

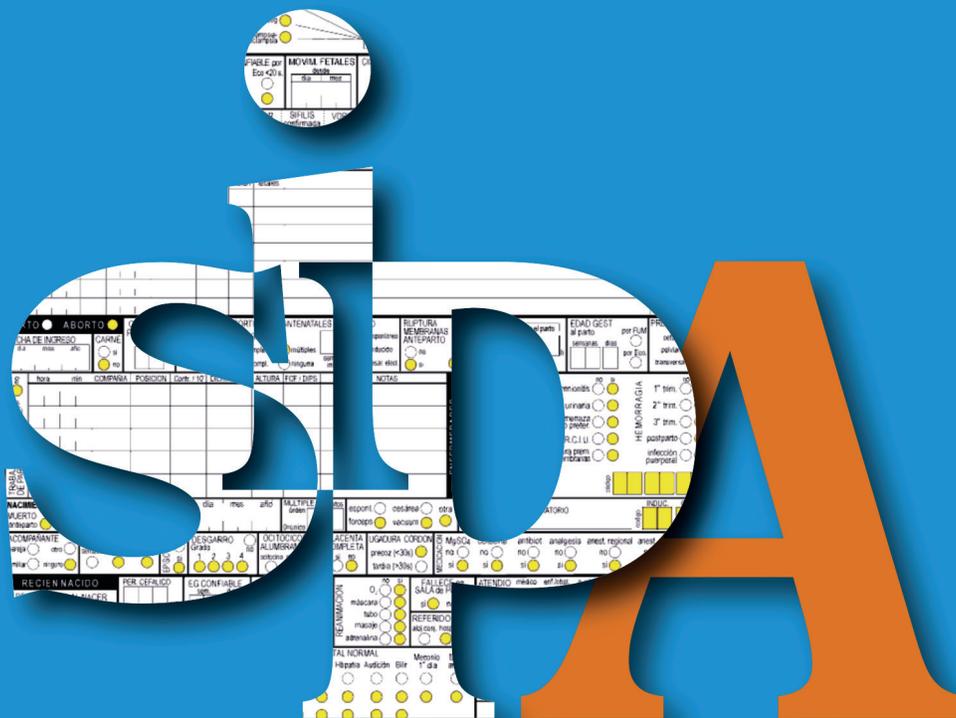


Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

Ministerio de Salud

Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica de asistencia a Mujeres en Situación de Aborto (MUSA)





Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

Ministerio de Salud

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



Historia Clínica – Mujeres en situación de aborto (HCMMSA)

El Módulo del SIP Aborto fue proyectado para el registro de datos relevantes para el monitoreo y evaluación de la calidad de asistencia a mujeres en situación de aborto, que incluye la atención post aborto.

Los objetivos del SIP ABORTO son:

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

El SIP ABORTO permite que en el mismo Establecimiento de Salud (E/S), los datos de la Historia Clínica puedan ser ingresados a una base de datos creada con el programa del SIP y así producir informes locales. A nivel nacional o regional, las bases de datos pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos indicadores en el tiempo, por áreas geográficas, redes de servicios u otras características poblacionales específicas. En el nivel central se convierte en un instrumento útil para la vigilancia de eventos materno-neonatales y para la evaluación de programas nacionales y regionales.

Todos los formularios pueden ser impresos desde el Programa SIP Plus. Esta nueva capacidad del SIP Plus produce un documento de muy fácil lectura con los datos ingresados hasta ese momento.



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

En el momento del alta se puede imprimir el documento con todos los formularios completos. El personal de salud se beneficia de esta manera simple de registrar un prolongado y a veces complejo proceso de atención.

Para realizar el registro de datos en esta historia el personal de salud que brinda atención postaborto debe cumplir lo siguiente:

- Anotar información en los espacios en blanco o en las casillas con letra legible de forma completa y correcta.
- La HCMSA contiene en su mayoría simbologías como rectángulos o cuadrados y círculos.
- Los rectángulos para registrar números o letras según la variable y los círculos para marcar con una X, la categoría de la variable.
- Los círculos marcados en blanco representan información considerada normal o lo realizado basado en las normativas y resultados de examen físico o de laboratorio.
- Los círculos de color amarillo constituyen una Alerta, no indica necesariamente riesgos ni prácticas inadecuadas. Acá el personal de salud asistencial debe detenerse y profundizar en la situación para realizar acciones oportunas (que deben ampliarse en las notas del expediente clínico).

La HCMSA contiene las siguientes secciones:

- **Identificación**
- **Antecedentes familiares, personales y obstétricos**
- **Gestación actual**
- **Admisión por aborto**
- **Traslado**
- **Pre-procedimiento**
- **Tratamiento/procedimiento**
- **Post-procedimiento**
- **Egreso**
- **Anticoncepción**
- **Referida**
- **Control en consulta externa**
- **Variables para identificar casos de near miss**
- **Epicrisis**

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



Además, en sus anexos lleva la HCMSA, el listado de las principales patologías relacionadas con embarazos que terminan en aborto según código de la CIE-10 y los indicadores básicos que se evalúan en el SIP Aborto.

SIP ABORTO

Para complementar la información que se maneja en el presente documento aconsejamos que el lector se refiera a documentos relevantes de OMS recientes en el tema de Aborto como:

- Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición OMS 2012. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/
- Manual de práctica clínica para un aborto seguro. OMS 2014. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es/
- Optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. OMS 2013. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/es/
- Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. OMS 2015. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/es/
- Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. OMS Quinta edición 2015 - Resumen ejecutivo. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

ABORTO

Sección: IDENTIFICACION

H.C. - MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO - CLAP/SMR - OPS/OMS		FECHA DE NACIMIENTO	ETNIA	ALFA BETA	ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	Nº expediente único
NOMBRES	APELLIDOS	día mes año	<input type="radio"/> blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input checked="" type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers. años en el mayor nivel	<input type="radio"/> casada <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> vive sola	
DOMICILIO (Localidad Dirección exacta)	urbana <input type="radio"/> rural <input checked="" type="radio"/>	EDAD (años)					Nº INSS
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	TELEF.	< de 20 <input type="radio"/> > de 35 <input checked="" type="radio"/>					Nº identidad
							Código del lugar de aborto

Nombre y apellidos

Anotar los nombres y apellidos de la mujer, como se escriben en la cédula de identidad. Cuando no tenga cédula de identidad por la edad, o ya sea porque tiene otra nacionalidad solicite otro documento con validez legal.

Domicilio

Se refiere a la dirección de la residencia habitual de la embarazada, durante los últimos tres meses. Anotar dirección exacta que incluya pueblo, comarca o barrio, para efectos de la búsqueda activa durante la visita domiciliar. Marcar si es urbana o rural.

Localidad

Se refiere al nombre de la ciudad, municipio, pueblo, o comarca. Esto para efecto de localizar a las embarazadas por municipios al momento de analizar los reportes.

Teléfono

Domiciliar o celular. Si no tiene anotar un número de teléfono de un familiar, o de otra persona que considere la embarazada (vecino), donde el personal de salud pueda comunicarse con ella o la familia, para su seguimiento.

Fecha de Nacimiento

Registre día, mes y año del nacimiento de la embarazada que aparece en su cédula de identidad o documento legal.

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



Edad

Al momento de la primera consulta (captación). Anotar los años cumplidos de la embarazada (según la fecha de su nacimiento de la cédula) en los dos espacios disponibles. Si es menor de 20 años o mayor de 35 años, marcar el círculo amarillo. Si es menor de 15 años, verifique que la fecha de nacimiento se haya registrado correctamente, para su análisis respectivo en la base de datos de SIP plus.

Etnia

Marcar el casillero que corresponda a la etnia que declara pertenecer la embarazada. La historia incluye la variable Etnia con 5 opciones de respuesta: blanca, indígena, mestiza, negra, otra. La forma de obtener el dato podría ser: ¿Cómo se considera? ¿blanca? ¿indígena?, ¿mestiza?, ¿de color?, ¿otros?

Alfabeta

Marcar en el círculo la respuesta (Si o No) según corresponda.

Estudios

Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación (marque según corresponda: ninguno, primaria, secundaria o universidad). Registrar únicamente el máximo nivel alcanzado.

- Años en el mayor nivel: Preguntar: ¿Cuál fue el año o grado más alto que aprobó en ese nivel? Registrar únicamente el año más alto que haya sido aprobado. Por ejemplo, si la mujer refiere haber completado hasta el 3er año de secundaria; marcar así: secundaria y registrar “3” en el espacio que corresponde a los años en el mayor nivel.

Estado Civil

Registrar la situación conyugal según corresponda. Se entiende por “unión estable” la convivencia permanente con un compañero, sin formalización legal. En “otro” se incluye casada, unión estable, soltera, otro (estas últimas dos en círculo amarillo).

- Vive sola: Indagar si la embarazada vive con familiares u otras personas, o vive sola. (en caso de vivir sola representa una alerta y se marca en el círculo amarillo).



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

Número de expediente único

La identificación única del expediente clínico utiliza la codificación de 16 dígitos para la identificación manual o automatizada de los expedientes clínicos de izquierda a derecha de la siguiente manera:

- Los primeros 3 dígitos de la casilla a registrar se corresponden al código del municipio de nacimiento (código que utiliza el Consejo Supremo Electoral). Por ejemplo: 161, si nació en el municipio de Estelí, o si es de Managua 001.
- Los siguientes 4 dígitos son las 4 iniciales de los 2 nombres y los 2 apellidos de la embarazada. Ejemplo María Auxiliadora García Rosales (MAGR).
- 1 dígito siguiente lo constituye el sexo. En el caso de la embarazada siempre será "F" (femenino).
- Continuar con los 6 dígitos siguientes de la casilla que representan la fecha de nacimiento de la embarazada. Por ejemplo :080290 (8 de febrero de 1990).
- Los 2 últimos dígitos representan un valor secuencial. Representa un identificador de control para eliminar asignaciones de un mismo código a más de un expediente, es decir si tiene a una embarazada con el mismo código de municipio con la misma fecha de nacimiento y las iniciales de sus nombres iguales, se evita la duplicidad del código asignado a los dígitos que corresponda, si ya está los últimos dos dígitos 01, le correspondería a la siguiente en sus 2 últimos dígitos 02.

