



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Material de apoyo para el Monitoreo del ESAFC/GISI

A atención Prenatal (APN)

Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD)



Agencia de Cooperación
Internacional del Japón

Noviembre, 2022



PROYECTO VIDA, SALUD Y FUERZA
Fortalecimiento de la Salud Familiar y Comunitaria
(MOSAFC)

■ Objetivo del uso de material de apoyo

Fortalecer los conocimientos adquiridos en **Atención Prenatal (APN)** y **Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD)**, estandarizando la verificación de evidencias necesarias al momento de los monitoreos de calidad de la atención.

■ Uso de material de apoyo

1. Leer el material de apoyo para familiarizarse y facilitar su entendimiento.
 2. Seleccionar 5 expedientes para aplicar los estándares de calidad de la APN y VPCD por cada sector de salud. El monitoreo debe realizarse mensualmente para asegurar la mejora continua (en los municipios con más de 10 sectores monitorear todos sus sectores bimensualmente).
 3. A medida que se aplican los estándares de calidad ir revisando el material de apoyo para verificar la presencia de las evidencias que debe tener el expediente clínico.
 4. Comparar los registros del “Censo Gerencial” y “Cuaderno de seguimiento de vacunas” con las notas de los expedientes clínicos.
 5. Retroalimentación de resultados y brindar asesoría técnica según hallazgos, logros y limitaciones encontrados.
 6. Establecer acuerdos y plan de mejora
-

Atención Prenatal (APN)



Criterio de selección de 5 expedientes de APN

1. Revisar la hoja ambulatoria de registro diario y el Censo Gerencial.
2. Seleccionar un (1) expediente que sea una captación.
3. Seleccionar dos (2) expedientes de embarazadas subsecuentes de bajo riesgo.
4. Seleccionar dos (2) expedientes de embarazadas subsecuentes con alto riesgo, en caso de no tener este tipo de pacientes puede seleccionar pacientes subsecuentes de bajo riesgo.

Consideraciones:

5. Revisar expedientes con material de apoyo.
6. Comparar los registros del Censo Gerencial con datos del expediente clínico.
7. Los registros del Censo Gerencial deben coincidir con los registros del expediente clínico.
8. Para mejorar la vigilancia durante el embarazo, además de la evaluación de las 13 actividades normadas de la HCP, es importante tomar en cuenta la edad gestacional que se debe realizar cada APN.
9. Verificar el registro adecuado del expediente clínico único en la HCP (identificación, código del lugar, nombre de la unidad de salud, edad, etc.)



Material de apoyo para el monitoreo **[APN]**

| | Criterio | Evidencias necesarias en el expediente clínico | Lugar de evidencia | Observación |
|---|---|---|---|--|
| 1 | Antecedentes Personales, Obstétricos y Estilos de vida de riesgo. | <p>Registro e interpretación de los Antecedentes Familiares, Personales, Obstétricos en el avalúo de la primera atención prenatal y considerar en las siguientes atenciones, si es necesario.</p> <p>Registro e interpretación de los Estilos de Vida de Riesgo (factores de riesgo) en el avalúo de todas las atenciones prenatales.</p> | <p>HCP, Formulario de clasificación del riesgo y Hoja de atención del expediente clínico.</p> <p>HCP, Formulario de clasificación del riesgo y Hoja de atención del expediente clínico.</p> | <p>Si viene de otro lugar como subsecuente, hay que tomar anamnesis igual que la captación e interpretar los Antecedentes Personales, Obstétricos y Estilos de vida de riesgo.</p> |
| 2 | Cálculo de Amenorrea y FPP. | Cálculo e interpretación de las SG de la embarazada en todos los APN, según FUM y/o U.S obstétrico del primer trimestre y FPP en la captación. | HCP y Hoja de atención del expediente clínico. | <p>Cotejar con datos en el CG.</p> <p>El US del 1er Trimestre es el estándar de oro para cálculo de SG y FPP.</p> |
| 3 | Medición de talla, peso y cálculo e interpretación del IMC. | <ul style="list-style-type: none">•Registro del resultado de la medición de la talla en la captación.•Registro del resultado de la medición del peso en cada APN.•Registro e interpretación de los resultados de IMC en la primera APN, cuando se conoce el peso pregestacional o es captada en las primeras 12 SG. <ul style="list-style-type: none">➤ Peso bajo: < 18.5➤ Peso normal: 18.5-24.9➤ Sobre peso: 25-29.9➤ Obesa: >30 | HCP y Hoja de atención del expediente clínico. | <p>Referir a Nutricionista y Ginecología si IMC <18.5 o > 24.9</p> <p>Indicar alimentación saludable según normativa para casos de problemas de nutrición durante el embarazo.</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Cuando no se conoce el peso pregestacional y es captada después de las 12 SG se debe valorar según Tabla CLAP Peso/Talla para la edad gestacional. | | |
| 4 | Aplicación de Vacuna Antitetánica. | <ul style="list-style-type: none"> • Registro e interpretación en primera APN de la aplicación de DT en la embarazada según esquema (previa o durante el embarazo) y APN siguientes de ser necesario. • En caso de 2da dosis aplicar con al menos 4 semanas posterior a la primera dosis o antes de 2 semanas de la FPP. | HCP y Hoja de atención del expediente clínico. | <p>Antes de aplicar DT, confirmar que no ha recibido Vacuna anti COVID-19 en los últimos 15 días.</p> <p>No aplicar DT, en los primeros 15 días posterior a aplicación de anti-COVID-19.</p> |
| 5 | Exámenes de Laboratorio (Grupo y Rh, PAP- Colposcopia, VDRL/RPR, EGO- Cintas de Uroanálisis- Urocultivo, Hb, Glicemia-PTOG Consejería y prueba voluntaria de VIH). Si aplica: toxoplasmosis, Chagas y Malaria. | <ul style="list-style-type: none"> • Registrar el envío de exámenes en la primer APN y Atenciones subsecuente cuando sea necesario. • Realizar y registrar resultado de Test de Cinta de Uroanálisis en todos los APN. • Registro del análisis, diagnóstico, manejo y seguimiento según el resultado de exámenes de laboratorio en todas las APN. | HCP y Hoja de atención del expediente clínico. | <p>En caso de captación hay que dejar escrito el envío de los exámenes y resultado/análisis.</p> <p>En cada contacto con la embarazada, verificar e interpretar los resultados de exámenes de laboratorio.</p> <p>Indicar cita para lectura de exámenes, si es posible y necesario.</p> |
| 6 | Examen odontológico (uso del formato). | <ul style="list-style-type: none"> • Registro e interpretación del resultado del examen odontológico en la captación. • Registro sobre la consejería en prevención de infecciones bucodentales. | HCP, Formato periodontograma de la embarazada y Hoja de atención del expediente clínico. | Si hay problemas de periodontitis y/o procesos infecciosos referir odontología. |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> •Es necesario confirmar o descartar enfermedad periodontal y/o bucal y, no sólo la presencia o no de caries dentales. | | |
| 7 | Examen de Mamas. | <ol style="list-style-type: none"> ① Registro sobre el tipo de pezón: normal, invertidos o planos, texturas de la piel, salida de secreciones, color de la piel y tumor, etc. en la captación. ② Interpretación sobre las condiciones del pezón, destacando en el avalúo pezón normal, invertido, plano y si es apto para Lactancia Materna. ③ Registre la consejería brindada sobre Lactancia Materna en cada APN. ④ Registro en los planes del expediente clínico en caso de pezón plano o invertido sobre la consejería brindada en la preparación del pezón para la Lactancia Materna desde el momento del diagnóstico, si la paciente no presenta signos o síntomas de Amenaza de Parto Pretérmino (APP). | <p>HCP y Hoja de atención del expediente clínico.</p> <p>Hoja de atención del expediente clínico.</p> <p>Hoja de atención del expediente clínico.</p> <p>Hoja de atención del expediente clínico.</p> | Indicar si hay cirugías previas de la mama. |
| 8 | Evaluación fetal: Auscultación de FCF (A partir de las 20 SG) y Movimientos Fetales (Después de las 18 SG). | <ul style="list-style-type: none"> •Registro completo en la HCP, segmento de Gestación Actual, casilla de FCF (a partir de las 20 SG en cada APN). VN: 120-160 lpm. •Registro e Interpretación de los movimientos fetales a partir de las 18 SG en los APN con la embarazada en decúbito lateral izquierdo preferiblemente. | HCP y Hoja de atención del expediente clínico. | Si la paciente refiere disminución de los movimientos fetales referir a Ginecología para su valoración. |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| 9 | Determinación e Interpretación de PA e identificación de factores de riesgo. | <ul style="list-style-type: none"> •En la captación valorar si el resultado de PA es normal o anormal. Además, averiguar sobre antecedentes de alteraciones de la PA. •En todos las APN registrar e interpretar el resultado de la PA y determinar si hay otros factores de riesgo para Hipertensión arterial en el embarazo. | HCP, Formulario de clasificación del riesgo y Hoja de atención del expediente clínico. | En todos las APN se debe interpretar la PA actual y comparar con la PA de las APN anteriores. |
| 10 | Medición de Altura Uterina, grafica e interpretación. | <ul style="list-style-type: none"> •Registro e interpretación de la Altura Uterina a partir de las 13 SG en cada APN, relacionando con las SG y Ganancia de Peso Materno. | HCP, Hoja de atención del expediente clínico y la gráfica en el reverso de Carne perinatal. | Tomar en cuenta los factores que ocasionan aumento o disminución de la altura uterina en relación a las SG. |
| 11 | Realización de USG: valorar registro en formato adjunto a la HCP. | <ul style="list-style-type: none"> •Registro e interpretación del resultado de ultrasonidos durante las APN: 1ro: Primeras 12 SG (SG y FPP) 2do: 18-22 SG (estructural) 3ro: 36-38SG (líquido, placenta, feto) | HCP, formato control de resultados de ultrasonidos y Hoja de atención del expediente clínico. | Priorizar la realización de U.S del primer trimestre para tomar en cuenta en el cálculo de la edad gestacional y FPP. |
| 12 | Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal pregestacional o de las primeras 12 semanas de gestación. | <ul style="list-style-type: none"> •Registro e interpretación de los resultados (cifras: IMC en la primera APN). <ul style="list-style-type: none"> ➢ Peso bajo: < 18.5 ➢ Peso normal: 18.5-24.9 ➢ Sobre peso: 25-29.9 ➢ Obesa: >30 •Interpretación de la ganancia de peso entre uno y otro APN. •Interpretar la ganancia de peso acumulado según el peso anterior. •Interpretar la ganancia de peso desde el primer control hasta el actual. | <p>HCP y Hoja de atención del expediente clínico.</p> <p>HCP, Hoja de atención del expediente clínico y la gráfica en el reverso de Carne perinatal.</p> | <p>Describir si hay o no incremento de peso desde la captación.</p> <p>Si es captación tardía utilizar con la tabla CLAP.</p> <p>En caso de identificar problemas del estado nutricional de la embarazada en cualquiera de las APN, referir a especialista en Nutrición y Ginecología.</p> |

