de la madre al momento del egreso.

Dx. Fallecim.(Diagnóstico de fallecimiento)

En el caso de fallecimiento consignar el diagnóstico causal. El “No aplica” se marcará cuando la madre no fallece.

Dx Traslado (Diagnóstico de traslado)

En el caso de que la madre fuera trasladada a otro establecimiento se consignará el diagnóstico que motiva el traslado. El “No aplica” se marcará cuando la madre no es trasladada.

Establ. trasl. (Establecimiento de traslado)

En el caso de que la madre fuera trasladada a otro establecimiento se consignará el nombre del establecimiento. El “No aplica” se marcará cuando la madre no es trasladada.

Anticonceptivos:

Marcar con un aspa en el casillero correspondiente el tipo de anticonceptivo que se ha aplicado o practicado a la madre o se le ha entregado como insumo al alta.

REINGRESO

Reingreso Materno Fecha: ___/___/___ : ___:___

Reingreso : No Si

Diagnóst. : _____

Fecha egreso: ___/___/___ : ___:___

Egreso: Sano Con Patología Traslado Fallece

No Aplica

Dx. Fallecim. : _____

Dx. Traslado : _____

Establ.Trasl. : _____

Figura 37

Fecha:
Se anotará la fecha del Reingreso de la madre considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas” y se agregará la hora y el minuto.

Reingreso:
Marcar con una aspa en el casillero correspondiente si la madre reingresa a hospitalizarse o no reingresa.

Diagnóst. (Diagnóstico de reingreso):
En el caso de que la madre reingresara por algún motivo, se consignará el diagnóstico que motivó el reingreso.

Fecha egreso:
Se anotará la fecha del Egreso (del reingreso) de la madre considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 “Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas” y se agregará la hora y el minuto.

Egreso (Egreso del reingreso):
Marcar con una aspa en el casillero correspondiente el estado de salud de la madre al momento del egreso (del reingreso)

Dx Fallecim. (Diagnóstico de fallecimiento en el reingreso):
En el caso de fallecimiento en el reingreso, consignar el diagnóstico (causa). El “No aplica” se marcará cuando la madre que ha reingresado no fallece

Dx Traslado (Diagnostico de traslado en el reingreso):
En el caso de que la madre que reingresó fuera trasladada a otro establecimiento, se consignará el diagnóstico que motiva el traslado. El “No aplica” se marcará cuando la madre que reingresó no es trasladada

Establ. trasl. (Establecimiento de traslado en el reingreso):

En el caso de que la madre fuera trasladada a otro establecimiento, se consignará el nombre del establecimiento. El "No aplica" se marcará cuando la madre no es trasladada.

Control Puerperal :	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Fecha :	/ /
---------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	---------	-----

Figura 38

Control puerperal :

Marcar con un aspa en el casillero correspondiente si la madre viene a su control puerperal.

Fecha:

Se anotará la fecha del control puerperal de la madre considerando el formato **año/mes/día** de acuerdo al Sistema Legal de Unidades de Medida del Perú Ley N° 23560 "Reglas de Escrituras de Valores Numéricos, Fechas y Horas".

INDICACIONES AL ALTA

Se anotarán las indicaciones que se dan a la puérpera al momento del alta, especificando medicación.

Firma del responsable:

Se consignará la firma y el nombre del profesional responsable del alta.

EPICRISIS

Se elaborará una epicrisis con un resumen evolutivo y los diagnósticos principales.

En la parte final de la Historia encontrará el listado de las indicaciones principales del parto operatorio (incluye los partos instrumentados) o inducción.

Del mismo modo tendrá a su disposición un listado con la medicación y los medicamentos empleados durante el trabajo de parto, parto o aborto.

Esperamos que este instructivo sea de utilidad para el llenado adecuado de la Historia Clínica Materno Perinatal. Recordemos que un buen registro de datos es el primer paso para tener información de calidad, relevante y útil para tomar decisiones apropiadas.

ORIENTACIONES PARA EL REGISTRO DE DATOS EN EL CARNÉ DE CONTROL MATERNO PERINATAL

El Carné de Control Materno Perinatal es un documento complementario a la HCMP que se ha diseñado con el propósito de que las usuarias de los servicios obstétricos y neonatales porten consigo un documento oficial que certifique y registre los aspectos más importantes de las atenciones, ante la eventual situación de que las gestantes, por decisión propia o de terceros, acudan a un proveedor de servicios de otro establecimiento diferente al del origen.