Se utilizará el No. 9 como carácter comodín (relleno) para aquellos casos que los pacientes no cuenten con datos como: segundo nombre, segundo apellido, tal y como se muestra a continuación:

- Si solo tiene un nombre y dos apellidos -> F9BC.
- Si solo tiene nombre, segundo nombre y un apellido -> FEB9.
- Si solo tiene un nombre y un apellido -> F9B9.
- Si es un nombre compuesto no utilizar (de, los, la, etc.).

Si es extranjera se utilizará el código de área internacional de la guía telefónica o si no el código 800.

Ejemplo:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
0	0	1	J	9	M	9	F	1	5	0	6	9	2	0	1

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



Número de seguro social

Registrar el número de seguro social (INSS) en caso de que la embarazada lo tenga, como aparece en su carné o colilla INSS.

Número de Identidad

Anotar el número de cédula de identidad, tal y como está escrito en la misma, (son tres números iniciales que corresponden al código del lugar de nacimiento, 6 números centrales que corresponden a la Fecha de Nacimiento y los otros cuatro números terminando en una inicial mayúscula son del código asignado por el Consejo Supremo Electoral). Si no tiene cédula deje el espacio en blanco.

Código y nombre del lugar del aborto

Colocar el código y nombre del Establecimiento de salud donde se realiza la atención del aborto.

Sección: ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTETRICOS

El formulario está dividido en varias secciones:

- FAMILIARES:** Incluye TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave.
- PERSONALES:** Incluye cardiopat., interinidad, cirugía genito-urinaaria, nefropatía, violencia, enf. inmunológica, VIH+.
- OBSTETRICOS:** Incluye gestas previas, abortos (3 espont. consecutivos, embarazo ectópico), partos, cesáreas, nacidos vivos (viven, muertos 1º sem., después 1º sem.), nacidos muertos.
- ULTIMO PREVIO:** Incluye n/c, < 2500g, normal, ≥ 4000g.
- Antecedente de gemelares:** Incluye DO, SI.
- FIN EMBARAZO ANTERIOR:** Incluye día, mes, año, menos de 1 año, mayor de 5 años, Cesárea, Parto, Aborto, Emb. ectóp., Molar.

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

Para iniciar el llenado de este segmento: Observar que inicia un listado de patologías comunes tanto para registrar los antecedentes familiares, como los antecedentes de la propia embarazada los cuales deben ser investigados y marcados en cada círculo según estén presentes o no, en los respectivos círculos para cada una. No ocurre lo mismo en el listado que inicia con la cardiopatía, que es únicamente para investigar en la embarazada.



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

Familiares

Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos, cónyuge). Marcar en los círculos ubicados en el extremo izquierdo, SI, o NO, según corresponda. Observe que se debe investigar los antecedentes de anomalías congénitas tanto familiares como personales. Igual para otra condición médica grave.

Personales

Los propios de la embarazada. Marcar en el círculo ubicado en el centro o extremo derecho, No, o Si. En el caso de "otros", especificar. En el caso de la Diabetes se marcará el tipo de Diabetes (Tipo 1; 2, o G si es gestacional). El término cirugía genito-urinaria no incluye a las cesáreas, pero si incluye las Ooforectomía tubáricas OTB. Marcar según corresponda. Pregunte y registre historia familiar o personal de anomalías congénitas. Marcar NO o SI.

12 Violencia

Se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no, de signos de violencia en el embarazo actual (registrar al mismo tiempo violencia en la gestación actual en el expediente), y marcar el círculo "Si" o "No". Corresponde a cualquiera de todas las formas; violencia física, mental, psicológica, económica y sexual que ocurre durante la actual gestación.

Se recomienda realizar la detección de signos clínicos en cada atención prenatal y según la Norma y protocolo-031 del MINSA. Se describen formas regladas de interrogar sobre violencia emocional, física, sexual y psicológica, se recomienda usar el siguiente modelo de interrogatorio en la primera atención prenatal:

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

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

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



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

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

Una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas que indagan sobre violencia en el último año debe registrarse en la sección de antecedentes personales. Igual las relacionadas con el embarazo actual, marcar “SI”. **Si la situación de violencia es actual y hay signos de sospecha debe ser notificado inmediatamente según Norma y Protocolo 031 MINSA vigente.**

13

Antecedentes obstétricos

Gestas previas

Se refiere al número de embarazos previos, sin incluir el embarazo actual. Colocar 00 si el embarazo actual es el primero. El número de gestas debe coincidir con la sumatoria de los Partos (vaginales + cesáreas) más abortos (los embarazos ectópicos son abortos según clasificación de la CIE-10), excepto en el caso de antecedentes de embarazo múltiple.

Embarazo ectópico

Se anotará el número correspondiente a los antecedentes de embarazos producidos fuera del útero en el rectángulo correspondiente.

Abortos

Según la CIE-10, se define Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 g. Se registrarán de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos. Se debe registrar el número de abortos. Si la mujer reporta haber tenido 3 abortos espontáneos consecutivos marcar con una X en el círculo amarillo en señal de alerta y debe ser estudiada adecuadamente. Si no tiene antecedentes de Aborto, marcar con 00.



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

Partos/Vaginales–Cesáreas

Se refiere al número de partos. Si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntar: ¿Cuántos fueron partos vaginales y cuántos fueron por cesárea? y registrar. Analizar que la cesárea se registra en el cuadro amarillo lo que se debe indagar sobre los motivos y registrar en el expediente clínico (motivo, número y fecha).

En relación con el último parto previo, pregunte el peso del recién nacido (RN). Marcar si el peso fue menor de 2500 g.; igual o mayor a 4000 g.; o normal, o n/c (no conoce), según corresponda en cada círculo. También preguntar por parto gemelar y si ha tenido ha tenido hijo/a con anomalías congénitas incluye anomalías identificadas en muerte fetal.

Nacidos/as Vivo/as

14 Según la CIE-10 se clasificará recién nacido vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre. Se considerarán signos de vida si el RN respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios. La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical, o que la placenta permanezca unida o no. Si no tiene antecedentes, marcar con 00.

Nacidos/as Muertos/as

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

Viven

Registre el número de hijos/as que están vivos/as al momento de la atención prenatal.

Muertos/as 1ra semana

Registrar el número de hijos/as, que nacieron vivos, pero fallecieron durante el período entre el nacimiento y el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos). Cuando no tenga hijos/as muertos en este periodo marcar 0 (cero).

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



Muertos/as después de la 1ra semana

Registre el número de hijos/as que nacieron vivos pero que fallecieron después de la primera semana de vida (7 días o más) hasta 11 meses 29 días, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente de color amarillo. Si no tiene hijos/as fallecidos en este período marcar 0 (cero).

Fin del embarazo anterior

Anotar el día, mes y el año (como mínimo mes y año) de finalización del embarazo; inmediatamente el anterior al actual, ya sea que haya terminado en parto/cesárea, aborto, embarazo ectópico o molar. Marcar 00 si se trata de una primigesta. Marcar con x el círculo amarillo la finalización del embarazo que ocurrió en un período menor de 1 año desde el inicio del embarazo actual.

Sección: GESTACION ACTUAL

GESTACION ACTUAL		EG confiable por:	ANTECEDENTES				EMBARAZO PLANEADO no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>					GRUPO		
PESO ANTERIOR	TALLA (cm)	FUM Eco <20 s.	Fuma act.	Fuma pas.	Drogas	Alcohol	Fracaso método anticonceptivo					Rh	Inmuniz.	
<input type="text"/>	1	no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	No usaba	Barera	DIU	Hormonal	Emergencia	Natural	- <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/>	+ <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>				

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

Peso anterior

Se refiere al peso habitual de la mujer PREVIO del embarazo actual. Cuando se desconoce el peso previo y la embarazada es captada en las primeras 12 semanas, se registrará el peso en esa primera atención prenatal como Peso anterior.

Recomendaciones para tomar el peso:

- Calibrar la pesa al menos cada semana.
- Solicitar a la embarazada que se quite los zapatos.
- Ropa la más mínima posible o una bata de examen.
- Registrar inmediatamente el peso, para evitar que se olvide.
- Cuando el peso anterior es desconocido, estimarlo utilizando la tabla de peso materno para la talla, según edad gestacional diseñada por el CLAP.

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

Este dato es útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo. La medida más utilizada es el **Índice de Masa Corporal (IMC)** que se calcula dividiendo el peso en Kg entre el cuadrado



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

de la talla expresada en metros (m^2) (**IMC = peso en Kg/Talla en m^2**). Por ejemplo, si la gestante pesa 60 Kg y tiene una talla de 1.60 m, el cálculo será: $60 / 1.60^2$ (o sea 1.6×1.6) = 23.44 Kg/ m^2 .

Talla (expresada en cm)

Debe ser medida directamente al momento de la primera atención prenatal. Una vez aplicada la técnica adecuada registrar en la casilla correspondiente el valor obtenido para evitar que se olvide. El dato obtenido se registrará en centímetros.

Fecha de Última Menstruación (FUM)

Este dato es esencial para calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto. Muchas decisiones clínicas dependen de las semanas de gestación y por ello es importante obtener un dato confiable. Anotar en la casilla el día-mes-año. Se considera el primer día del sangrado del último período menstrual como el primer día de la FUM (y no el último día del sangrado de ese periodo, esto es uno de los errores más comunes).