| | | | | |
|----|--|---|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> •Aumento de peso recomendado según IMC pregestacional (Kg). IMC < 18.5: 12.5-18.0 kg IMC 18.5-24.9: 11.5-16.0 kg IMC 25-29.9: 7.0-11.5 kg IMC \geq 30: 5.0-9.0 kg •Cuando no se conoce el peso pregestacional y es captada después de las 12 SG se debe valorar según Tabla CLAP Peso/Talla para la edad gestacional. | | <p>Recordar que las embarazadas pueden disminuir su peso en el primer trimestre del embarazo debido a los síntomas presuntivos del embarazo e inicio de cambios fisiológicos y hormonales.</p> |
| 13 | <p>Consejería en LM, Plan de Parto, Planificación Familiar, APN, Alimentación y Nutrición durante el embarazo, Uso de la Casa Materna, Parto Institucional e Identificación de Señales de Peligro durante el Embarazo, Parto, Parto, Puerperio y del/la RN, Prevención de ITS y VIH y Prevención de VBG.</p> | <ul style="list-style-type: none"> •Registro sobre la consejería de Lactancia materna, Plan de Parto, Planificación Familiar, APN, Alimentación y Nutrición durante el embarazo, según incremento de peso materno, Uso de la Casa Materna, Parto Institucional e Identificación de Señales de Peligro durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del/la RN, Prevención de ITS y VIH y Prevención de VBG en todos los APN y Consejería sobre Parto Humanizado. | <p>HCP y Hoja de atención del expediente clínico.</p> | <p>Referir a las 36 SG a Casa Materna las embarazadas del área rural para asegurar la atención del parto institucional.</p> |

Historia Clínica Perinatal (Anverso)

| HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP/SMR-OPS/OMS | | | | | | | | | | FECHA DE NACIMIENTO | | | ETNIA | | ALFA BETA | | ESTUDIOS | | CASO/CONTIN. | | N° expediente único | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|----------------------|-----|-------|--------|-------------|-------------------|---------|----------|---------|--------------|---------------------------------------|---------------------|----|--|----|----------------------|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NOMBRES | | | | | APELLIDOS | | | | | dia | mes | año | blanca | negra | ninguno | primera | casada | unión | N° INSS | | N° Identidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO (Localidad, Dirección-exacto) | | | | | | | | | | urbana | | rural | | EDAD (años) | | < de 20 | | > de 35 | | vive sola | | no | | si | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA | | | | | TELEF. | | | | | CODIGO LUGAR DE APN | | | | | NOMBRE U/S DE APN | | | | | CODIGO LUGAR DEL PARTO | | | | | NOMBRE U/S DEL PARTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FAMILIARES | | | | | | | | | | PERSONALES | | | | | | | | | | OBSTETRICOS | | | | | | | | | | gestas previas | | | | | | | | | | abortos | | | | | | | | | | vaginales | | | | | | | | | | nacidos vivos | | | | | | | | | | viven | | | | | | | | | | FIN EMBARAZO ANTERIOR | | | | | | | | | | menor de 3 años | | | | | | | | | | mayor de 5 años | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TBC | | | | | | | | | | diabetes | | | | | | | | | | hipertensión | | | | | | | | | | preeclampsia | | | | | | | | | | eclampsia | | | | | | | | | | otras cond. | | | | | | | | | | medica grave | | | | | | | | | | anomalía congénita | | | | | | | | | | cardiopat. | | | | | | | | | | infertilidad | | | | | | | | | | cirugía | | | | | | | | | | genito-urina | | | | | | | | | | nefropatía | | | | | | | | | | violencia | | | | | | | | | | enf. inmunológica | | | | | | | | | | VIH | | | | | | | | | | otras | | | | | | | | | | ULTIMO PREVIO | | | | | | | | | | n/c | | | | | | | | | | < 2500g | | | | | | | | | | normal | | | | | | | | | | ≥ 4000g | | | | | | | | | | 3 esgot. consecutivos | | | | | | | | | | partos | | | | | | | | | | cesáreas | | | | | | | | | | nacidos muertos | | | | | | | | | | muertos 1° sem. | | | | | | | | | | después 1° sem. | | | | | | | | | | EMBARAZO PLANEADO | | | | | | | | | | no | | | | | | | | | | si | | | | | | | | | | FRACASO METODO ANTICONCEP. | | | | | | | | | | no | | | | | | | | | | si | | | | | | | | | | usaba | | | | | | | | | | barrera | | | | | | | | | | DIU | | | | | | | | | | homop | | | | | | | | | | emier | | | | | | | | | | natural | | | | | | | | | | genica | | | | | | | | | |
| PESO ANTERIOR | | | | | | | | | | TALLA (cm) | | | | | | | | | | IMC | | | | | | | | | | EG confiable | | | | | | | | | | FLUJA ACT. | | | | | | | | | | FLUJA PAS. | | | | | | | | | | DROGAS | | | | | | | | | | ALCOHOL | | | | | | | | | | VIOLENCIA | | | | | | | | | | VACUNAS | | | | | | | | | | teléfono/difteria | | | | | | | | | | si | | | | | | | | | | previa | | | | | | | | | | durante | | | | | | | | | | postparto | | | | | | | | | | aborto | | | | | | | | | | dia | | | | | | | | | | mes | | | | | | | | | | año | | | | | | | | | | n° total | | | | | | | | | | dosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EX. NORMAL | | | | | | | | | | CERVIX | | | | | | | | | | GRUPO | | | | | | | | | | Rh | | | | | | | | | | Inmuniz. | | | | | | | | | | TOXOPLASMOSIS | | | | | | | | | | Hb < 20 sem | | | | | | | | | | Hb ≥ 20 sem | | | | | | | | | | SUPLENTO | | | | | | | | | | influenza | | | | | | | | | | rubeola | | | | | | | | | | edad gest. | | | | | | | | | | señalada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ODONT | | | | | | | | | | MAMAS | | | | | | | | | | PALUDISMO/MALARIA | | | | | | | | | | BACTERIURIA | | | | | | | | | | GLUCEMIA EN AYUNAS | | | | | | | | | | ESTREPTOCOCCO B | | | | | | | | | | CONSEJERIA | | | | | | | | | | rubeola | | | | | | | | | | Anomalías prenatales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VH - Diag Tratamiento | | | | | | | | | | 24 Prueba solicitada | | | | | | | | | | TARV en emb. | | | | | | | | | | 24 Prueba solicitada | | | | | | | | | | TARV en conf. | | | | | | | | | | SE LIS | | | | | | | | | | Diagnostico y tratamiento | | | | | | | | | | 24 Prueba solicitada | | | | | | | | | | Tratamiento con PENICILINA | | | | | | | | | | Tto. de la pareja | | | | | | | | | | 24 Prueba solicitada | | | | | | | | | | Tratamiento con PENICILINA | | | | | | | | | | Tto. de la pareja | | | | | | | | | | Anomalías prenatales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATENCIONES ANTEPARTO | | | | | | | | | | dia | | | | | | | | | | mes | | | | | | | | | | año | | | | | | | | | | edad gest. | | | | | | | | | | peso | | | | | | | | | | PA | | | | | | | | | | altura uterina | | | | | | | | | | presen. facion | | | | | | | | | | FCF (lpm) | | | | | | | | | | movim. fetales | | | | | | | | | | prote. nuria | | | | | | | | | | ganancia de peso (KG) | | | | | | | | | | U/S que realiza | | | | | | | | | | APN | | | | | | | | | | signos de alarma, exámenes, tratamientos, USG | | | | | | | | | | Iniciales/ quién atendió | | | | | | | | | | próxima cita | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PARTO | | | | | | | | | | ABORTO | | | | | | | | | | CASA MATERNA | | | | | | | | | | EDAD GEST. | | | | | | | | | | HOSPITALIZ. | | | | | | | | | | CORTICOIDES ANTEPARTO | | | | | | | | | | INICIO | | | | | | | | | | ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO | | | | | | | | | | EDAD GEST. | | | | | | | | | | PRESENTACION SITUACION | | | | | | | | | | TAMAÑO FETAL ACORDE | | | | | | | | | | ACOMPANANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| referida | | | | | | | | | | Ingreso | | | | | | | | | | CONSULTAS PRE-NATALES | | | | | | | | | | total | | | | | | | | | | PLAN PARTO | | | | | | | | | | semanas | | | | | | | | | | completo | | | | | | | | | | incompl. | | | | | | | | | | ninguna | | | | | | | | | | n/c | | | | | | | | | | inducido | | | | | | | | | | cesar alect. | | | | | | | | | | hora | | | | | | | | | | min | | | | | | | | | | temp. ≥ 38°C | | | | | | | | | | por FUM | | | | | | | | | | por Eco | | | | | | | | | | transversa | | | | | | | | | | pareja | | | | | | | | | | familiar | | | | | | | | | | otro | | | | | | | | | | ninguno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CARNE | | | | | | | | | | hora | | | | | | | | | | min | | | | | | | | | | posicion de la madre | | | | | | | | | | PA | | | | | | | | | | FC | | | | | | | | | | contr./10' | | | | | | | | | | dilatación | | | | | | | | | | altura present. | | | | | | | | | | variedad posit. | | | | | | | | | | meconio | | | | | | | | | | FCF | | | | | | | | | | PRUEBAS EN TDP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NACIMIENTO | | | | | | | | | | Vivo | | | | | | | | | | Muerto | | | | | | | | | | intra hosp. | | | | | | | | | | extra hosp. | | | | | | | | | | hora | | | | | | | | | | min | | | | | | | | | | dia | | | | | | | | | | mes | | | | | | | | | | año | | | | | | | | | | MÚLTIPLE | | | | | | | | | | orden | | | | | | | | | | TERMINACION | | | | | | | | | | espont. | | | | | | | | | | cesárea | | | | | | | | | | Indicacion principal de inducción o parto operatario | | | | | | | | | | CONDUCCION | | | | | | | | | | INDUCCION | | | | | | | | | | OPER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| POSICION PARTO | | | | | | | | | | DESGARROS | | | | | | | | | | Análisis cumplimiento del MATEP comp. | | | | | | | | | | PLACENTA | | | | | | | | | | LIGADURA CORDON | | | | | | | | | | ocitocicos | | | | | | | | | | antibiot. | | | | | | | | | | analgesia | | | | | | | | | | anest. local | | | | | | | | | | anest. region. | | | | | | | | | | anest. genl. | | | | | | | | | | transf. | | | | | | | | | | sulfato de Mg | | | | | | | | | | preclam. eclam. | | | | | | | | | | otros (código) | | | | | | | | | | medic 1 | | | | | | | | | | medic 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECIENACIDO | | | | | | | | | | SEXO | | | | | | | | | | PESO AL NACER | | | | | | | | | | CANGURO RN ≤ 2000 | | | | | | | | | | LONGITUD | | | | | | | | | | P. CEFÁLICO | | | | | | | | | | EDAD GESTACIONAL | | | | | | | | | | PESO E.G. | | | | | | | | | | adec. | | | | | | | | | | REANIMACION | | | | | | | | | | máscara | | | | | | | | | | intubacion | | | | | | | | | | oxigeno | | | | | | | | | | masaje | | | | | | | | | | medicacion | | | | | | | | | | ATENDIO | | | | | | | | | | medico | | | | | | | | | | obst. | | | | | | | | | | pediatra | | | | | | | | | | enf. | | | | | | | | | | auxil. | | | | | | | | | | estud. | | | | | | | | | | empir. | | | | | | | | | | otro | | | | | | | | | | Nombre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUIDADOS ESPECIALES | | | | | | | | | | Apoyo precoz | | | | | | | | | | Lactancia materna | | | | | | | | | | Cura umbilical | | | | | | | | | | Prolifaxis oftálmica | | | | | | | | | | Vitamina K | | | | | | | | | | Fallece en Sala de parto | | | | | | | | | | RN | | | | | | | | | | Medre | | | | | | | | | | alco. conf. | | | | | | | | | | neona. tolog. | | | | | | | | | | otro hosp. | | | | | | | | | | tempo | | | | | | | | | | hora | | | | | | | | | | min | | | | | | | | | | Temp °C | | | | | | | | | | P.A. | | | | | | | | | | FC | | | | | | | | | | involucion uterina | | | | | | | | | | loquicos | | | | | | | | | | Responsable | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANOMALIAS CONGENITAS | | | | | | | | | | VIH EN RN | | | | | | | | | | SIFILIS | | | | | | | | | | TAMPAJE RENAL | | | | | | | | | | Metabólicas | | | | | | | | | | ALIMENTO AL ALTA | | | | | | | | | | Boca amba | | | | | | | | | | Meconio 1° dia | | | | | | | | | | PESO AL EGRESO | | | | | | | | | | y globulina anti D | | | | | | | | | | no | | | | | | | | | | si | | | | | | | | | | n/c | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EGRESO RN | | | | | | | | | | vivo | | | | | | | | | | fallece | | | | | | | | | | traslado | | | | | | | | | | fallece durante | | | | | | | | | | o en lugar | | | | | | | | | | de traslado | | | | | | | | | | EDAD AL EGRESO | | | | | | | | | | dias completos | | | | | | | | | | ALIMENTO AL ALTA | | | | | | | | | | Boca amba | | | | | | | | | | Meconio 1° dia | | | | | | | | | | PESO AL EGRESO | | | | | | | | | | y globulina anti D | | | | | | | | | | no | | | | | | | | | | si | | | | | | | | | | n/c | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de cita de seguimiento | | | | | | | | | | dia | | | | | | | | | | mes | | | | | | | | | | año | | | | | | | | | | lugar | | | | | | | | | | Id. RN | | | | | | | | | | Nombre RN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo patológico individual)