En realidad, el Carné de Control Materno Perinatal es un documento conciso que resume los aspectos relevantes de la HCMP. El Carné debe ser proporcionado a cada una de las madres que acude en algún momento al servicio obstétrico para la atención de su gestación. En consecuencia al momento que una gestante reciba atención institucional, el servicio obstétrico debe abrir la HCMP y su respectivo Carné. Luego de concluida la atención la HCMP debería ser ingresada en el SIP 2000 y archivada, el Carné debería ser entregado a la madre instruyéndola para que lo conserve, lo revise y lo porte consigo para la siguiente atención.

El Carné consta de 02 páginas impresas en las que se presenta en la disposición de tríptico las siguientes secciones:

- **Encabezado:** Incluye datos del establecimiento, de la paciente, citas de Control y mensaje de información básica sobre signos de peligro.
- **Cuerpo principal:** Resumen de la HCMP. Incluye: Filiación y Antecedentes, Datos basales del embarazo actual, Patologías Maternas, Parto y Recién Nacido.
- **Registro del CPN:** Incluye los datos principales del seguimiento de cada uno de los CPN que se realiza a la gestante
- **Gráficas de Curvas Obstétricas:** Incluye la gráfica de la relación altura uterina y semanas de amenorrea, y la gráfica incremento de peso materno en relación a las semanas de amenorrea.

Detalle informativo de la forma de registro de los datos en el Carné:

Todo formato de recolección de datos requiere de definiciones estándares para el adecuado llenado de los mismos (definiciones operativas), este requerimiento es mayor cuando los encargados de llenar el formato son varias personas. El Carné tiene las siguientes definiciones operativas:

Encabezado

Establecimiento: Colocar el nombre completo del establecimiento que apertura el Carné. Consignando distrito, provincia y departamento.

Apellidos y nombres: Colocar dichos datos con letra imprenta mayúscula legible.

No. HC (Número de Historia Clínica) : El dato debe ser registrado de forma clara y legible.

Cita de Control: Recuadros donde se registran las fechas (año/mes/día) de cada una de las citas realizadas a la gestante

Resumen de la HCMP

Dado que esta sección es un resumen de la HCMP, las definiciones operativas de cada una de las casillas es **la misma** que la señalada para la HCMP.

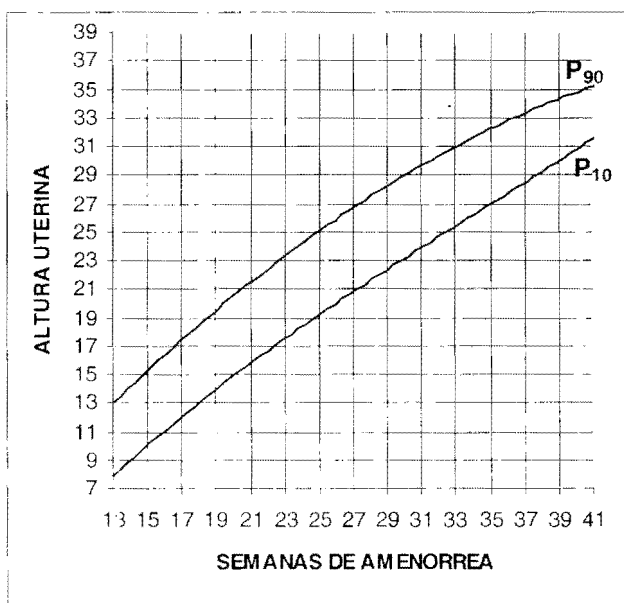
Registro del los Controles Prenatales

Los controles prenatales están mostrados en el cuadro de seguimiento, el personal que utiliza el Carné tiene la opción de colocar los datos correspondientes de hasta un total de 9 CPN. Igual que en la sección anterior, las definiciones operativas de registro aquí consideradas son las mismas que las señaladas en la HCMP.

Gráficas de curvas obstétricas

Gráfica Relación Altura uterina y Semanas de Amenorrea: Esta gráfica presenta curvas en las que se relaciona la medición de la altura uterina en centímetros (Eje vertical) en relación a las semanas transcurridas de ameorrea (Eje horizontal). La idea es que en cada uno de los CPN se obtengan dichos datos y sea graficada la intersección de ambos ejes en la curva. Si dicha intersección se sitúa entre las curvas de los percentiles P10 y P90 estamos dentro de lo aceptado. Realizar el análisis e interpretación considerando además la evolución de los puntos de intersección de la paciente para lo cual se necesitan varios CPN.

Esta gráfica también es obtenida por el SIP 2000.