Para que esta fecha sea confiable, la mujer debe haber tenido ciclos regulares (cada 28 días) y no haber tomado anticonceptivos durante los tres meses anteriores a la concepción.

En una mujer regular, se considera que la ovulación ocurre 14 días posteriores a la FUM (2 semanas después), momento en el cual se produce la concepción. Si se desconoce el dato anotar 00. Cuando la fecha de última menstruación no está disponible, una posibilidad es estimar a partir de ultrasonido obstétrico antes de las 20 S/G u otro método que sea confiable.

Fecha Probable de Parto (FPP)

Se anotará el día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación. Para su cálculo, se recomienda usar el gestograma como el recomendado por el CLAP o cualquier otro calendario obstétrico. Este consta de dos discos, uno más pequeño, móvil, donde están escritas las semanas de gestación; y otro fijo, de mayor tamaño, sobre el que gira el disco móvil, donde figura el calendario.

En caso de no contar con un gestograma, se recomienda las siguientes:

- **Método de los 280 días:** a la fecha de inicio de la FUM se le suman 280 días.
- **Regla de Naegele:** Esta regla es la recomendada por la OMS. El cálculo consiste en sumarle 7 a los días de la FUM y restarle tres a los meses. Por ejemplo, si la FUM fue el 15/12/2019, la fecha probable de parto será el 22/09/2020 ($15 + 7 = 22$; $12 - 3 = 09$).

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



- **Regla de Wahl:** esta es otra regla muy utilizada también por los obstetras. En este caso se suma 10 a los días y se resta 3 a los meses.

Reglas

Ya sea que se utilice la regla de Naegele o Wahl, para calcular edad gestacional, a las semanas calendario se les suma un factor de error que es distinto en cada trimestre (2 en el primer trimestre, 3 en el segundo trimestre y 4 en el tercer trimestre).

Ésta es la razón por la cual, cuando se intenta calcular las semanas teniendo en cuenta sólo el calendario, no coincide con las semanas de gestación que calcula el obstetra. Por ejemplo, dos meses de embarazo serían 10 semanas: 2 meses x 4 semanas cada uno + 2 (factor de error del primer trimestre). En el caso de mujeres atendidas por un aborto y no han tenido atención prenatal no será necesario incluir la FPP. Si se desconoce el dato anotar 00.

Edad gestacional confiable

Por FUM, o Eco < 20 semanas: Aquí se solicita al personal de salud una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional ya sea por FUM, o por ECO (USG). Registrar si la edad gestacional es confiable a partir del dato de FUM y/o la Ecografía (SI/NO), según corresponda. En caso de no efectuarse ecografía dejar en blanco.

Antecedentes/Estilos de vida y hábitos

Indagar con la embarazada y marcar NO, o SI, en cada hábito como fumar (fumadora activa, fumadora pasiva), consumo de drogas y/o alcohol, por cada trimestre de gestación.

Deben anotarse en el expediente clínico otros aspectos de estilos de vida saludables o no, como: nutrición adecuada, exposición a sustancias químicas (p/e plaguicidas), etc.

Fumadora activa

Se refiere a si la mujer está fumando durante la gestación actual. La situación de fumadora puede cambiar durante el embarazo. Por lo que se debe indagar en cada trimestre marcar según corresponda (NO/SI). En el caso de que la respuesta sea SI, anotar el promedio de cigarrillos por día, en la nota médica del expediente clínico.



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

Fumadora pasiva

Se refiere a la exposición actual al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el hogar o en el lugar de trabajo y se marcará según corresponda (NO/SI). También debe indagar en cada trimestre.

Drogas

Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras. Se marcará la respuesta según corresponda (NO/SI). Preguntar en cada trimestre del embarazo.

Alcohol

En su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, pisco, whisky, etc. Preguntar: ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en este embarazo? Marcar (NO/SI).

18

Violencia

Marcar NO/SI, en búsqueda de signos de violencia.

Embarazo planeado

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

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

Fracaso Método Anticonceptivo

Preguntar: Al enterarse de este embarazo: ¿Estaba usando algún método anticonceptivo?

Marcar el círculo con una X, según las respuestas posibles que están clasificadas como:

- No usaba ningún método (no usaba).
- Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma.
- Dispositivo Intrauterino (DIU).
- Hormonal: oral (píldoras), transdérmico (parche), implante subdérmico o inyectable.
- Anticoncepción de emergencia: Levonorgestrel solo o de estrógenos y progestina combinados.

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



- Método natural: método de día fijo; amenorrea por lactancia (MELA), abstinencia periódica, ritmo, Billings, entre otros.

Grupo

Registrar en la casilla el grupo sanguíneo de la embarazada (A, B, AB, O), según registro en expediente o por examen de laboratorio actual.

Rh

Marcar en el círculo blanco (+) si la mujer es Rh positivo, y en el círculo amarillo (-) si es Rh negativo. La embarazada está inmunizada cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer está inmunizada (tendrá positivo la prueba de Coombs indirecto y en este caso se marcará — SI, en caso contrario marcar — NO”.

Sección: ADMISION POR ABORTO

ADMISION POR ABORTO	MOTIVO DE CONSULTA	TIPO ATENCION	EDAD GESTACIONAL	ACOMPANANTE
FECHA DE INGRESO día mes año hora min. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	no si Metrorragia <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Fiebre <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Dolor <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Otros <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	APA <input type="radio"/> Indicación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Por FUM Por ECO <input type="radio"/> <input type="radio"/> Semanas Días <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Pareja Otro <input type="radio"/> <input type="radio"/> Familiar Ninguno <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

Fecha de ingreso

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

Motivo de consulta

Indicar si la mujer consulta por Metrorragia, Fiebre, Dolor u Otros, en la casilla correspondiente.

Tipo de aborto

Marcar la atención postaborto (APA) y completar el código según la CIE-10 en indicación.

Edad gestacional al ingreso

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



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

Acompañante (apoyo continuo durante todas las etapas del cuadro clínico, procedimiento y en el período posterior).

El SIP-ABORTO ha incorporado esta variable basado en el derecho de las pacientes a permanecer acompañadas por quien ellas quieran y porque existen evidencias científicas que indican mejores resultados clínicos en las mujeres que efectivamente tienen acompañamiento durante el proceso asistencial.

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

Las opciones son:

- pareja,
- familiar,
- otro (incluye al personal de salud que cumple esta tarea),
- ninguno.

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

Sección: TRASLADO

Traslado de un establecimiento de salud (E/S).

Se debe marcar SI o NO según corresponda, si la paciente fue trasladada desde otra unidad de salud. Si marcó SI indique en cual, el nombre y/o código de la institución desde donde se produjo el traslado.

TRASLADO DE UN E/S		TRANSPORTE		
no <input type="radio"/>	_____	personal <input type="radio"/>	público <input type="radio"/>	ambulancia <input type="radio"/>
si <input checked="" type="radio"/>	cuál? _____	desconocido <input type="radio"/>		
		TIEMPO DE TRASLADO		
		días	horas	minutos
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En esta sección se analizan las demoras que suelen observarse en mujeres en situación de aborto, basados en las "3 Demoras de Thadeus y Maine".

En 1990, Thaddeus y Maine iniciaron el primer cambio de enfoque sobre la mortalidad materna,

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



sugiriendo que el tiempo debe ser la única medida utilizada para encarar las complicaciones maternas desde su aparición hasta su desenlace.

Al revisar varios estudios sobre mortalidad materna y el uso de los servicios de salud, Thaddeus y Maine observaron que muchas mujeres embarazadas llegaban a los establecimientos de salud en tan malas condiciones que ya no se les podía salvar, además, el tiempo que se pierde cuando esperan la atención dentro del establecimiento es el factor crucial en su fallecimiento.

Por estas observaciones desarrollaron el “modelo de las tres demoras”. Estas demoras siguen una secuencia y se interrelacionan entre sí:

- Fase I: demora en la decisión de buscar ayuda por parte de la mujer y/o su familia.
- Fase II: demora en llegar al establecimiento de salud adecuado.
- Fase III: demora en recibir el cuidado adecuado en ese establecimiento.

Es importante destacar que generalmente las muertes maternas no pueden ser adjudicadas a una sola demora; la mayoría de las veces lo que lleva finalmente a la muerte de la mujer es una combinación de varios factores que ocurren en las tres fases indicadas.

Retraso en reconocer problemas y decidir buscar atención

Esta demora es causada por la limitación de la mujer de entender lo que implica la atención médica, incluyendo: “barreras en el medio socio-cultural que determinan los valores, creencias y actitudes; en las condiciones socioeconómicas que determinan el acceso al dinero y la información; en el medio geográfico que determina la accesibilidad física; en la situación económica que determina el costo de los servicios; y en el contexto institucional que determina el alcance, la organización de los servicios médicos y la calidad del servicio”.

El enfoque basado en los derechos humanos menciona que el estado es responsable de asegurar que existan establecimientos, bienes y servicios de calidad, aceptables, asequibles y disponibles para enfrentar a cualquier retraso que ponga en peligro la vida. Los retrasos causados por la decisión de pedir asistencia médica, o por la renuncia total a utilizar el sistema de salud, no se tratan como decisiones idiosincrásicas, personales o como preferencias culturales irrefutables de la mujer, todo lo contrario, son fracasos desde el punto de vista de los derechos humanos.