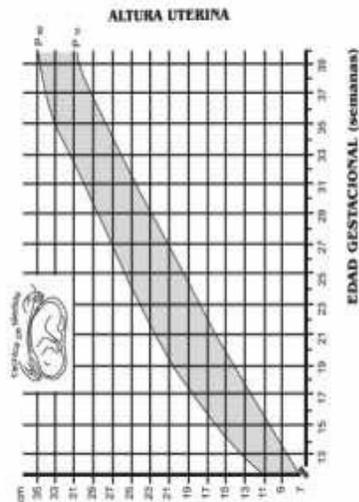
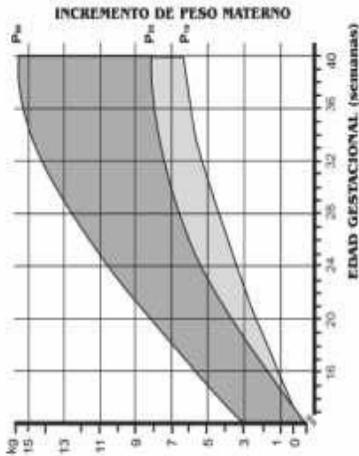
H2P MBR/ISS ANIBES/ESP/ACL. Mar/2011 (5/10/2020)

Historia Clínica Perinatal (Reverso)

| MORBILIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| TRASTORNOS HIPERTENSIVOS | | | | | HEMORRAGIA | | | | | | | | | | | | | | |
| no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> | | | | | 1º TRIMESTRE no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| Hipertensión crónica <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Pre eclampsia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Pre eclampsia grave <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Eclampsia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí HELLP <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Hipertensión gestacional <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Hipertensión crónica + PE sobreagregada <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí | | | | | INFECCIONES no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> Sepsis <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Pielonefritis <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Endometritis <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Neumonía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Infección herida cesárea <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Corioamnionitis <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Infección episiorrafía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Bacteriuria asintomática <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Otra infección <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí | | | | | 2º TRIMESTRE no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> Post aborto <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Mola hidatiforme <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Embarazo ectópico <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Placenta previa <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Acretismo placentario <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí DPPNI <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí | | | | | 3º TRIMESTRE no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> Rotura uterina <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Hemorragia postparto <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Atonía uterina <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Desgarros <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Restos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Defecto de coagulación <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí | | | | |
| TRASTORNOS METABÓLICOS | | | | | OTROS TRASTORNOS | | | | | COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS | | | | | | | | | |
| DIABETES MELLITUS no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> Tolerancia oral a la glucosa anormal <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí D.M. insulino dependiente previa <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí D.M. no insulino dependiente previa <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí D.M. gestacional <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Estado hiperglicémico hiperosmolar <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Hipoglicemia sintomática <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Cetoacidosis <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Estado hiperglicémico <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí | | | | | TRASTORNOS TIROIDEOS no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> Hipotiroidismo <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Hipertiroidismo <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Crisis tiroidea <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Otro trastorno metabólico <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí | | | | | Hiperemesis gravídica no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> Oliguria <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Trombosis venosa profunda <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Anemia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Tromboembolismo pulmonar <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Anemia falciforme <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Embolia L.A. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Enfermedad renal <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Cardiopatía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Neoplasia maligna <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Valvulopatía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Trastorno siquiátrico <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Convulsiones <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Colestasis <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Alteración del estado de conciencia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Otros <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí | | | | | Parto obstruido no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> Polihidramnios <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Ruptura prematura de membranas <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Pérdida del bienestar fetal <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Oligoamnios <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Restricción de Crecimiento Intrauterino <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Otro <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí | | | | |
| INTERVENCIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alumbamiento manual <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Uterotónicos para tto. Hemorragia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí | | | | | Via venosa central <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Administración de hemocomponentes <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí | | | | | Laparotomía (excluye cesárea) <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Ingreso a UCI <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Uso de ATB IV para tto. de complicación infecciosa <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí | | | | | Traje antishock no neumático <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Balones hidroestáticos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Suturas B-Lynch o similares <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas/hipogástricas <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Embolizaciones <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Histerectomía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí | | | | |
| VARIABLES PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRITERIOS CLÍNICOS / DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA | | | | | LABORATORIO | | | | | INTERVENCIONES | | | | | | | | | |
| Cardiovascular no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> Shock <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí paro cardíaco <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí | | | | | Renal no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> Oliguria resistente a líquidos o diuréticos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí | | | | | Laboratorio no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> Plaquetas < 50.000 por ml <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Creatinina ≥ 300 micromoles/l o ≥ 3,5 mg/dl <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Bilirrubina > 100 micromoles/l o > 6,0 mg/dl <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí pH < 7,1 <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Sat Hb < 90% ≥ 1 hora <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí PaO ₂ /FIO ₂ < 200 mmHg <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Lactato > 5 μmol/L o 45 mg/dl <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí | | | | | Administración continua de agentes vasoactivos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Transfusión <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Administración ≥ 3 vol de hemoderivados <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Ingreso a UCI <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Histerectomía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Diálisis en caso de IRA <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Reanimación cardio-pulmonar <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí | | | | |
| día Temp °C P.A. FC invol. uter. loquios periné lactancia observaciones Responsable | | | | | | | | | | EGRESO MATERNO FECHA | | | | | CONDICIÓN AL EGRESO sana NA c/patología muerte | | | | |
| 1º 2º 3º 5º a 10º | | | | | | | | | | día mes año hora min | | | | | lugar Traslado fallece durante o en lugar de traslado no si Autopsia no si | | | | |
| Lugar de seguimiento: Fecha de cita de seguimiento: | | | | | | | | | | TIPO DE EGRESO fallece contra consejo médico egreso médico | | | | | Inicio MAC no si pref. acod. inyectable pref. acod. barrera (otro) pref. acod. EQV fem | | | | |
| CONSEJERÍA anticoncepción oral escrita ninguna Responsable | | | | | | | | | | ACO "píldora" pref. acod. Otro hormonal (anil. vaginal, parche, AC) pref. acod. EQV masc. pref. acod. implante pref. acod. condón pref. acod. absti-nencia | | | | | EQV masc. pref. acod. implante pref. acod. condón pref. acod. absti-nencia | | | | |