ANEXOS

A continuación se detallan los enunciados y los códigos de las patologías que están listadas en la Historia Clínica tanto para en área materna como para el área del recién nacido de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma versión (CIE10).

PATOLOGÍAS MATERNAS

Código	Enunciado
O0295	ABORTO COMPLETO Aborto completo o no especificado
O0290	ABORTO INCOMPLETO Aborto incompleto
O06	ABORTO NO ESPECIFICADO (INC.A.INDUC) Aborto no especificado incluye aborto inducido
O021	ABORTO RETENIDO Muerte fetal precoz, con retención del feto muerto Excluye: Aborto retenido con: <ul style="list-style-type: none"> • Detención de desarrollo del huevo • Mola: Hidatidiforme, no hidatidiforme
O080	ABORTO SÉPTICO Infección genital y pelviana consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar Choque séptico Endometritis Ooforitis Parametritis Pelvipertonitis Salpingitis Salpingooforitis Sepsis Septicemia Se excluye: embolia séptica, infección de las vías urinarias
O04	ABORTO TERAPÉUTICO Aborto médico, terminación del embarazo legal o terapéutico
O200	AMENAZA DE ABORTO
O990	ANEMIA EN EMB-PART-PUER

Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio

- O340 ANOMALÍA CONGÉNITA DEL ÚTERO
Atención materna por Útero bicorne, doble
- O62 ANORM.DINAM. DEL TDP
Anormalidades en la dinámica del trabajo de parto
- R827 BACTERIURIA ASINTOMÁTICA DEL EMB
Hallazgos anormales en el examen microbiológico de la orina en algún momento de la gestación sin manifestaciones clínicas
- C53 CÁNCER DE CUELLO UTERINO
Tumor maligno de cuello uterino
- C50 CÁNCER DE MAMA
Tumor maligno de la mama
- Z867 CARDIOPATÍA
Historia personal de enfermedades del sistema circulatorio
- O282 CITOLOGIA ANORMAL EN CPN
Hallazgo citológico anormal en el examen prenatal de la madre
- O89 COMP ANEST. EN PUERPERIO
Complicaciones de la anestesia administrada durante el puerperio, incluye complicaciones maternas que surgen de la administración de anestésico general o local, analgésico u otro sedante durante el puerperio
- O74 COMP ANEST. EN TDP/PARTO
Complicaciones de la anestesia administrada durante el trabajo de parto y el parto, incluye complicaciones maternas debidas a la administrarción de anestésico general o local, analgésico u otro sedante, durante el trabajo de parto y el parto.
- O29 COMPLIC. ANESTESIA EN EL EMB
Complicaciones de la anestesia administrada durante el embarazo, incluye complicaciones maternas surgidas en la administración de un anestésico general o local, analgésico u otro sedante durante el embarazo.
Excluye: Complicaciones de la anestesia administrada durante el:
- Aborto, embarazo ectópico o molar (O00-008)
 - Puerperio (O89)
 - Trabajo de parto y el parto (O74)
- O31 COMPLIC. ESPECÍFICAS DEL EMB.MULTIP
Complicaciones específicas del embarazo múltiple
Excluye: Con obstrucción del trabajo de parto (O64-O66)
Embarazo múltiple con presencia anormal de uno o mas fetos (O32.5)

Mellizos siameses que causan desproporción (O33.7)
Retraso de la expulsión del segundo gemelo, del tercero, etc (O63.2)

- O22 COMPLIC. VENOSAS EMBARAZO
Complicaciones venosas en el embarazo.
Excluye: Las condiciones enumeradas como complicaciones de:
- Aborto, embarazo ectópico o molar (O00-O07, O08.7)
 - Parto y puerperio(O87.-)
 - Embolia pulmonar obstétrica (O88.-)
- O87 COMPLIC. VENOSAS PUERPERIO
Complicaciones venosas en el puerperio. Incluye durante el trabajo de parto.
Excluye: Complicaciones venosas en el embarazo (O22.-)
Embolia obstétrica (O88.-)
- O96 DEFUNCIÓN MATERNA TARDÍA
Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año del trabajo de parto.
Use código adicional si desea identificar la causa obstétrica de la muerte
- O901 DEHISCENCIA DE EPISIOTOMÍA
Dehiscencia de sutura obstétrica perineal. Dehiscencia de sutura de: Desgarro perineal, episiotomía. Desgarro perineal secundario.
- O900 DEHISCENCIA DE SUTURA DE CESÁREA
- F10 DEPENDENCIA DE DROGAS
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas
- O713 DESGARRO OBST. DEL CUELLO UTERINO
Desgarro obstétrico del cuello uterino
Desprendimiento anular del cuello uterino
- O70 DESGARRO PERINEAL EN EL PARTO
Desgarro perineal durante el parto. Incluye: Episiotomía extendida por laceración.
Excluye; desgarro vaginal obstétrico alto (O71.4)
- O05 DESNUTRICIÓN EN EL EMBARAZO
Incluye: Desnutrición en el parto y en el puerperio
- O45 DESPREN.PREMAT.DE LA PLACENTA
Desprendimiento prematuro de la placenta. (abruptio placentae)
- O24 DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO
Incluye: Durante el parto y el puerperio