Una de las causas que influyen en la toma de estas decisiones es la distribución poco equitativa



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

y hasta discriminatoria de los establecimientos, los bienes y los servicios de atención de salud, provocando que los servicios obstétricos de urgencia no estén físicamente alcanzables o incluso no disponibles. Otra causa es el desconocimiento, entre los miembros de la familia y la comunidad, de los signos que indican una urgencia médica y por la falta de determinación de la mujer para adoptar decisiones sobre su propio bienestar.

Los retrasos en la llegada también pueden ser causados por los costos en efectivo del transporte, la escasez o falta de éstos o de comunicaciones, y/o la carencia de infraestructura.

Otra causa por la que las mujeres renuncian a recibir asistencia médica es la falta de sensibilidad y la incapacidad del personal médico para aceptar las tradiciones relativas al parto. Si las leyes sobre el aborto, la respuesta de la policía o de personas ajenas a la situación son demasiado estrictas y/o restrictivas, pueden disminuir la necesidad de buscar ayuda médica.

Por último, si la población percibe que la calidad de la atención es mala y considera que la atención recibida es ofensiva, también influye en la decisión de buscar apoyo y por consiguiente disminuye la percepción de la calidad y efectividad del sistema de salud.

Retraso en llegar al servicio de salud

Esta demora es muy importante ya que la dificultad para lograr acudir a un establecimiento desalienta a la mujer a buscar atención, e incluso cuando haya aceptado, puede encontrarse con diversos obstáculos; los más comunes son la falta de transporte y la distancia desmesurada hasta el centro de atención. Inclusive si se tiene dinero para pagar el medio de transporte, es muy probable que no encuentre alguno disponible o la situación puede ser tan crítica que la mujer puede verse orillada a buscar ayuda en caminos inseguros por la noche.

Retraso en recibir tratamiento en el servicio de salud

El tiempo que se acumula de las demoras I y II contribuye a que aumente el número de mujeres que llegan en condiciones graves. Algunas pacientes no llegan al hospital, y si lo logran, es muy probable que el tratamiento que reciba no sea exitoso. Es por esto que es importante destacar cuales son las principales causas que intervienen en el retraso para recibir atención cuando la paciente ya se encuentra dentro del establecimiento de salud, para disminuir lo más posible estos acontecimientos.

Entre los principales factores se encuentran: la falta de materiales y suministros básicos esenciales para ofrecer atención de calidad; la carencia de personal con la capacitación adecuada y actualizada;

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



tardar más de 30 minutos desde que se decide llevar a cabo una cirugía de emergencia y el momento en que se inicia; el tiempo que se tarda en iniciar el tratamiento adecuado cuando la paciente llega al establecimiento; y por último la carencia de productos sanguíneos, personal con falta de conocimientos técnicos, y actitudes hostiles hacia las pacientes debido a la escasez de fondos.

Transporte

Se refiere al tipo de transporte que se utilizó para llegar al establecimiento de salud.

Las opciones son:

- **Personal:** cuando la mujer se trasladó en su propio transporte o de un amigo o familiar.
- **Público:** la mujer tomó un autobús, taxi, mini-bus o cualquier otro medio de transporte compartido y de uso público tradicional.
- **Ambulancia:** Se refiere a si el medio de transporte utilizado fue ambulancia pública o privada, u otro transporte de emergencia proporcionado por bomberos o policía, etc.
- **Desconocido:** la información se desconoce o no está disponible o la mujer o su familia no proporcionan esta información.

Tiempo de traslado

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

Sección: PRE-PROCEDIMIENTO

PRE - PROCEDIMIENTO				LABORATORIO				SINTOMATOLOGÍA		COMPLICACIONES		DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	
SIGNOS VITALES				HEMOGLOBINA				Dias y horas		no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		Estado del aborto actual	
PULSO	PRESION ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	<10.0 g/dL	VDRL/RPR	TTO. SIFILIS	VIH	Desde el inicio del 1° sintoma		Infección genital		Completo <input type="radio"/> Incompleto <input checked="" type="radio"/>	
≥ 100 ≤ 60 lpm	≥ 140/90 ≤ 80/50 mmHg	≥ 38°C	rpm > 16	g/dL	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	- <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/>	SANGRADO		Infección pelviana		Tipo	
					no se hizo <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>	no se hizo <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>	no se hizo <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>	Leve <input type="radio"/> Moderado <input checked="" type="radio"/> Severo <input type="radio"/>		Sepsis		Mola hidatiforme <input type="radio"/> Embarzo ectópico <input type="radio"/>	
EXAMEN CLINICO				EXAMEN GINECOLOGICO				ECO		Shock hipovolémico		Otros productos anormales de la concepcion	
CONCIENCIA	PIEL y MUCOSAS	ABDOMEN	UTERO POR EXAMEN BIMANUAL				ANALGESIA		Perforación, desgarro o daño		Intento fallido de aborto		
Lúcida <input type="radio"/> Soporosa <input checked="" type="radio"/> Excitada <input checked="" type="radio"/> Comatosa <input checked="" type="radio"/>	Normal <input type="radio"/> Pálida <input checked="" type="radio"/> Equimosis <input checked="" type="radio"/> Petequias <input checked="" type="radio"/> Ictericia <input checked="" type="radio"/>	Normal <input type="radio"/> Viscerom <input checked="" type="radio"/> Rebote <input checked="" type="radio"/> Distendido <input checked="" type="radio"/> Signos perit. <input checked="" type="radio"/> Silencio intestinal <input checked="" type="radio"/>	Tamaño	Posición	Cuello cerrado	Restos s/d	Vagina normal	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Solicitada	Vaginal		Aborto espontáneo <input type="radio"/>	
			Medio <input type="radio"/> RVF <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	Uterino		Cod. Diag CIE 10					
			Semanas				Tamaño del útero	Realizada	Pélvico		Admisión Presuntivo		
							sem	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	DOLOR Score				
								no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Otro				
Médico responsable (firma y sello)													



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

Signos vitales

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

- **Pulso:** en latidos por minuto (lpm). Si es mayor o igual a 100 lpm o menor o igual a 60 lpm, se marcará el círculo amarillo.
- **Presión arterial:** sistólica y diastólica en milímetros de mercurio (mmHg). Si la PA es mayor o igual a 140/90 mmHg o inferior a 80/50 mmHg, se marcará el círculo amarillo. Cuando la presión sistólica sea menor de 100 mmHg (ej.: 90 mmHg, se deberá registrar 090).
- **Temperatura:** se registra en grados Centígrados con el decimal correspondiente. Si la temperatura es mayor o igual a 38 °C se registrará en el círculo amarillo.
- **Frecuencia respiratoria:** en respiraciones por minuto (rpm). Cuando supera los 20 rpm presenta una taquipnea y se marcará el círculo amarillo.

Laboratorio

Se realizarán estudios de sangre con la medición de hemoglobina, leucocitos, plaquetas, SÍFILIS y VIH.

- **Hemoglobina:** se mide en gramos/decilitro (g/dL) de sangre. Se marcarán las unidades correspondientes y un decimal. Si el valor es inferior a 10.0 g/dl la paciente presenta anemia y se registrará como signo de alerta en el círculo amarillo. Si la hemoglobina es menor de 10 g/dl (ej.: 8.0 g/dl marcar 08,0).
- **Diagnóstico de sífilis (VDRL/RPR):** dependiendo de las condiciones locales se usarán pruebas diagnósticas no treponémicas (VDRL/RPR), pruebas rápidas treponémicas o pruebas rápidas combinadas (treponémicas y no treponémicas). Independientemente de cuál fue la técnica usada para el diagnóstico, se registrará en los círculos correspondientes, (-) si se descartó una sífilis, (+) si la mujer presenta una sífilis, o (no se hizo).

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



- **Tratamiento de la sífilis (Tto. Sífilis):** el tratamiento de la sífilis se realizará preferentemente con penicilina G benzatínica 2.400.000 UI por vía intramuscular, dosis única en caso de sífilis primaria. En situación de aborto y a diferencia del embarazo, si la mujer es alérgica a la penicilina se podrá usar otros antibióticos efectivos. Se marcará el círculo amarillo que dice (NO) cuando no se hizo tratamiento y era necesario hacerlo. Se marcará (SI) si se realizó tratamiento y en caso de que no se sea necesario el tratamiento se registrará en no corresponde (N/C). El tratamiento no corresponderá efectuarlo en aquellos casos que habiendo hecho pruebas confirmatorias para sífilis (treponémicas) las mismas la hayan descartado. En aquellos escenarios donde las normas y las condiciones prevén el uso de pruebas treponémicas confirmatorias, éstas se deberán utilizar. Ante la duda siempre será preferible tratar a la mujer.
- **VIH:** la detección y el tratamiento oportuno de la infección por VIH son actividades claves para reducir el impacto de esta enfermedad, disminuir su transmisión y para aplicar medidas preventivas. Se utilizan exámenes de tamizaje para VIH (test rápidos de muestras de sangre o saliva, o la prueba de ELISA). Si las pruebas son reactivas deberán confirmarse mediante la técnica de Western blot o por inmunofluorescencia. Registrar en (-) si el resultado del VIH es no reactivo, marcar el círculo amarillo que dice (S/D) cuando no se hizo el examen o no se dispone de su resultado. En caso de ser positivo se recomienda registrar el código 76 que figura en el reverso de la HCP.

25

Sintomatología

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

Sangrado

Si la mujer no presenta sangrado se registrará (NO). Si presenta sangrado, se marcará el círculo amarillo que dice (SI) y se agregará la cantidad que corresponda, leve, moderado o severo. Los dos últimos (en amarillo) son considerados signos de alerta por lo que se deberán tomar previsiones ante riesgo de shock hipovolémico.



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

Dolor

Se registrará la existencia de dolor abdominal y/o pélvico: SI o NO según corresponda. Se utilizará Escala Visual Análoga del Dolor (EVAD) - IPAS. Si no se dispone de EVAD, se le pedirá que califique el dolor en una escala del 0 al 10, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el máximo dolor que ella haya imaginado. Se registrará en los rectángulos el valor numérico definido.