HCP NEAR MISS REVERSO ESPAÑOL (Nícaragua) 11-11-2019
 Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

Carné de la Historia Clínica Perinatal (Reverso)



| dia | Temp. C | P.A. | FC | Pres. del feto | peso | lactancia | diarreas/dolor | hemorragia |
|---------|---------|------|----|----------------|------|-----------|----------------|------------|
| 1ª | | | | | | | | |
| 2ª | | | | | | | | |
| 3ª | | | | | | | | |
| 7 a 10ª | | | | | | | | |

EGRESO MATERNO FECHA: ____/____/____

CONDICIÓN AL EGRESO: sana mala complicada muerte

lugar: Tercero Tercero superior Alto Bajo

TPO DE EGRESO: sana contra consejo médico agudo crónico

ANTICONCEPCIÓN

Inicio MAC: no sí pref. acord.

ACO "glándula": pref. acord. Otro hormonal (antiprogest. ante AB): pref. acord. EDV mec.: pref. acord.

inyectable pref. acord. barrera (otra) pref. acord. ECV fem pref. acord.

implante pref. acord. condón pref. acord. abstinencia pref. acord.

Lugar de seguimiento: Fecha de últ. de seguimiento: ____/____/____

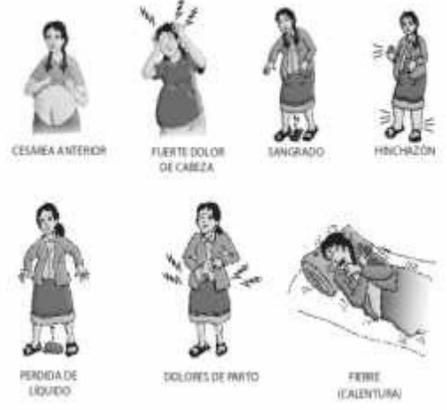
CONSEJERÍA anticoncepción: sí escrita ninguna Responsable



República de Nicaragua
Ministerio de Salud
Carné Perinatal



ASISTA AL HOSPITAL EN CASO DE:



Nombres: _____

Dirección: _____

Unidad de Salud: _____

Teléfono: _____

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

Su parto debe ser atendido en la Unidad de Salud.

Anexo 4

Formulario de Clasificación del Riesgo Criterios para Clasificar el Riesgo en la Atención Prenatal

Nombres y Apellidos: _____ Número de Expediente Clínico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas marcando con una **X** en la casilla correspondiente en cada Atención Prenatal...

| | | 1er APN | | 2º APN | | 3er APN | | 4 º APN | |
|---------------------------------|---|---------|----|--------|----|---------|----|---------|----|
| Antecedentes Obstétricos | | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si |
| 1 | Muerte fetal o muerte neonatal previas (28 SG – 7 días de vida) | | | | | | | | |
| 2 | Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos | | | | | | | | |
| 3 | Peso al nacer del último bebé menor de 2500 g | | | | | | | | |
| 4 | Peso al nacer del último bebé mayor de 4500 g | | | | | | | | |
| 5 | ¿Estuvo internada por hipertensión arterial o pre eclampsia / eclampsia en el último embarazo? | | | | | | | | |
| 6 | Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical)/ Cesárea previa referir a las 36 SG | | | | | | | | |
| Embarazo Actual | | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si |
| 7 | Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple | | | | | | | | |
| 8 | Menos de 20 años de edad | | | | | | | | |
| 9 | Más de 35 años de edad | | | | | | | | |
| 10 | Isoinmunización Rh Negativa en el embarazo actual o en embarazos anteriores (Realizar Coombs en II y III trimestre) | | | | | | | | |
| 11 | Sangrado vaginal | | | | | | | | |
| 12 | Masa pélvica | | | | | | | | |
| 13 | Presión Arterial Diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos | | | | | | | | |
| Historia Clínica General | | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si |
| 14 | Diabetes mellitus insulino dependiente | | | | | | | | |
| 15 | Nefropatía | | | | | | | | |
| 16 | Cardiopatía | | | | | | | | |
| 17 | Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol) | | | | | | | | |
| 18 | Cualquier enfermedad o afección médica severa. Por favor, especifique _____ _____ | | | | | | | | |

Una respuesta **Si** en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir una cruz en cualquier casilla amarilla/sombreada) significa que la embarazada se debe de clasificar como **Atención Prenatal de Alto Riesgo**.

| | | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|
| ¿Es elegible para Atención Prenatal de Alto Riesgo? | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|

Si la respuesta es NO, será atendida en atención de Bajo Riesgo.

Fecha: _____ Nombre: _____ Firma: _____

(Personal responsable de APN)

CÁLCULO DEL INCREMENTO DE PESO DURANTE LA GESTACIÓN.

El peso materno pregravídico insuficiente, la baja talla de la madre y el escaso o el exagerado incremento de peso durante el embarazo han sido asociados con malos resultados perinatales.

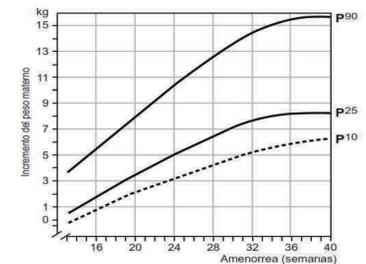
PROCEDIMIENTO PARA ESTIMAR EL PESO CUANDO SE DESCONOCE

Hasta las 13 semanas de gestación; usar el peso actual como peso pregestacional para clasificar a la gestante según IMC.

De 13 a más semanas de gestación: clasificar el estado nutricional de la madre de acuerdo con la tabla CLAP "Peso para la Talla" según edad gestacional (Figura 6). Clasificar Normal si su peso está entre el P10 y P90, Sobrepeso cuando es mayor a P90 y como Bajo Peso. Para saber en dónde graficar, debe utilizar para cada APN dicha tabla. Por ejemplo, si la gestante mide entre 152-154 cms de talla:

- a las 16 SG debería pesar entre 47.3 y 61.4 Kg
- a las 20 SG entre 51.0 y 62.4 Kg
- a las 28 SG entre 54.6 y 65.0 Kg y
- a las 36 SG entre 56.2 y 66.6 Kg.