Instructivo de registro de datos de la Historia Clínica Materno Perinatal

- O660 DISTOCIA DE HOMBROS
Trabajo de parto obstruido debido a distocia de hombros (Hombro encariado)
- O15 ECLAMPSIA
Incluye convulsiones consecutivas a afección con O10-O14 y O16 eclampsia con hipertensión inducida por el embarazo o preexistente
- O12 EDEMA Y PROTEINURIA X GESTA S/HTA
Edema y proteinuria gestacionales (inducidos por el embarazo) sin hipertensión
- O300 EMBARAZO DOBLE
- O00 EMBARAZO ECTÓPICO
Incluye: Embarazo ectópico roto
- O48 EMBARAZO PROLONGADO
Embarazo: Posmaduro, postérmino
- O301 EMBARAZO TRIPLE
- O88 EMBOLIA OBSTÉTRICA
Incluye: Embolia pulmonar en el embarazo, en el parto o en el puerperio
Excluye: Embolia que complica el aborto, el embarazo ectópico o molar (O00-O07, O08.2)
- O98 ENF.MATER.INFECC-PARAS EMB-PART-PUER
Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, parto y puerperio.
Incluye: Las afecciones enumeradas cuando son causa de complicación del embarazo o son agravadas por éste, o cuando motivan la atención materna
Excluye: Cuando la razón para la atención de la madre es que se conoce o presume que la enfermedad ha afectado al feto (O35-O36)
Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (B20-B24)
Estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana (Z21)
Evidencia de laboratorio del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (R75)
Infección puerperal (O86.-)
Sepsis puerperal (O85)
Tétanos obstétrico (A34)
- O47 FALSO TRABAJO DE PARTO
- O61 FRACASO DE LA INDUCCIÓN DEL TDP
Fracaso de la inducción del trabajo de parto
- O982 GONORREA-EMB-PART-PUER
Gonorrea que complica el embarazo, el parto y el puerperio

- O717 HEMATOMA OBST.PELVIS
Hematoma Obstétrico de la pelvis. Hematoma obstétrico del perineo,vagina, vulva
- O46 HEMORR.ANTEPARTO, NO CLASIF
Hemorragia anteparto, no clasificada en otra parte
Excluye: Desprendimiento prematuro de placenta(O45.-)
Hemorragia intraparto NCOP (O67.-)
Hemorragia precoz del embarazo (O20.-)
Placenta previa (O44.-)
- O721 HEMORR.POR ATONÍA UTERINA
Hemorragia postparto por atonía uterina
- O72 HEMORR.POSTPARTO/RETENC.PLACENTA
Hemorragia del tercer periodo del parto asociada con retención o adherencia de la placenta
- O081 HEMORR.POR ABORTO ECTÓPICO O MOLAR
Hemorragia excesiva o tardía consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar
- O984 HEPATITIS VIRAL
- O264 HERPES GESTACIONAL
- O210 HIPEREMESIS GRAVÍDICA LEVE
Hiperemesis gravídica leve o no especificada, que empieza antes del fin de la semana 22 de gestación
- O211 HIPEREMESIS GRAVÍDICA - TRANST.METABOL.
Hiperemesis gravídica que empieza antes del fin de la semana 22 de gestación y causa trastornos metabólicos tales como:
- Depleción de carbohidratos
 - Desequilibrio electrolítico
 - Deshidratación
- O10 HTA PREEXISTENTE EMB-PART-PUER
Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio
- O343 INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO
Atención materna por incompetencia del cuello uterino.
Atención materna por cerclaje del cuello uterino, sutura de Shirodkar
- O235 INFEC DEL TRACTO GENITAL
Infección genital en el embarazo