Examen clínico

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

Conciencia

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

- **Lúcida:** si está ubicada en tiempo y espacio, puede mantener un diálogo coherente.
- **Soporosa:** se encuentra sumida en un estado de somnolencia persistente.
- **Excitada:** presenta hiperquinesia a predominio de los miembros superiores e inferiores.
- **Comatosa:** la mujer se encuentra en estado inconsciente, presenta pérdida de la sensibilidad y de la capacidad motora voluntaria.

Piel y mucosas

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

- **Normal:** cuando no existen alteraciones visibles en la coloración de la piel tomando como referencia la perteneciente a su etnia.
- **Pálida:** coloración significativamente más clara de mucosas y del color de piel que el correspondiente a su etnia.
- **Equimosis:** manchas subdérmicas o submucosas, de color azul-violáceo o violáceo-amarillentas dependiendo del tiempo de evolución.

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



- **Petequias:** manchas pequeñas que aparecen como puntos rojos en la piel, que no desaparecen al realizar dígito-presión.
- **Ictericia:** coloración amarillenta de piel y mucosas.

Abdomen

- **Normal:** no se detectan alteraciones y excluye otras opciones.
- **Visceromegalias (viscerom):** agrandamiento y/o dilatación de los órganos internos.
- **Rebote:** onda líquida o del tímpano son signos patognomónicos de acumulación excesiva de líquido en la cavidad abdominal.
- **Distendido:** el abdomen se observa aumentado de tamaño y a la palpación se destaca una mayor tensión desde la superficie hasta el plano muscular.
- **Signos peritoneales (signos perit.):** dolor a la descompresión de la pared abdominal.
- **Silencio intestinal:** ausencia de ruidos abdominales a la auscultación.

Examen ginecológico

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

Útero por examen bimanual

Se anotará:

- **Tamaño uterino (tamaño):** en semanas de amenorrea (sem), según lo determine el examen bimanual realizado por personal capacitado.



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

- **Posición:** se marcará si el útero se encuentra en posición de anteversoflexión (AVF), (medio) o en retroversoflexión (RVF) en el círculo amarillo.
- **Cuello cerrado:** se debe registrar SI (círculo amarillo) o NO, según corresponda.
- **Restos:** si se encuentran restos ovulares marcar SI (círculo amarillo) o NO, según los hallazgos del examen ginecológico. También se incluye la opción se desconoce S/D en caso de que el técnico no pueda determinar clínicamente este aspecto o no tiene restos.
- **Vagina normal:** marcar SI o NO según corresponda.

Ecografía (ECO)

En caso de aborto, los hallazgos ecográficos pueden corresponder al útero ocupado por el saco gestacional o por restos ovulares y/o coágulos. El útero sólo estará vacío cuando se haya producido un aborto completo. Este examen puede ser de gran utilidad cuando se plantean diagnósticos diferenciales, para lo cual se remite a la Publicación Científica del CLAP/ SMR N° 1577.

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

Analgesia

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

Complicaciones

Si no hay ninguna afección complicando el estado de salud al ingreso marcar el círculo NO. De haber complicaciones al momento de la admisión se marcará el círculo correspondiente, lo cual abre la posibilidad de identificar diferentes tipos de complicaciones.

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



En caso de haberla se marcará la o las siguientes opciones:

- **Infeción genital:** cuando existan síntomas y signos compatibles con una infección: fiebre, escalofríos, secreciones vaginales fétidas, dolor abdominal o pélvico espontáneo y/o a la movilización del útero, metrorragia prolongada y elevación del recuento leucocitario.
- **Infeción pelviana:** los hallazgos más frecuentes son dolor abdominal o pélvico, signos peritoneales evidenciados por dolor a la descompresión abdomino-pélvica, dolor a la movilización del útero, fiebre igual o mayor a 38 °C, leucorrea mucopurulenta y/o fétida y recuento leucocitario elevado.
- **Sepsis:** es un cuadro grave con gran compromiso del estado general, puede afectar la conciencia acompañada de fiebre y toque multiparenquimatoso (ictericia, anuria u oligoanuria, hipotensión, alteraciones respiratorias, trastornos de la coagulación, etc.).
- **Hemorragia excesiva:** metrorragia abundante y continua que supera los 500 ml.
- **Shock hipovolémico:** Es producido por una hemorragia excesiva y de evolución rápida, secundaria a una complicación. Se acompaña de gran compromiso de la conciencia, del estado general y repercusión hemodinámica severa.
- **Perforación, desgarro o daño:** consignar lesiones de vagina, útero o pélvicas ocurridas antes del ingreso. Registrar la topografía del desgarro y/o perforación (vagina, útero); se interpreta por pélvico la lesión de un órgano pelviano (recto, vejiga o vasos pélvicos). Otro, corresponde a lesiones de otros órganos abdominales.

Diagnóstico presuntivo (Estado del aborto actual)

- **Aborto:** se define como la expulsión o extracción del producto de la concepción fuera del útero materno, con un peso inferior a 500 gramos o cuando la interrupción del embarazo se produce antes de las 22 semanas.



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

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

Tipo de aborto

Se registrará en Tipo de aborto en los círculos según corresponda de acuerdo a la clasificación establecida en la CIE-10 y en la Normativa 109 - Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas:

Mola hidatiforme: el aborto se debe a una degeneración hidrópico vacuolar del trofoblasto. Clínicamente se sospecha por la presencia de vesículas que remedan racimos de uva.

Otros productos anormales de la concepción: se refiere a la detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme, aborto retenido u otros productos anormales especificados de la concepción.

Aborto espontaneo: sucede sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación.

Embarazo ectópico: el embarazo ectópico es aquella gestación en la que el huevo fecundado anida fuera de la cavidad uterina.

Intento fallido de aborto: incluye los intentos fallidos de inducción de aborto. Si la paciente, además de los productos retenidos de la concepción, presenta una complicación específica asociada con la terminación electiva del embarazo.

Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar: puede incluir la infecciones genitales y pelvianas, hemorragias excesivas o tardías, embolias, choque,



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

Fecha de procedimiento

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

Maduración cervical

Existen diferentes condiciones clínicas (huevo muerto y retenido, huevo anembrionado, etc) en las que el cervix se encuentra formado y cerrado y se requiere preparación o maduración del cuello uterino.

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

- *prostaglandinas*: se marcará SI o NO, si se administraron o no se administraron prostaglandinas (incluyendo misoprostol).
- *horas*: se marcará la duración total en horas que insumió el procedimiento de dilatación.

Envío de muestra a patología

Anotar si fueron enviados a Anatomía Patológica.

Evacuación uterina

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

- **AMEU**: aspiración manual endouterina.
- **AEU**: aspiración eléctrica endouterina, la fuente de energía de la bomba al vacío es eléctrica.
- **LUI**: legrado uterino instrumental, es un procedimiento quirúrgico que se utiliza para la evacuación mediante la dilatación (dilatadores de metal) y curetaje del útero.
- **Medicamentos (MED)**: el uso de misoprostol (análogo de prostaglandinas), Mifepristona u otros medicamentos.

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



Ambiente

Se indicará el ambiente donde se efectuó el procedimiento marcando la opción en el círculo correspondiente a las distintas opciones:

- **Tópico:** sala de examen
- **S. partos:** sala de partos
- **S. Procedimiento:** sala de procedimientos
- **SOP:** sala de operaciones (quirófano)
- **Otro:** cualquier otro espacio que no corresponda a las opciones anteriores.

Medicación recibida

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

Hallazgos

En el espacio proporcionado se indicarán los hallazgos clínicos obtenidos durante el tratamiento/procedimiento, por ejemplo:

- **Tamaño uterino:** se marcará el tamaño del útero en semanas de amenorrea, según el examen bimanual efectuado antes del procedimiento.
- **Histerometría:** se anotará el tamaño del útero en cm, según la medición con el histerómetro o con una cánula aforada.
- **Anexos normales o no.**



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

- **Fetidez de los restos.**
- **Restos ovulares.**

Se registrará en los círculos correspondientes si los restos ovulares hallados fueron inspeccionados, sus características (Fetidez, Escasos Moderados o Abundantes).

Complicaciones intraoperatorias

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

- **Complicaciones quirúrgicas:** se marcará en los círculos proporcionados para las distintas opciones según corresponda: Sangrado excesivo (cuando sea mayor de 500 cc o se presenten cambios hemodinámicos que desestabilizen a la paciente), lesión cérvico-vaginal (lesión cerv./vag.), lesión útero-intestinal (lesión uter./intest.). La opción Otra permitirá ampliar la información especificando cual fue la complicación quirúrgica. En este acápite no solo incluye las pacientes que ingresan a quirófano sino también a los procedimientos que se realizan fuera de este.
- **Complicaciones anestésicas:** marcar los círculos con las diferentes opciones según corresponda: reacción adversa, convulsión, paro cardíaco. La opción Otra permitirá ampliar la información especificando cual fue la complicación anestésica.

Otros procedimientos

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

- **Reparación de lesión uterina (reparación les. uterina).**
- **Reparación de lesión cérvico-vaginal (reparación les. cerv./vag.).**
- **Histerectomía**

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



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

Médico responsable (firma y sello)

Se registrará el nombre, iniciales o código del técnico responsable del ingreso.

Sección: POST - PROCEDIMIENTO

Fecha fin del procedimiento

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

POST - PROCEDIMIENTO				
FECHA Fin de procedimiento	día	mes	año	hora min.
Presión arterial	Pulso	Temperatura	Sangrado	Dolor

En el recuadro de controles se registrará la presión arterial, pulso, temperatura, sangrado y dolor. Se indicarán los signos vitales y el dolor, una vez por hora durante las primeras cuatro horas después del procedimiento.