Figura 4. Incremento de peso materno en función de la edad gestacional



CÁLCULO DEL INCREMENTO DE PESO DURANTE LA GESTACIÓN

Cuando el peso pregravídico es conocido o la primera consulta ocurre en el primer trimestre (y el peso determinado se asume como pregravídico), se calculará el Índice de Masa Corporal (IMC) (dividiendo el peso en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado: **peso [kg] / talla [m]²**).

Esto permite estimar los rangos de aumento adecuado de peso según el IMC previo al embarazo. Como se ve en el cuadro 8, la ganancia adecuada dependerá del IMC inicial.

Cuadro 8. Aumento de peso recomendado para mujeres según IMC pregestacional

| Categoría de peso | IMC (kg/m ²) | Aumento total de peso (Kg) |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Bajo peso | 12,0-18,4 | 12,5-18,0 |
| Peso normal (Eutrófica) | 18,5-24,9 | 11,5-16,0 |
| Sobrepeso | 25,0-29,9 | 7,0-11,5 |
| Obesidad | 30,0 o más | 5,0-9,0 |
| Embarazo Gemelar | Independiente de IMC | 15.9 – 20.4 |

La evaluación del IMC es importante en la Primera Atención Prenatal (antes de las 12 semanas) para detectar el punto de inicio y luego el incremento de peso en las APN subsecuentes, con el debido análisis e interpretación de la misma.

| CRONOLOGIAS DE ESTRATEGIAS COMUNITARIAS | Semanas de gestación | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----|-----|
| | 12 | 16-20 | 24-26 | 30 | 34 | 36 | 38 | 40 |
| | 1 ^a | 2 ^a | 3 ^a | 4 ^a | 5 ^a | 6 ^a | 1IE | 2IE |
| Anotar ingreso en el censo gerencial, independiente de las semanas de embarazo | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Negociar los procesos para implementar plan parto | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Garantizar la realización de los círculos de embarazadas | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Organizar las Brigadas de Traslado ante una Emergencia | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Llevarla al especialista si se detectan factores de riesgo | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Promover el parto institucional | | | X | X | X | X | X | X |
| Promover los beneficios de la casa materna | | | X | X | X | X | X | X |
| Acompañar a la embarazada hasta la casa materna | | | | | | X | X | X |
| Atención puerperal: desde el parto, hasta los 42 días, dentro de los 10 días, si fue parto institucional o a los 3 días si fue parto domiciliario, 2da atención antes de cumplir los 42 días post parto. Administrar vitamina A. | | | | | | | | |
| Atención post natal: desde el día 43 hasta el año: Promoción y seguimiento a lactancia materna y a la planificación familiar. | | | | | | | | |

Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD)

Criterio de selección de 5 expedientes de VPCD

1. Revisar la hoja ambulatoria de registro diario.
2. Seleccionar (1) expediente de niño/a de primera atención de VPCD, en caso de no tener este tipo de pacientes puede seleccionar pacientes subsecuentes.
3. Seleccionar (4) expedientes de niño/a con atenciones subsecuentes de 1,2,3 y 4 años.

Consideraciones:

4. Revisar expedientes con material de apoyo.
5. Comparar los registros del "Cuaderno de seguimiento de niños, niñas y adolescentes vacunados", "Censo de Primera Infancia" con los datos de expedientes clínicos (Historia Clínica Pediátrica y Hoja de seguimiento de AIN).
6. Verificar que el expediente clínico este completo: Historia Clínica Pediátrica, Hoja de seguimiento de AIN, Curvas de Crecimiento, Registro Inmunizaciones y Lactancia Materna, Descritas las Consejerías Brindadas y la Búsqueda de Violencia; verificando el registro completo, correcto y coherente de los datos.



Material de apoyo para el monitoreo **[VPCD]**

| | Criterio | Evidencias necesarias en la Hoja de seguimiento de AIN, Expediente clínico u otro | Lugar de evidencia | Observación |
|---|----------------------------------|---|---|---|
| 1 | Peso | Registro del Peso en Kg en cada atención de VPCD. | Hoja de seguimiento de AIN | <ul style="list-style-type: none">• Valorar última atención de VPCD• Revisar cronológicamente todas las atenciones de VPCD |
| 2 | Edad y Sexo | <ul style="list-style-type: none">① Registro de la edad en meses y días.② Registro del sexo (M o F) en la atención de VPCD. | Hoja de seguimiento de AIN | <ul style="list-style-type: none">• Valorar última atención de VPCD• Revisar cronológicamente todas las atenciones de VPCD |
| 3 | Talla | Registro de la Longitud/Talla en cm en la atención de VPCD. Menor de 2 años: Longitud (niño acostado) 2 años a más: Talla (niño de pie) | Hoja de seguimiento de AIN | <ul style="list-style-type: none">• Valorar última atención de VPCD• Revisar cronológicamente todas las atenciones de VPCD |
| 4 | Clasificar el estado nutricional | <ul style="list-style-type: none">• Interpretación de indicadores de crecimiento Peso para Longitud/Talla, Talla/Longitud para Edad, Peso/Edad e IMC/Edad, Perímetro cefálico y Perímetro Braquial en cada atención de VPCD.• Graficar y escribir el resultado de puntuación Z de cada indicador en el anverso de la Hoja de seguimiento de AIN.• Describir en el reverso de la Hoja de seguimiento de AIN la interpretación del estado nutricional, según puntuación Z.• Indicar SI es referido o NO al especialista, manejo y seguimiento en caso de alteración. | Gráfica de cada indicador Anverso y reverso de la hoja de seguimiento de AIN | <ul style="list-style-type: none">• Valorar última atención de VPCD• Revisar cronológicamente todas las atenciones de VPCD• Determinar el comportamiento de la curva, interpretarla y describirla |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| 5 | Determinar la tendencia del crecimiento. | <ul style="list-style-type: none"> • Registro sobre análisis de la tendencia del crecimiento en todas las atenciones de VPCD. • Graficar según los indicadores correspondientes. | Gráfica, anverso y reverso de la hoja de seguimiento de AIN | <ul style="list-style-type: none"> • Valorar última atención de VPCD • Revisar cronológicamente todas las atenciones de VPCD |
| 6 | Evaluar el desarrollo psicomotor | <ul style="list-style-type: none"> • Marcar el check de evaluación en el anverso de la hoja de seguimiento de AIN. • Interpretación sobre diagnóstico del desarrollo psicomotor. <p>Clasificar como;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probable alteración del desarrollo psicomotor (color rojo) • Desarrollo psicomotor adecuado con factores de riesgo (color amarillo) • Desarrollo psicomotor adecuado (color verde). | En el anverso de la hoja de seguimiento de AIN, El reverso de la hoja de seguimiento de AIN | |
| 7 | Determinar problema de desnutrición, anemia o riesgo nutricional. | <ul style="list-style-type: none"> • Marcar el check de evaluación en el anverso de la hoja de seguimiento de AIN. • Interpretación sobre el diagnóstico de los problemas de alimentación, anemia, desnutrición o riesgo nutricional. <p>Ver tabla de Indicadores de Crecimiento menores de 5 años (OMS).</p> <p>Clasificar problema de nutrición como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problema severo de nutrición (color rojo) • Problemas de alimentación (color amarillo) • Ningún problema de alimentación (color verde). <p>Clasificar la anemia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia grave (color rojo) • Anemia (color amarillo) • No tiene evidencia de anemia (color verde). | En el anverso de la hoja de seguimiento de AIN El reverso de la hoja de seguimiento de AIN | |