- O411 INFECC.BOLSA AMNIO O MEMBRANAS
Infección de la bolsa amniótica o de las membranas:
Amnionitis, Corioamnionitis, Membranitis, Placentitis
- O23 INFECC.DEL TRACTO URINARIO
Infección de las vías urinarias en el embarazo
- O91 INFECC.MAMA ASOCIAD.C/PARTO
Infecciones de la mama asociadas con el parto, el embarazo, el puerperio o la lactancia
- O86 INFECCIONES PUERPERALES
Otras infecciones puerperales.
Excluye Sepsis puerperal (O85), infección durante el trabajo de parto (O75.3)
- O07 INTENTO FALLIDO DE ABORTO
Incluye: Fracaso del intento de la inducción del aborto
Excluye: Aborto incompleto (O03-O06)
- O712 INVERSIÓN DEL UTERO
Inversión del útero postparto
- O360 ISOINMUNIZACIÓN RHESUS
Atención materna por isoimmunización rhesus
Anticuerpos anti-D (Rh)
Incompatibilidad Rh (con hidropesía fetal)
- B50 MALARIA
Paludismo (malaria) debido a Plasmodium falciparum durante embarazo, parto o el puerperio
- O01 MOLA HIDATIFORME
Excluye mola hidatiforme maligna (D39.2)
- O364 MUERTE INTRAUTERINA
Atención materna por muerte intrauterina
Excluye: Aborto retenido (O032.1)
- O95 MUERTE OBST X CAUSA NO ESPECIF.
Muerte obstétrica de causa no especificada, que ocurre durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto o el puerperio
- O410 OLIGOHIDRAMNIOS
Oligohidramnios sin mención de la ruptura de las membranas
- O75 OTRAS COMP X TDF/PARTO
Otras complicaciones del trabajo de parto y del parto, no clasificables en otra parte.

Excluye: Infección (O86.-)
Sepsis (O85)

- O99 OTRAS ENF.MAT EMB-PART-PUER.
Incluye:
0991 Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos transtornos que afectan el sistema inmunitario cuando complican el embarazo, el parto y el puerperio
0992 Enfermedades endocrinas, de la nutrición y del metabolismo que complican el embarazo, el parto y el puerperio
0993 Transtornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, el parto y el puerperio
0994 Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio
0995 Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio
0996 Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo, el parto y el puerperio
0997 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo que complican el embarazo, el parto y el puerperio
- O66 OTRAS OBSTRUCC. DEL TDP
Otras obstrucciones del trabajo de parto
- O41 OTROS TRANS.LIQ.AMNIÓTICO Y MEMB
Otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas.
Excluye: Oligohidramnios (O410) e
Infecciones de la bolsa y de las membranas (O411)
- O60 PARTO PREMATURO (INCL AMENAZA)
Inicio (espontáneo) del parto antes de las 37 semanas completas de gestación
- O44 PLACENTA PREVIA
Excluye trabajo de parto y parto complicados por hemorragia de la vasa previa
- O40 POLIHIDRAMNIOS
Hidramnios
- O13 PREECLAMPSIA LEVE
Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) sin proteinuria significativa: Preeclampsia leve
- O140 PREECLAMPSIA MODERADA
Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria significativa
- O141 PREECLAMPSIA SEVERA
Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria significativa

Instructivo de registro de datos de la Historia Clínica Materno Perinatal

O149	PREECLAMPSIA, NO ESPECIFICADA Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria significativa
O284	RADIOLOGÍA ANORM EN CPN Hallazgo radiológico anormal en el examen prenatal de la madre
P05	RCIU Retardo del crecimiento intrauterino del feto
O73	RETEN PLACENTA/MEMB, S/HEMORRAG Retención de la placenta o de las membranas sin hemorragia
O42	RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS
O711	RUPTURA ÚTERO EN TDP Ruptura del útero durante el trabajo de parto
O85	SEPSIS PUERPERAL Endometritis, Fiebre, Peritonitis, Septicemia en el periodo puerperal
B20	SIDA Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
O981	SÍFILIS COMPLICANDO EMB-PART-PUER Sífilis que complica el embarazo, el parto y el puerperio
O980	TBC EMB-PART-PUER Tuberculosis que complica el embarazo, el parto y el puerperio
O64	TDP OBSTRU.X MAL POSIC.FETAL Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación anormal de feto
O65	TDP OBSTRU.X PELVIS ANORMAL Trabajo de parto obstruido debido a anomalía de la pelvis materna
O63	TDP PROLONGADO Trabajo de parto prolongado
O69	TDP/PARTO COMPLIC.X CORD.UMBIL. Trabajo de parto y parto complicados por problemas de cordón umbilical
O68	TDP/PARTO COMPLIC X SUFRIM FET Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal
R730	TOLERANC. GLUCOSA ANORMAL Anormalidades en la prueba de tolerancia a la glucosa Diabetes: Latente, química, prediabetes, tolerancia a la glucosa alterada