En la quinta fila se anotarán los controles en la última hora antes de que la paciente sea dada de alta.

- **Presión arterial (TA):** se anotará la TA sistólica y diastólica, en milímetros de mercurio (mmHg).
- **Pulso:** en latidos por minuto (lpm).
- **Temperatura (temp.):** se marcará la temperatura axilar en grados centígrados (°C).
- **Sangrado (sangr.):** se indicará el nivel de sangrado genital como leve (L), moderado (M) o severo (S).
- **Dolor:** se indicará la percepción de la paciente del dolor que sufrió, utilizando la Escala Visual Análoga de Dolor (EVAD). Si no se dispone de EVAD, se solicita a la mujer que clasifique su

dolor en una escala del 0 al 10. Se usarán números completos, sin decimal y se anotará en el espacio correspondiente.

Sección: EGRESO

EGRESO	FECHA	CONDICIÓN AL EGRESO	Consejería / información	Tratamiento
día mes año	hora min.	Sana <input type="radio"/> Traslado <input checked="" type="radio"/> Muerte <input checked="" type="radio"/> Otro (especificar) <input checked="" type="radio"/>	Oral Escrito Ning.	Atb prof. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>
TIPO DE EGRESO		Lugar	Cuidados básicos <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Atb terap. <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/>
Fallece <input checked="" type="radio"/> Contra consejo médico <input checked="" type="radio"/> Egreso médico <input type="radio"/>		Fallece durante o en lugar de traslado <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Signos de alarma <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Analg. <input type="radio"/>
		Autopsia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Anticoncepción <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Diagnóstico egreso
			Cita de seguimiento <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	

En todos los casos en que la mujer es referida a otro servicio, o contra referida a los establecimientos de atención primaria se deberán establecer los mecanismos para tener conocimiento acerca de la evolución de la salud de la mujer. La HCMSA debe quedar disponible hasta el alta definitiva de la mujer, para registrar el estado (viva o fallece) y la fecha al alta.

Egreso

Se refiere al momento del alta, para el que se debe registrar la fecha completa, la hora y minutos del alta.

Tipo de egreso

El tipo de egreso se refiere a si falleció, egreso contra consejo médico (abandono, fuga) o egreso médico (alta médica).

Condición al egreso

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

- **Sana:** en pleno estado de salud. Registre en círculo blanco.
- **Traslado:** cuando la mujer ha sido trasladada a otro servicio para continuar su atención. En este caso se consignará el número de la Institución a la que ha sido transferida y si fallece o no durante el traslado. En este último caso marcar el círculo fallece y marcar si ocurrió durante el traslado o en el lugar de traslado, e inmediatamente marcar SI se le realizó Autopsia o NO. O si no ha fallecido marcar NO en el círculo en blanco.
- **Muerte:** la mujer fallece en alguna etapa del proceso asistencial.
- **Otro:** especificar si hubo abandono o fuga de la mujer.

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



Consejería/información

Se marcarán los círculos correspondientes y se indicará si la mujer recibió consejería o información sobre Cuidados básicos, signos de alarma y/o anticoncepción y si coordinó una cita de seguimiento o control.

Se indicará si la consejería o información fue Oral o Escrita o se marcará Ninguna si no se proporcionó ninguna consejería oral o escrita sobre estos temas. En la columna designada “firma del responsable” se anotará el nombre y/o las iniciales del profesional responsable.

Tratamiento

Se indicará si se otorgó el alta con la indicación de realizar un tratamiento medicamentoso en domicilio. Se marcarán las siguientes opciones en cada círculo según corresponda:

- Antibióticos profilácticos
- Antibióticos terapéuticos
- Analgésicos
- Otro: diferente a las anteriores opciones
- Ninguno: si no recibió ningún medicamento o receta en el momento del egreso.

Confirmación de diagnóstico código de diagnóstico final CIE- 10 (egreso)

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



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

Sección: Anticoncepción

ANTICONCEPCION		no	si	pref.	acced.	pref.	acced.	pref.	acced.	pref.	acced.	COD DIAG CIE 10						
ACO "píldora"	Inicio MAC	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DIU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	inyectable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	barrera (otro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EQV fem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Egreso
pref. acced.	Otro hormonal (anillo vaginal, parche, AE)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	pref. acced.	EQV masc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	implante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	condón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	abstinencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

¿Inició un método anticonceptivo? Se registrará SI o NO si la mujer inició un método anticonceptivo antes de abandonar el servicio (por ejemplo, tomó la primera pastilla de ACO, se le colocó un DIU, recibió un método inyectable o se le colocó un parche).

Después de haber brindado la consejería efectiva en anticoncepción según Norma 002; Marcar el método anticonceptivo de preferencia de la usuaria (de libre elección) y registrar si accede al método (para el método de preferencia), luego de la consejería.

38

Este listado incluye:

- **Inicio de MAC:** marque en el círculo que corresponde. Lo ideal es que egrese con un MAC. Luego marque con una X en la descripción de métodos el de preferencia de la paciente.
- **Anticonceptivo oral: (ACO píldora)** Preferido y accede (marcar en los círculos según corresponda).
- **Otro hormonal: (anillo vaginal, parche, AE).** Preferido y accede.
- **DIU:** marcar círculo Preferido y accede si corresponde.
- **Esterilización quirúrgica voluntaria masculina (EQV masc):** Preferido y accede.
- **Inyectable:** marcar círculo Preferido y accede si corresponde.
- **Implante:** marcar círculo Preferido y accede si corresponde.
- **Barrera:** condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón vaginal.
- **Condón:** marcar círculo Preferido y accede si corresponde.
- **Esterilización quirúrgica voluntaria femenina (EQV fem).**
- **Abstinencia:** marcar círculo Preferido y accede si corresponde.

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



Sección: Referida

REFERIDA	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	psicología <input type="radio"/>	violencia <input type="radio"/>	adolescencia <input type="radio"/>	anticoncepción <input type="radio"/>	infertilidad <input type="radio"/>	VIH/ITS <input type="radio"/>	otro establ. <input type="radio"/>	otro <input type="radio"/>	especifique _____	Responsable	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					

En los casos de mujer en situación de aborto se podrá requerir la asistencia de diferentes especialistas que pueden o no estar en el mismo hospital o centro de salud. La referencia sistemática al centro más cercano de tratamiento y si lo fue especifique el tipo de servicio al que fue referida.

Se marcará SI o No para indicar si la mujer fue referida a alguno de los siguientes servicios:

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

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

Médico responsable (firma y sello)

Se registrará el nombre, iniciales o código del técnico responsable del ingreso.

Sección: Control en consulta externa

CONTROL EN CONSULTA EXTERNA				COD DIAG CIE 10				COD DIAG CIE 10					
Favorable	Desfavorable	Fecha	Reingreso	Complicaciones				Complicaciones					
Evolución <input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	____/____/____	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>										

Si se concertó una cita de seguimiento, anotar día, mes y año en el recuadro correspondiente. Si la evolución fue favorable o desfavorable (amarillo). Además, si presento complicaciones, registrar los códigos según la CIE-10 y por último si este fue un reingreso SI o NO.



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

Sección: Variables para identificar near miss

VARIABLES PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS					
CRITERIOS CLÍNICOS / DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA			LABORATORIO		INTERVENCIONES
Cardiovascular	Shock	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Renal	Oliguria resistente a líquidos o diuréticos	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
	Paro cardíaco	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Hematológicos/coagulación	Alteraciones de la coagulación	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
Hepático	Ictericia en preeclampsia	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Neurológico	Coma	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
Respiratorio	Cianosis aguda	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Inconsciencia prolongada > 12 hs.	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
	Respiración jadeante (gasping)	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Accidente cerebro vascular	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
	Taquipnea severa FR > 40 rpm	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
	Bradipnea severa FR < 8 rpm	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		Parálisis generalizada	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
			Laboratorio	Plaquetas < 50.000 por ml	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
				Creatinina \geq 300 micromoles/l ó \geq 3,5 mg/dl	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
				Bilirubina > 100 micromoles/l ó > 6,0 mg/dl	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
				pH < 7,1	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
				Sat Hb < 90% \geq 1 hora	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
				PaO ₂ /FIO ₂ < 200 mmHg	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
				Lactato > 5 μ mol/L o 45 mg/dl	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
				Administración continua de agentes vasoactivos	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Cuál/es _____
				Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si días
				Transfusión	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Criterios Near Miss: FLASOG \geq 3 vol OMS \geq 5 vol
				Administración \geq 3 vol de hemoderivados	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si Nº de unidades
				Ingreso a UCI	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si días
				Histerectomía	<input checked="" type="radio"/> si
				Diálisis en caso de IRA	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
				Reanimación cardio-pulmonar	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si

Este segmento contiene la clasificación de los criterios para identificar y registrar los casos NEAR MISS, con sus respectivas variables, los cuales deben ser marcados en los círculos si están presentes o ausentes, (NO, o SI respectivamente).

Antes de marcar los círculos verifique que los criterios están adecuadamente soportados y tengan consistencia y se encuentren adecuadamente consignados en el expediente clínico. Esta sección del formulario está destinada para registrar condiciones clínicas y/o disfunción de órganos y sistemas, exámenes de laboratorio y algunas intervenciones o procedimientos que por su frecuencia o gravedad permiten clasificar el caso como Near Miss. Estos datos podrán ser obtenidos fundamentalmente de la historia clínica de la mujer.

Caso materno Near miss

Es definido como aquel evento en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores al término del embarazo. En términos prácticos se considera a una mujer near miss cuando estuvo cerca de perder su vida, pero sobrevive a una condición que amenazó la vida.