| | | | | |
|----|---|---|---|---|
| 8 | Brinda consejería sobre estimulación temprana. | <ul style="list-style-type: none"> • Registro sobre consejería para estimulación temprana. • Área motora, auditiva, visual, coordinación y cognitiva, social. | En el reverso de la hoja de seguimiento de AIN | Se debe brindar consejería sobre como estimular las áreas del neurodesarrollo, según la edad. |
| 9 | Trata los problemas de desnutrición, anemia o riesgo nutricional ó alteración del desarrollo Psicomotor encontrado. | <ul style="list-style-type: none"> • Registro sobre tratamiento de los problemas de desnutrición, anemia o riesgo nutricional, alteración del desarrollo Psicomotor encontrado. • En caso de ser normal colocar en el avalúo no hay problemas de nutrición, anemia, desarrollo psicomotor. | En el reverso de la hoja de seguimiento de AIN | |
| 10 | Administración de sulfato ferroso para prevención ó tratamiento de la anemia. | <ul style="list-style-type: none"> • Marcar check en el cuadrito. • Registro sobre el resultado de entrega de sulfato ferroso (preventivo o tratamiento), según corresponda. | En el anverso de la hoja de seguimiento de AIN El reverso de la hoja de seguimiento de AIN | Si no le corresponde por la edad, puede anotar N/A |
| 11 | Administrar vitamina A, una dosis cada 6 meses. | <ul style="list-style-type: none"> • Marcar el check en el cuadrito. • A partir de los 6 meses Registro sobre el resultado de entrega de vitamina A. | En el anverso de la hoja de seguimiento de AIN El reverso de la hoja de seguimiento de AIN | Si no le corresponde por la edad, puede anotar N/A |
| 12 | Administración de tratamiento antiparasitario | <ul style="list-style-type: none"> • A partir de 1 año anotar en el expediente clínico la indicación de antiparasitario cada 6 meses. • Mencionar en caso de no corresponderle por dosis vigente. • Si recibió en la Jornada Nacional del Poder Ciudadano para la Salud y anotar si no le corresponde en el VPCD. | En el anverso de la hoja de seguimiento de AIN Expediente clínico | Si no le corresponde por la edad, puede anotar N/A |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 13 | Se brinda consejería a la madre sobre lactancia Materna exitosa y alimentación complementaria. | <ul style="list-style-type: none"> • Marcar checks sobre Lactancia Materna si el bebé es menor de 2 años. • Registro sobre la consejería y orientación de Lactancia Materna exclusiva y tipos de alimentación para su edad. | <p>En el anverso de la hoja de seguimiento de AIN</p> <p>En el reverso de la hoja de seguimiento de AIN</p> | |
| 14 | Evalúa el estado de inmunizaciones | <ul style="list-style-type: none"> • Marcar check en el cuadrito si esquema es completo o incompleto, detallando las vacunas y No. de dosis aplicar. • Registro del esquema de vacunas correspondiente según la edad del niño. | <p>En el anverso de la hoja de seguimiento de AIN.</p> <p>La hoja de Historia clínica de atención a la niñez.</p> <p>Cuaderno de seguimiento de niños, niñas y adolescentes vacunados.</p> | <p>Se considera esquema incompleto, los esquemas retrasados para la edad.</p> <p>Ejemplo, Niño de 6 meses de edad llega a la US con primeras dosis de vacunas.</p> |
| 15 | Se acuerda cita de seguimiento de acuerdo seguimiento de AIN. | <ul style="list-style-type: none"> • Registro de la fecha de la próxima cita de seguimiento de VPCD según su edad. | <p>En el reverso de la hoja de seguimiento de AIN</p> | |
| 16 | Referencia al hospital según protocolo. | <ul style="list-style-type: none"> • Marcar Check indicando SI es referido o NO. <p>Registrar en el avalúo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de referencia registrar sobre el diagnóstico, unidad de salud y/o especialidad que es referido. | <p>En el reverso de la hoja de seguimiento de AIN</p> | |

Anexo 1

HOJA DE SEGUIMIENTO ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ

Nº de expediente (16 dígitos) _____ Procedencia: _____ Fecha: ____/____/____
 día mes año

Nombre: _____ Sexo: ____ Edad: ____/____ Temp: ____ Inscrito: SI NO
 Primer apellido Segundo apellido Nombres meses/ días

¿Porque trae al niño/niña? _____ Prueba de tamizaje Neonatal Realizado: _____

| NIÑO (A) MENOR DE 2 MESES DE EDAD | | Primera consulta | Subsecuente |
|--|---|---|---|
| 1. INFECCION BACTERIANA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respiración rápida | Respiraciones por minuto | Frecuencia Cardiaca: | SatO ₂ : |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dificultad para alimentarse | Ombigo y piel a su alrededor rojos | Se ve mal | Apnea |
| Convulsiones | Pústulas escasas en piel | Ombigo supurando | Quejido |
| Letargia, inconsciencia, flácidez | Pústulas extensas en piel | Supuración de oído | Aleteo nasal |
| Vomita todo | Tiraje subcostal (acentuado) | Supuración de ojos más edema | Fiebre |
| Cianosis central | Ictericia abajo del ombigo | Supuración de ojos | Palidez intensa |
| | Placas blancas en la boca | Manifestación de sangrado | Fontanela abombada |
| | Hipotermia | Distensión Abdominal | Llenado capilar > 2" |

| | | | |
|--|--|---|--|
| FAMILIA CANGURO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA: _____ | ROP: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | HIPOACUSIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | EVALUAR OTROS PROBLEMAS: |
| 1.1 DIARREA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 7 días o más de duración: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Sangre en las heces: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Anormalmente somnoliento: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Piel vuelve a su estado anterior lentamente <input type="checkbox"/> | Piel vuelve a su estado anterior muy lentamente <input type="checkbox"/> | Ojos hundidos <input type="checkbox"/> | Inquieto o irritable: <input type="checkbox"/> |

1.2 VACUNAS DE LA MADRE: Antitetánica: SI NO Anti Rubeola: SI NO Otras: SI NO 1.3 CONTROL PUERPERAL DE LA MADRE: SI NO

| NIÑO (A) DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD: | | Frecuencia Cardiaca: | FR: | SatO ₂ | Primera consulta | Subsecuente |
|--|--------------------------------|---|--|---|---|--|
| SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | DIARREA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | FIEBRE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Riesgo de malaria: Alto <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> |
| Dejó de comer o beber | Respiraciones por minuto _____ | 14 días o más de duración | Sangre en las heces | Inquieto irritable | Fiebre por 7 días o más de duración y todos los días | Resultado inmediato Gota Gruesa |
| Vomita todo | Respiración rápida | Ojos hundidos | Bebe ávidamente con sed | Piel vuelve lentamente | Gota gruesa positiva | Rigidez de nuca |
| Convulsiones | Tiraje subcostal | Piel vuelve muy lentamente | Manifestaciones de sangrado | | Coriza / ojos enrojecidos | Erupción cutánea generalizada |
| Anormalmente | Estridor en reposo | | | | Erupción cutánea generalizada | Manifestaciones de sangrado |
| Somnoliento | Sibilancias | | | | | |
| | 21 días o más de duración | | | | | |

| | | |
|--|--|--|
| PROBLEMAS DE OIDO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | PROBLEMAS DE GARGANTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | MALNUTRICIÓN O ANEMIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Dolor de oído | Dolor de garganta | Emaciación grave visible |
| Supuración del oído | Ganglios crecidos o dolorosos | Edema en ambos pies |
| ¿Supuración 14 días o más? | Exudados blancos en la garganta | Palidez palmar leve |
| Tumefacción detrás de oreja | Enrojecimiento de la garganta | Palidez palmar-intensa |
| | | Sobrepeso/Obesidad |