- O43 TRASTORNOS PLACENTARIOS
Excluye: Atención materna por defecto del crecimiento fetal debido a insuficiencia placentaria (O36.5)
- Desprendimiento prematuro de placenta (O45)
 Placenta previa (O44)
- O341 TUMOR DEL CUERPO DEL ÚTERO
 Atención materna por tumor del cuerpo del útero
Excluye: Atención materna por tumor de cuello de útero
- O283 ULTRASONIDO ANORMAL EN CPN
 Hallazgo ultrasónico anormal en el examen prenatal de la madre
- O9999 OTRAS PATOLOGÍAS MATERNAS
 Este código se usará cuando el diagnóstico de patología de la gestante no se encuentre en el listado presente en la HCMP. Esto permitirá utilizar la variable "Otras Patologías Maternas" y se utilizarán los códigos de la CIE 10.

PATOLOGÍAS NEONATALES

- Q00 ANENCEFALIA Y MALF.CONG.SIMIL.
Anencefalia y malformaciones congénitas similares
- P21 ASFIXIA DEL NACIMIENTO
Asfixia al nacer. Excluye: Asfixia intrauterina
- P60 COAG.INTRAVASC.DISEM.
Coagulación intravascular diseminada en el feto y el recién nacido
- P391 CONJUNTIVITIS NEONATAL
Conjuntivitis y dacriocistitis neonatales
- P90 CONVULSIONES DEL RN
Convulsiones del recién nacido. Excluye: Convulsiones benignas neonatales (familiares) (G40.3)
- Q65 DEFORM.CONGENIT.CADERA
Deformidades congénitas de la cadera. Excluye Chasquido de la cadera (R29.4)
- A09 DIARREA
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
- Q250 DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE
Conducto arterioso permeable
Conducto (agujero) de Botal abierto
- P110 EDEMA CEREB.X TRAUMAT..AL NAC.
Edema cerebral debido a traumatismo del nacimiento
- Q01 ENCEFALOCELE
Encefalocele, incluye: Encefalomielocele, hidroencefalocele, hidromeningocele craneano, meningocele cerebral, meningoencefalocele
- P53 ENFERMEDAD HEMORR.FETO/RN
Enfermedad hemorrágica del feto y del recién nacido: Deficiencia de vitamina K del recién nacido
- P35 ENFERMEDADES VIRALES CONGENITAS
- P25 ENFIS INTERS Y OTRAS PERINAT.
Enfisema intersticial y afecciones relacionadas, originadas en el periodo perinatal
- P77 ENTEROCO NECROTIZ FETO/RN
Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido

- Q05 ESPINA BÍFIDA
 Incluye: Espina bífida abierta (quística), hidromeningocele (raquídeo), meningocele (raquídeo), meningomielocele, mielocelo, mielomeningocele, raquisquisis, siringomielocelo
 Excluye: Espina bífida oculta, síndrome de Budd Chiari
- P040 FETO/RN AFECT.X ANEST.ANALG.
 Feto y recién nacidos afectados por anestesia y analgesia materna en el embarazo, en el trabajo de parto y en el parto:
 Reacciones e intoxicaciones causadas por opiáceos y tranquilizantes administrados a la madre durante el trabajo de parto y el parto
- P027 FETO/RN AFECT. X CORIOAMNIONITIS
 Feto y recién nacido afectados por corioamnionitis
- P025 FETO/RN AFECT. X COMP. CORD.UMB.
 Feto y recién nacido afectados por otras compresiones del cordón umbilical : Circular del cordón alrededor del cuello, Nudo o torsión del cordón umbilical.
- P008 FETO/RN AFECT X CÔMPL MAT
 Feto y recién nacidos afectados por otras afecciones maternas
 Feto o recién nacido afectado por : Afecciones clasificables en T80-T88, infecciones del tracto genital y otras infecciones localizadas de la madre, lupus eritematoso sistémico de la madre.
 Excluye: Transtornos endocrinos y metabólicos neonatales transitorios (P70-P74)
- P012 FETO/RN AFECT X OLIGOHIDRAMNIOS
 Feto y recién nacido afectados por oligohidramnios.
 Excluye: Cuando es debido a ruptura prematura de membranas (P01.1)
- P032 FETO/RN AFECT.X PARTO CON FÓRCEPS
 Feto y recién nacido afectados por parto con fórceps
- P033 FETO/RN AFECT.X PARTO CON VENTOSA
 Feto y recién nacidos afectados por parto con ventosa extractora
- P013 FETO/RN AFECT.X POLIHIDRAMNIOS
 Feto y recién nacido afectados por polihidramnios. Hiperamnios
- P014 FETO/RN AFECT.X PROLAP.CORD.UMB.
 Feto y recién nacido afectados por prolapso de cordón umbilical
- FISURA PALADAR
 Incluye: Fisura del paladar, palatosquisis
 Excluye: Fisura del paladar con labio leporino