Intervenciones críticas

Son aquellas que requieren de manejo de condiciones que amenazan la vida, o que potencialmente la amenazan. En esta categoría se incluye: hemo transfusión, intervención radiológica (embolización) y laparotomía (incluye histerectomía y otras intervenciones quirúrgicas de urgencia en la cavidad abdominal, pero excluyen la operación cesárea).

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



Consta de 3 secciones:

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

1. Criterios clínicos: Disfunción de órganos y sistemas: marcar todos los afectados tales como:

- **Sistema cardiovascular:** Shock y paro cardíaco.
- **Hepático:** Ictericia en preeclampsia.
- **Respiratorio:** Cianosis aguda, respiración jadeante, taquipnea severa (FR 40 rpm), o bradipnea severa (<6 rpm).
- **Renal:** Oliguria resistente a líquidos o diuréticos.
- **Hematológicos/coagulación:** Alteraciones de la coagulación.
- **Neurológico:** Coma, inconciencia prolongada mayor de 12 horas, accidente cerebrovascular, convulsiones no controlables/estado de mal epiléptico y parálisis generalizada.

2. Criterios de laboratorio: Describa todos los que se encuentren con los valores descritos o establecidos en los ítems.

3. Criterios según las Intervenciones:

- **Administración continua de agentes vasoactivos:** debe describirse todos los que se han sido utilizados, en caso de no utilizar ninguno marcar "no" en el círculo en blanco.
- Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia: si fue necesaria registrar en la casilla en blanco el número de días.
- **Transfusiones:** Registrar en la casilla si hubo transfusiones y marcar en la casilla.
- **Ingreso a UCI:** Marcar si, o no. Y el número de unidades o volumen.
- **Histerectomía.**
- **Diálisis en caso de IRA**
- **Reanimación cardiopulmonar.**



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

Sección: EPICRISIS

EPICRISIS			
INGRESO: / / S/G:		EGRESO: / /	
DIAGNOSTICO	CIE-10	DIAGNOSTICO	CIE-10
Embarazo terminado en aborto	(O00–O08)	Embarazo terminado en aborto	(O00–O08)
Mola hidatiforme	O01	Mola hidatiforme	O01
Otros productos anormales de la concepción	O02	Otros productos anormales de la concepción	O02
Aborto espontaneo	O03	Aborto espontaneo	O03
Aborto médico	O04	Aborto médico	O04
Otro aborto	O05	Otro aborto	O05
Aborto no especificado	O06	Aborto no especificado	O06
Intento fallido de aborto	O07	Intento fallido de aborto	O07
Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08	Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08
Subdivisiones para las categorías	O03–O06	Subdivisiones para las categorías	O03–O06
PROCEDIMIENTO:		TIPO DE EGRESO	Observaciones
AMEU <input type="checkbox"/>		Fallece <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
LUI <input type="checkbox"/>		Contra consejo <input type="checkbox"/> méd.	<input type="text"/>
AMEU + LUI <input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
AEU <input type="checkbox"/>		Egreso méd. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Histerectomía <input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
Responsable del egreso: Médico Responsable		(firma y sello)	

Ingreso/SG

Anotar el día, mes y año en que se realizó el ingreso de la paciente, así como las semanas de gestación (S/G) correspondiente

Egreso

Anotar el día, mes y año en que se realizó el egreso de la paciente.

Diagnóstico CIE-10

Tanto para ingresos como egresos, se deberá consignar la patología de acuerdo a los ocho grupos establecidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima edición-Capítulo XVII, titulado «Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)».

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



Estos grupos son (Ver Anexo 1)

DIAGNOSTICO	CIE-10
Embarazo terminado en aborto	(O00–08)
Mola hidatiforme	O01
Otros productos anormales de la concepción	O02
Aborto espontaneo	O03
Aborto médico	O04
Atro aborto	O05
Aborto no especificado	O06
Intento fallido de aborto	O07
Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08
Subdivisiones para las categorías	O03–O06

Procedimiento

Especificar el tipo de procedimiento realizado a la paciente y marcar la casilla correspondiente:

- AMEU
- LUI
- AMEU + LUI
- AEU
- Histerectomía

Tipo de egreso

El tipo de egreso se refiere a si falleció, egreso contra consejo médico (abandono, fuga) o egreso médico (alta médica).

Observaciones

Anotar otra información relevante.

Responsable (firma y sello)

Se registrará el nombre, iniciales o código del técnico responsable del ingreso.



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

Referencias bibliográficas

- Benson J. Evaluating Abortion-care Programs: Old challenges, new directions studies in family planning Stud Fam Plann. 2005 Sep;36(3):189-202.
- Crowther CA, Thomas N, Middleton P, Chua M, Esposito M. Treating periodontal disease for preventing preterm birth in pregnant women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 (2):CD005297. DOI: 10.1002/14651858.CD005297.
- Díaz AG, Schwarcz R, Díaz Rosello JL, et al. Sistema Informático Perinatal. Montevideo, CLAP, 1993. (Publicación Científica CLAP 1203).
- Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18;(2):CD001688.
- Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Dec; 99 Suppl 2 :S172-7.
- Fescina R, De Mucio B, Diaz Rossello JL. Salud Sexual y Reproductiva. Guía para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido. Focalizada en APS. Montevideo, CLAP/SMR, 2007. (Publicación Científica CLAP/SMR 1577).
- Faúndes A, ed. Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología. 2ª. Ed. Panamá, FLASOG, marzo 2007. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.flasog.org/web/wp-content/uploads/2013/12/Uso-de-misoprostol-enobstetricia-y-ginecologia-FLASOG-2007.pdf>
- Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rossello JL, Durán P, Serruya S., Mainero L, Rubino M. Sistema Informático Perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo: CLAP/SMR; 2011. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1584)
- Franco-Yáñez CE, Hernández-Pacheco JA. Monitoreo de la morbilidad materna extrema (near miss) como compromiso internacional y para complementar la calidad de la atención en salud materna. 2016. [Acceso julio 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3sSrEmR>

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



- Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3):CD002869. DOI:10.1002/14651858.CD002869.
- Gómez Ponce de León R, Mañibo MA, Mañibo MB. 2007 COMPAC – Sistema Informático para la Asistencia a Mujeres en Situación de Aborto – Una herramienta para evaluar y mejorar la calidad de atención de las mujeres en situaciones de aborto. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- Grosse S, Boyle C, Kenneson A, Khoury M, Wilfond B. From public health emergency to public health service: the implications of evolving criteria for newborn screening panels. Pediatrics. 2006 Mar; 117 (3) :923-9.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2003; (3):CD003766.
- Huapaya V. InfoAPA and EvalAPA: Subsistema de información sobre APA. Chapel Hill, NC, Ipas, 2002.
- McDonald SJ, Abbott JM. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 11; (7): CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.
- McGoldrick E, Stewart F, Parker R, Dalziel SR. Cochrane Database of Systematic Reviews. (Traducida de Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jul 19;(3):CD004454. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD004454/corticosteroidesprenatales-para-acelerar-la-maduracion-del-pulmon-fetal-en-pacientescon-riesgo-de>
- Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica. Ginebra, 2005. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592653_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. Ginebra, 2012. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

- Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Ginebra: 2014. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134747/1/9789243548715_spa.df?ua=1&ua=1
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS: optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. Ginebra, 2013. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87848/1/9789243504841_spa.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud. Unidad de VIH/SIDA. Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Washington DC: OPS, 2005. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/HIV_Regional_Plan_2006-015_SPANISH.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud. Grupo Étnico y Salud. 37° Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo (SPP37/10). Washington DC: OPS, 2003. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/19251/spp37-10-s.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10° Revisión. Washington, D.C.: OPS, 1995. (Publicación Científica N° 554). Vol. 1. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf?sequence=1>
- Organización Panamericana de la Salud. Resumen: Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Washington, DC : OPS, 2014. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1
- Padilla K, McNaughton L, Gómez R. Un diagnóstico nacional de la atención postaborto. Managua: Ipas, 2003.

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



- Pattinson R, Say L, Souza JP, Broek Nv, Rooney C; WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. WHO maternal death and near-miss classifications. Bull World Health Organ. 2009 Oct;87(10):734. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v87n10/a02v8710.pdf>
- Say L, Pattinson RC, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). Reprod Health. 2004; 1: 3. doi: 10.1186/1742-4755-1-3 . [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC516581/pdf/1742-4755-1-3.pdf>
- Say L, Souza JP, Pattinson RC; WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications. Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009 Jun;23(3):287-96. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007. Epub 2009 Mar 19.
- Shaw D. Misoprostol for reproductive health: dosage recommendations. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Dec; 99 Suppl 2:S155.
- Schwarcz R, Díaz AG, Fescina RH, et al. Historia Clínica Perinatal Simplificada. Bol Oficina Sanit Panam. 1983; 95(2) :163-72.
- Serruya S, Gómez Ponce de León R, Rubino M, Messina A, De Mucio B, Martínez G, Mainero L, Durán P. Sistema Informático Perinatal A (SIP-A): Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica de asistencia a Mujeres en Situación de Aborto (MUSA). Montevideo: CLAP/SMR - OPS/OMS, agosto del 2017. (Manual SIP versión 4.13).
- Souza JP, Cecatti JG, Faundes A, Morais SS, Villar J, Carroli G, Gulmezoglu M, Wojdyla D, Zavaleta N, Donner A, Velazco A, Bataglia V, Valladares E, Kublickas M, Acosta A; World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. Bull World Health Organ. 2010 Feb; 88(2) :113-9. doi: 10.2471/BLT.08.057828. . [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/2/08-057828/en/>
- Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med. 1994 Apr; 38(8) :1091-110.