Evaluación nutricional: Registre mediciones en los espacios en blanco; grafique y registre las desviaciones estandar en cada indicador
 Determinar el estado nutricional: Peso: ____ g. Longitud/talla: ____ cm. Perimetro Braquial(PB/CMB): ____ cm. DE: ____ Perimetro cefálico (PC): ____ cm. DE: ____
 Peso/edad: DE: ____ Peso/longitud.-talla: DE: ____ Talla/Edad: DE: ____ IMC: ____ kg/mt2 DE: ____

| | | | |
|---|--|------------------------------------|----------------------|
| MENOR DE 2 AÑOS O PROBLEMAS DE ALIMENTACION, ANEMIA, DESNUTRICION O RIESGO NUTRICIONAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| ¿Tiene dificultad para alimentarse? | Si es amamantado ¿se amamanta durante la noche? | ¿Recibe otros alimentos o líquidos | |
| ¿Se alimenta al pecho materno? | ¿Se alimenta al pecho materno más de 8 veces al día | ¿Usa pacha? | |
| Si da otros alimentos ¿con que frecuencia? _____ al día. | Durante la enfermedad: ¿Hubo cambios en la alimentación? | | |
| SI ES MENOR DE 6 MESES O ALGUNA RESPUESTA A LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES INSATISFACTORIA, OBSERVAR: | | | |
| Presencia de placas blancas en la boca: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Problemas de posición | Problemas de agarre | Problemas de succión |

| | | | |
|-----------------|---|--|--|
| MICRONUTRIENTES | BUEN TRATO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Relación afectiva madre/hijo/a o cuidador: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | VACUNAS DE ACUERDO A LA EDAD |
| Hierro | SOSPECHA DE MALTRATO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | Esquema vacunación completo para su edad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Vitamina A | Lesiones físicas | Comportamiento alterado del niño/a | Nombre y dosis vacuna(s) que se aplicará: |
| Otro: | Lesión en genitales o ano | Comportamiento alterado de cuidador/a | |
| Antiparasitario | El niño/a expresa espontáneamente el maltrato | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| EVALUAR EL DESARROLLO: Tiene factores de riesgo para el neurodesarrollo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Alteraciones Fenotípicas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3 o más SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| < 1 MES | SI NO | 1 MES | SI NO | 2-3 MESES | SI NO | 4-5 MESES | SI NO | 6-8 MESES | SI NO | | |
| Succiona vigorosamente | <input type="checkbox"/> | Vocaliza | <input type="checkbox"/> | Mira el rostro de la madre | <input type="checkbox"/> | Responde al examen | <input type="checkbox"/> | Intenta tomar un juguete | <input type="checkbox"/> | | |
| Manos cerradas | <input type="checkbox"/> | Alterna movimientos de piernas | <input type="checkbox"/> | Sigue con la mirada objetos | <input type="checkbox"/> | Agarra objetos | <input type="checkbox"/> | Lleva objeto a la boca | <input type="checkbox"/> | | |
| Flexiona brazos y piernas | <input type="checkbox"/> | Abre las manos | <input type="checkbox"/> | Reacciona al sonido | <input type="checkbox"/> | Emite sonidos | <input type="checkbox"/> | Localiza el sonido | <input type="checkbox"/> | | |
| Reflejo de moro | <input type="checkbox"/> | Sonrisa social | <input type="checkbox"/> | Eleva la cabeza | <input type="checkbox"/> | Sostiene la cabeza | <input type="checkbox"/> | Gira hacia el objeto | <input type="checkbox"/> | | |
| 9-11 MESES | SI NO | 12-14 MESES | SI NO | 15-17 MESES | SI NO | 18-23 MESES | SI NO | 24-35 MESES | SI NO | 36-59 meses | SI NO |
| Juega a descubrirse | <input type="checkbox"/> | Imita gestos | <input type="checkbox"/> | Hace gestos a pedidos | <input type="checkbox"/> | Identifica 2 objetos | <input type="checkbox"/> | Se quita la ropa | <input type="checkbox"/> | Se alimenta solo | <input type="checkbox"/> |
| Se pasa objetos | <input type="checkbox"/> | Pinzas superior | <input type="checkbox"/> | Coloca cubos en recipiente | <input type="checkbox"/> | Hace Garabatos | <input type="checkbox"/> | Torre de 5 cubos | <input type="checkbox"/> | Dice oraciones largas | <input type="checkbox"/> |
| Se sienta solo | <input type="checkbox"/> | Palabras confusas | <input type="checkbox"/> | Dice una palabra | <input type="checkbox"/> | Dice 3 palabras | <input type="checkbox"/> | Dice frases cortas | <input type="checkbox"/> | Se viste solo | <input type="checkbox"/> |
| Duplica sílabas | <input type="checkbox"/> | Camina con apoyo | <input type="checkbox"/> | Camina sin apoyo | <input type="checkbox"/> | Camina para atrás | <input type="checkbox"/> | Patea la pelota | <input type="checkbox"/> | Ordenes complejas | <input type="checkbox"/> |
| De 5 a 6 años | SI NO | De 7 a 8 años | SI NO | De 9 a <10 años | SI NO | | | | | | |
| Tiene grupo de amigos/as | <input type="checkbox"/> | Hace amigos y pertenece a grupo pares | <input type="checkbox"/> | Demuestra capacidad progresiva de tomar decisiones | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Felicita a otros por sus logros | <input type="checkbox"/> | Establece relación de cuidado y apoyo en su entorno | <input type="checkbox"/> | Experimenta seguridad en si mismo y de esperanza en el futuro | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Se disculpa por errores | <input type="checkbox"/> | Competencias morales, cognitivas, emocionales | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |

De los 6 a 9 años: Enfóquese en que todo niño/a asista a la escuela y valore su desarrollo cognitivo, visual, social y funciones ejecutivas. (capacidad de procesar, organizar la información, iniciar una tarea, pensar antes de actuar), tomar decisiones y gestionar la respuesta emocional).

| CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGUN DESVIACIONES ESTANDAR | |
|---|---|
| Peso/edad: | CMB/edad – PB /edad: |
| Peso/Longitud-talla: | Anemia: |
| Índice de masa corporal | Esquema de vacunación: |
| Perímetro cefálico para la edad: | Análisis de la Tendencia del crecimiento: |
| CLASIFICACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL: Y/O DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA | |
| | |
| CLASIFICACION DE ENFERMEDADES PREVALENTE DE ACUERDO CON AIEPI | |
| | |
| CLASIFICACION DEL BUEN TRATO, SOSPECHA DE MALTRATO O ABUSO SEXUAL: | |
| | |

PLAN DE TRATAMIENTO:

Alimentación: (En menores de 2 años recomendar siempre Lactancia Materna, con énfasis en los menores de 6 meses la Lactancia Materna Exclusiva)

Medicamentos: _____

Exámenes: (BHC, EGH, EGO.) de rutina c/6 meses.

Normas/Consejería/ Recomendaciones:

Alimentación (Énfasis en Lactancia Materna en los niños menores de 2 años)

Cuidados del desarrollo/Crianza en valores/ Estimulación del desarrollo, Prevención de Violencia (describa lo que corresponde de acuerdo a su edad) _____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (Si aplica) _____

SEGUIMIENTO:(Fecha de próxima evaluación o VPCD): _____

Referido SI NO . En caso positivo coordinado en traslado con: _____

Nombre completo y apellido del personal que brinda atención: _____

Firma y sello: _____