- P101 HEMORRA.INTRACRAN. x TRAUMA AL NAC.
Hemorragia cerebral debido a traumatismo al nacimiento
- P26 HEMORRA.PULM. PERINATAL
Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal
- P51 HEMORRA UMBILICAL DEL RN
Hemorragia umbilical del recién nacido
Excluye: Onfalitis con hemorragia leve (P38)
- K40 HERNIA INGÜINAL
Incluye: Hernia ingüinal congénita
- Q03 HIDROCEFALIA
Incluye: Hidrocéfalo del recién nacido

Excluye: Hidrocéfalo:
• Adquirido (G91.-)
• Asociado con espina bífida (Q05.0-Q05.4)
• Debido a toxoplasmosis congénita (P37.1)
- P56 HIDROPES FETAL X ENF.HEMOLÍTICA
Hidropesía fetal debido a enfermedad hemolítica
Excluye: Hidropesía fetal no debida a enfermedad hemolítica (P83.2)
- P711 HIPOCALCEMIA NEONATAL
Excluye: Hipoparatiroidismo neonatal transitorio
- P704 HIPOGLICEMIA NEONATAL
Hipoglicemia neonatal transitoria
- P712 HIPOMAGNESEMIA NEONATAL
- R57 HIPOTENSIÓN SHOCK
R570 Choque cardiogénico
R571 Choque hipovolémico
R578 Choque endotóxico
- P80 HIPOTERMIA DEL RN
Hipotermia del recién nacido
- P20 HIPOXIA INTRAUTERINA
Incluye: Acidosis, anoxia, asfisia, hipoxia, sufrimiento (fetal o intrauterinio), frecuencia cardiaca fetal anormal, líquido meconial, pasaje de meconio.
Excluye: Hemorragia intracraneal debida a hipoxia o anoxia
- P59 ICTERICIA NEO X CAUSAS NO ESPECIF.
Ictericia neonatal por otras causas

Excluye: Debidas a errores innatos del metabolismo (E70-E90)
Kernicterus (P57.-)

- P58 ICTERICIA NEO.X HEMOLISIS EXCESIVAS
Ictericia neonatal debida a hemólisis excesivas
Excluye: ictericia debida a incompatibilidad (P55-P57)
- P75 ILEO MECONIAL
- P551 INCOMPATIB.ABO FETO/RN
Incompatibilidad ABO del feto y del recién nacido
- P550 INCOMPATIB RH FETO/RN
Incompatibilidad Rh del feto y del recién nacido
- P57 KERNICTERUS
Incluye: Debido a incompatibilidad (P570), debido a otras causas no especificadas (P578), no especificado (P579)
- Q36 LABIO LEPORINO
Incluye: Tisura congénita del labio, hendidura labial congénita, labio hendido, quelosquisis
- Q50 MALFORMACIONES ÓRGANOS GENITALES
Malformaciones congénitas de los ovarios, de las trompas de falopio y de los ligamentos anchos
- Q20 MALFORMACIONES SIST.CIRCULATORIO
Malformaciones congénitas de las cámaras cardiacas y sus conexiones
- Q39 MALFORMACIONES SIST.DIGESTIVO
Malformaciones congénitas del sistema digestivo
- Q30 MALFORMACIONES SIST.RESPIRATORIO
Malformaciones congénitas del sistema respiratorio
- Q60 MALFORMACIONES SIST.URINARIO
Malformaciones congénitas del sistema urinario
- P22 MEMBRANA HIALINA
Dificultad respiratoria del recién nacido.
- G00 MENINGITIS
Meningitis infecciosa bacteriana. Incluye: Aracnoiditis, Leptomeningitis, paquimeningitis, meningitis.