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

- U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Revised recommendations for HIV screening of pregnant women. MMWR Recomm Rep. 2001 Nov 9;50(RR-19):63-85. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5019.pdf>
- Valderrama J. Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. Washington, DC: OPS, 2005. Acceso el 23 de marzo de 2007. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/3ySWQ9j>
- World Health Organization. Report of a WHO technical consultation on Birth Spacing. Geneva, Switzerland, 13-15 June 2005. [Acceso 21 de Agosto de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69855/1/WHO_RHR_07.1_eng.pdf
- World Health Organization. Department of Making Pregnancy Safer. Standards for maternal and neonatal care. Geneva, 2006. [Acceso 21 de Agosto de 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69735/1/a91272.pdf>
- World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research and Department of Chronic Diseases and Health Promotion. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. Geneva: 2006. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547006_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. WHO antenatal care randomized trial. Manual for the implementation of the new model. Geneva: 2001. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/3G8NUhG>
- World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Geneva, 2011. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44692/1/9789241502221_eng.pdf
- World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception. Geneva: 2015. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/3LxsxaR>
- World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva, 2015. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf?ua=1

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



- World Health Organization. WHO toolkit for the care and support of people affected by complications associated with Zika virus. Ginebra, June 2017. [Acceso 21 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/neurology/zika_toolkit/en/
- Nicaragua. Ministerio de Salud. Normativa 109 – segunda edición. Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas. Managua, 2018.
- Nicaragua. Ministerio de Salud. Normativa 106 – segunda edición. Manual para el registro de la atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP). Managua, diciembre de 2020.



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

Anexos



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

Anexo 2. Capítulo XVII de la CIE-10, titulado «Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)» Excluye: embarazo que continúa después del aborto de un feto o más (O31.1).

Grupos	Código CIE-10	Observación
Embarazo terminado en aborto	(O00–O08)	
Embarazo ectópico	O00	Excluye: atención materna por feto viable en embarazo abdominal (o36.7) parto de feto viable en embarazo abdominal (o83.3).
Embarazo abdominal	O00	Aborto tubárico, embarazo falopiano, ruptura del oviducto o trompa (de falopio) debida a embarazo.
Embarazo tubárico	O01	
Embarazo ovárico	O02	
Otros embarazos ectópicos	O08	Embarazo: cervical, cornual, intraligamentoso, mural.
Embarazo ectópico, no especificado	O09	
Mola hidatiforme	O01	Use código adicional de la categoría O08–, si desea identificar alguna complicación asociada. Excluye: mola hidatiforme maligna (D39.2).
Mola hidatiforme clásica	O01.0	Mola hidatiforme completa
Mola hidatiforme, incompleta o parcial	O01.1	
Mola hidatiforme, no especificada	O01.9	Enfermedad trofoblástica SAI Mola vesicular SAI
Otros productos anormales de la concepción	O02	Use código adicional de la categoría o08.–, si desea identificar alguna complicación asociada. Excluye: feto papiráceo (o31.0)
Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme	O02.0	Huevo patológico. Mola: carnosa, intrauterina SAI.
Aborto retenido	O02.1	Muerte fetal precoz, con retención del feto muerto. Excluye: Aborto retenido con: *Detención del desarrollo del huevo (O02.0). *Mola: hidatiforme (O01.–), no hidatiforme (O02.0)
Otros productos anormales especificados de la concepción	O02.8	Excluye: la asociación con: *Detención del desarrollo del huevo (O02.0), *Mola: hidatiforme (O01.–), no hidatiforme (O02.0).
Producto anormal de la concepción, no especificado	O02.9	

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



Grupos	Código CIE-10	Observación
Las siguientes subdivisiones de cuarto carácter se usan con las categorías. O03–O06:		Nota: El aborto incompleto incluye los productos de la concepción retenidos a continuación de un aborto.
Incompleto, complicado con infección genital y pelviana	0.0	Con afecciones en O08.0
Incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía	0.1	Con afecciones en O08.1
Incompleto, complicado por embolia	0.2	Con afecciones en O08.2
Incompleto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas	0.3	Con afecciones en O08.3–O08.9
Incompleto, sin complicación	0.4	
Completo o no especificado, complicado con infección genital y pelviana	0.5	Con afecciones en O08.0
Completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía	0.6	Con afecciones en O08.1
Completo o no especificado, complicado por embolia	0.7	Con afecciones en O08.2
Completo o no especificado, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas	0.8	Con afecciones en O08.3–O08.9
Completo o no especificado, sin complicación	0.9	
Aborto espontáneo	O03	
Aborto médico	O04	Incluye: aborto terapéutico terminación del embarazo: legal, terapéutico.
Otro aborto	O05	
Aborto no especificado	O06	Incluye: aborto inducido SAI
Intento fallido de aborto	O07	Incluye: fracaso del intento de la inducción del aborto. Excluye: aborto incompleto (O03–O06).
Falla de la inducción médica del aborto, complicado por infección genital y pelviana	O.07.0	Con afecciones en O08.0
Falla de la inducción médica del aborto, complicado por hemorragia excesiva o tardía	O.07.1	Con afecciones en O08.1
Falla de la inducción médica del aborto, complicado por embolia	O.07.2	Con afecciones en O08.2
Falla de la inducción médica del aborto, con otras complicaciones y las no especificadas	O.07.3	Con afecciones en O08.3–O08.9



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

Grupos	Código CIE-10	Observación
Falla de la inducción médica del aborto, con otras complicaciones y las no especificadas	O.07.3	Con afecciones en O08.3–O08.9
Falla de la inducción médica del aborto, sin complicación	O.07.4	Fracaso de inducción del aborto SAI
Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por infección genital y pelviana	O.07.5	Con afecciones en O08.0
Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por hemorragia excesiva o tardía	O.07.6	Con afecciones en O08.1
Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por embolia	O.07.7	Con afecciones en O08.2
Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, con otras complicaciones y las no especificadas	O.07.8	Con afecciones en O08.3–O08.9
Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, sin complicación	O.07.9	Intento fallido de aborto SAI
Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08	Esta categoría se establece fundamentalmente para la codificación de la morbilidad
Infección genital y pelviana consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O.08.0	Consecutivo a afección clasificable en O007-O07: Choque séptico, Endometritis, Ooforitis, Parametritis, Pelviperitonitis, Salpingitis, Salpingooforitis, Sepsis, Septicemia Excluye: embolia séptica o septicopiémica (O08.2), IVU (O08.8)
Hemorragia excesiva o tardía consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08.1	Consecutiva(o) a afección(es) clasificable(s) en O00–O07: Afibrinogenemia, CI y Síndrome de defibrinación
Embolia consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08.2	Consecutiva(o) a afección(es) clasificable(s) en O00–O07: SAI, coágulo sanguíneo, gaseosa, jabonosa, líquido amniótico, piémica, pulmonar, séptica, septicopiémica
Choque consecutivo al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08.3	Consecutiva(o) a afección(es) clasificable(s) en O00–O07: Colapso circulatorio, Choque post-operatorio Excluye: choque séptico (O08.0)
Insuficiencia renal consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08.4	Consecutiva(o) a afección(es) clasificable(s) en O00–O07: Insuficiencia renal (aguda), Necrosis tubular, Oliguria, Supresión renal, Uremia

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)



Grupos	Código CIE-10	Observación
Trastorno metabólico consecutivo al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08.5	Desequilibrio electrolítico consecutivo a afección(es) clasificable(s) en O00–O07
Lesión de órganos o tejidos de la pelvis consecutivo al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08.6	Consecutiva(o) a afección(es) clasificable(s) en O00–O07: Desgarro, laceración, perforación, o trauma químico (del, de la): cuello uterino, intestino, ligamento ancho, tejido periuretral, útero, vejiga
Otras complicaciones venosas consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08.7	Consecutiva(o) a afección(es) clasificable(s) en O00–O07: Infección de vías urinarias, Paro cardíaco
Otras complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08.8	Complicación no especificada consecutiva a afecciones clasificables en O00–O07
Complicación no especificada consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08.9	



INSTRUCCIONES DE LLENADO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO (MUSA)

Anexo 3. Indicadores SIP Aborto en el SIP Plus

El SIP Plus en su versión 2.2.3, presenta en sus reportes automáticos dos tipos de indicadores relacionados al SIP Aborto, los cuales son:

SIP-A-Indicadores Básicos

- Tipo de aborto.
- Edad de las mujeres asistidas.
- Nivel Educativo de las mujeres asistidas.
- Diagnóstico al Ingreso.
- Antecedentes de abortos previos.
- Antecedentes de hijos vivos.
- Edad gestacional y aborto.
- Complicaciones según método de evacuación uterina.
- Consejería anticoncepción post aborto.
- Inicio inmediato de anticoncepción.
- Inicio inmediato de anticoncepción por edad.
- Inició MAC = SI.
- Condición al egreso de las mujeres asistidas.
- Variables para identificar casos de Near Miss.

Indicadores de Mujeres en Situación de Aborto

- Mujeres en situación de aborto.
- Número de mujeres que tuvieron una evacuación uterina.
- Indicadores de morbimortalidad materna.
 - Razón de mortalidad materna al egreso.
 - Morbilidad relacionada al aborto.
 - Morbilidad severa relacionada al aborto (Near Miss).
- Efectos adversos prevenibles y no prevenibles vinculados a la realización de la evacuación uterina.
- Prácticas clínicas de calidad pre y post aborto.
 - Tipos de procedimientos realizados.
 - Uso de analgésicos.
 - Uso de antibióticos profiláctico.
- Información de métodos anticonceptivos.
- Inicio inmediato de método anticonceptivo.
- Inicio inmediato de método anticonceptivo en menores de 20 años.