- P23 NEUMONÍA CONGÉNITA
Incluye: Neumonía infecciosa adquirida intraútero o durante el nacimiento
Excluye: Neumonía neonatal resultante de aspiración
- P38 ONFALITIS RN C/S HEMORRAGIA LEVE
Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve
- P83 OTRAS AFECC.DE PIEL FETO/RN
Otras afecciones de la piel específicas del feto y del recién nacido
- P96 OTRAS AFECC.DEL PERIODO PERINAT
Otras afecciones originadas en el periodo neonatal
- P74 OTRAS ALTERA METAB-ELECTROL RN
Otras alteraciones metabólicas y electrolíticas neonatales transitorias
- P284 OTRAS APNEAS DEL RN
- P37 OTRAS ENF.INFECC-PARASIT.CONGEN.
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas
Excluye: Diarrea neonatal :
 - Infecciosa (A00-A09)
 - No infecciosa (P78.3)Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido
Oftalmia neonatal debida a gonococos (A54.3)
Sífilis congénita (A50.-)
Tétanos neonatal (A33)
- P54 OTRAS HEMORRAGIAS NEONATALES
Excluye: Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal (P26.-),
pérdida de sangre fetal (P50.-)
- Q99 OTRAS MALFORMACIONES
Otras anomalías cromosómicas no clasificadas en otra parte
- P76 OTRAS OBSTRUCC. INTESTINALES RN
Otras obstrucciones intestinales del recién nacido
Excluye: Obstrucción intestinal clasificable en K56
- P72 OTROS TRANST ENDOCR.TRANSIT.
Otros trastornos endocrinos neonatales transitorios
Excluye: Bocio dishormonogenético (E07.1)
Hipotirodismo congénito con o sin bocio (E03.0-E03.1)

P61	OTROS TRANST HEMATOL PERINAT Otros trastornos hematológicos perinatales Excluye: Hipogammaglobulinemia transitoria de la infancia (D80.7)
P78	OTROS TRANST.PERINAT.DIGESTIVOS Otros trastornos perinatales del sistema digestivo
P15	OTROS TRAUMATISMOS DEL NACIM. Otros traumatismos del nacimiento
P50	PÉRDIDA DE SANGRE FETAL Excluye: Anemia congénita debida a pérdida de sangre fetal (P61.3)
P92	PROBLEMAS DE INGESTIÓN DE ALIMENTOS Problemas de la ingestión de alimentos del recién nacido
P93	REACC. E INTOXICAC. X DROGAS Reacciones e intoxicaciones debidas a drogas administradas al feto y al recién nacido
P05	RETARD CRECIM. Y DESNUT. FETAL Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal
H35	RETINOPATÍA DEL PREMATURO Incluye retinopatía de la prematuridad (fibroplasia retrolenticular)
P36	SEPSIS BACTERIANA DEL RN Sepsis bacteriana del recién nacido, incluye sepsis congénita
A50	SÍFILIS CONGÉNITA Sífilis congénita del recién nacido en todas sus formas
Q90	SÍNDROME DE DOWN Síndrome de Down (Trisomía 21)
P24	SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL Incluye: Neumonía neonatal resultante de aspiración
P221	TAQUÍPNEA TRANSITORIA Taquipnea transitoria del recién nacido
A33	TETANOS NEONATAL
P07	TRANS.RELAC.CON BPN Trastornos relacionados con duracion corta de la gestación y bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte

Nota: cuando se dispone tanto de la edad gestacional como del peso al nacer la prioridad de asignación es del peso al nacer

- P29 TRANST.CARDIOVASC.PERINATAL
Trastornos cardiovasculares originados en el periodo perinatal
Excluye: Malformaciones congénitas del sistema circulatorio (Q20-Q28)
- P94 TRANST.TONO MUSCULAR RN
Trastornos del tono muscular en el recién nacido
- P12 TRAUMA CUERO CABELLUDO AL NACER
Traumatismo del nacimiento en el cuero cabelludo
- P13 TRAUMA ESQUELETO AL NACER
Traumatismo del esqueleto durante el nacimiento
- P14 TRAUMA SIST.NERVIOSO PERIFÉRICO
Traumatismo del sistema nervioso periférico durante el nacimiento
- P9999 OTRA PATOLOGÍA DEL RN
Este código se usará cuando el diagnóstico de patología del recién nacido no se encuentre en el listado presente en la HCMP. Esto permitirá utilizar la variable "Otra Patología del RN" y se utilizarán los códigos de la CIE 10.

Impresión
Decisión GRAFICA s.a.

**PROYECTO
2000**

Un Proyecto del Ministerio de Salud y USAID

