



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



GUIA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA UNEME MATERNIDAD DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO

OCTUBRE 2015



CONTENIDO

I	PRESENTACIÓN	3
II	APROBACIÓN	4
III	BASE LEGAL	5
IV	OBJETIVO GENERAL	10
V	POLÍTICAS GENERALES	11
VI	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	12
	A.- CONSULTA EXTERNA	12
	a.- CONTROL PRENATAL	12
	b.- CONTROL POSTPARTO	16
	c.- CONTROL DEL NIÑO SANO	19
	d.- DETECCIÓN DE RIESGOS A LA SALUD DE LA MUJER	22
	e.- MEDICINA PREVENTIVA	26
	f.- INFECCIONES NOSOCOMIALES	29
	B.- UNIDAD DE CUIDADOS AL NACIMIENTO	32
	a.- TRIAGE OBSTÉTRICO	32
	b.- TRABAJO DE PARTO	34
	c.- SALA DE EXPULSIÓN	38
	d.- RECUPERACIÓN	42
	e.- HABITACIÓN CONJUNTA	46
	C.- EDUCACIÓN AL USUARIO	50
	a.- PSICOPROFILAXIS PERINATAL	50
	b.- ESTIMULACIÓN TEMPRANA	54
	c.- LACTANCIA MATERNA	57
VII	FORMATOS E INSTRUCTIVOS	64
VIII	ANEXOS	219
IX	GLOSARIO	373
X	VALIDACIÓN	382
XI	CRÉDITOS	383



I. PRESENTACIÓN:

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, la Administración del Estado de México, impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna por garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de calidad.

La presente Guía Técnica de procedimientos de la UNEME Maternidad documenta la acción organizada para dar cumplimiento a los objetivos de las unidades médicas del ISEM de manera organizada y brindando el mejor servicio a los usuarios. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinear su gestión administrativa.

Este documento contribuye a la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares del Sector Salud hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.



II. APROBACIÓN.

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México en sesión ordinaria número **207**, aprobó la presente **“Guía Técnica de Procedimientos de la UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México”** la cual contiene la información referente a consideraciones generales y procedimientos, así como políticas para dar cumplimiento en materia de Enfermería del Instituto de Salud del Estado de México.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
15 DE DICIEMBRE DE 2015	ISE/207/008

Mtro. Manuel Marcué Díaz
Director de Administración y Secretario
del H. Consejo Interno del ISEM
(Rúbrica)



III. BASE LEGAL

- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**, Constitución Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, TEXTO VIGENTE, Última reforma publicada DOF 08-10-2013: TÍTULO PRIMERO Capítulo I. De los derechos humanos y sus garantías Denominación del Capítulo reformada DOF 10-06-2011: Artículo 1ro. Párrafo reformado DOF 10-06-2011, Párrafo adicionado DOF 10-06-2011, Artículo 2do. La Nación Mexicana es única indivisible B. V. Artículo 4to. Fracción 3. Diario Oficial de la Federación 27 de diciembre de 2013. Párrafo adicionado DOF 13-10-2011. TÍTULO SEXTO Del trabajo y de la previsión social. Artículo 123 Párrafo adicionado DOF 19-12-1978. Reformado DOF 18-06-2008 A. V. Fracción reformada DOF 31-12-1974.
- **LEY GENERAL DE SALUD**, Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, TEXTO VIGENTE, Últimas reformas publicadas DOF 27-04-2010: TÍTULO PRIMERO, Disposiciones Generales, CAPÍTULO UNICO, Artículo 1º, Artículo 3º, IV y V Bis. TÍTULO TERCERO, Prestación de los Servicios de Salud. CAPITULO I, artículos 23 y 27, Fracción III. CAPÍTULO II Atención Médica, Artículo 33, fracciones I, II y III. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones. CAPÍTULO V, Atención Materno-Infantil, Artículo 61, Artículo 64, II y I, Artículos 59 y 89, Artículo 100 Fracc. IV 320 Y 321.
- **LEY DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DEL ESTADO Y MUNICIPIOS**, Título Tercero, Capítulo II, artículos 42 y 43. Gaceta del Gobierno, 11 de septiembre de 1990, reformas y adiciones.
- **REGLAMENTO INTERNO DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO**, Capítulo IV. De la prestación de servicios de salud, Artículo 12, Artículo 13:IV. Capítulo V. De las disposiciones para la prestación de servicios de atención materno-infantil. Artículo 32: I. Artículo 36: I, III y V, 20 julio de 2011.
- **REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MEDICA**, 07 de Febrero de 1984, Diario Oficial de la Federación, 14 de Mayo de 1986, Capítulo I, Artículo 8, fracciones I, II y III, Capítulo IV, artículos 73, 74 y 87. Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986, reformas y adiciones. CAPITULO V. Disposiciones para la Prestación de Servicios de Atención Materno infantil, Artículo 99, TRANSITORIOS: Artículo tercero.
- **REGLAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO, GACETA DEL GOBIERNO**, 13 de Marzo de 2002, CAPÍTULO IV. De la prestación de servicios de salud, Artículo 12, Artículo 13:IV. CAPÍTULO V. De las disposiciones para la prestación de servicios de atención materno-infantil. Artículo 32: I. Artículo 36: I, III y V.
- **CÓDIGO ADMINISTRATIVO DEL ESTADO DE MEXICO**, Capítulo IV, Artículo 2.5. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-003-SSA2-1993** “Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”, Fecha de publicación 18 de julio de 1994.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012**, “Del expediente clínico”, Fecha de publicación: 15 de octubre de 2012.



- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993**, “De los servicios de planificación familiar”, Fecha de publicación: 07 de julio de 1986.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-006-SSA2-1993**, “Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud” Fecha de publicación: 26 de enero de 1995.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993**, “Atención de la mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido”. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, Fecha de publicación: 6 de enero de 1995.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-010-SSA2-2010**, “Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana”, Fecha de publicación: 21 de junio del 2000.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-SSA1-1993**, “Requisitos sanitarios que deben cumplir los sistemas de abastecimiento de agua potable para uso y consumo humano, públicos y privados”. Diario Oficial de la Federación, Fecha de publicación: 12 de agosto de 1994.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-2006**, “Para la prevención y control de enfermedades bucales”, Fecha de publicación: 6 de enero de 1995.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994**, “Para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria. Diario Oficial de la Federación, Fecha de publicación: 16 de marzo de 1998, reformas y adiciones.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA2-1994**, “Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria” Diario Oficial de la Federación, Fecha de publicación: 18 de diciembre de 1994, reformas y adiciones.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-017-SSA2-1994**, “Para la vigilancia epidemiológica”. Diario Oficial de la Federación, Fecha de publicación: 11 de octubre de 1999, reformas y adiciones.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019 SSA3-2013**, “Para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud” Fecha de publicación: 02 de septiembre del 2013.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA2-1999**, “Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial”. Diario Oficial de la Federación, Fecha de publicación: 17 de enero de 2001, reformas y adiciones.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-031-SSA2-1999**, “Para la atención a la salud del niño”. Diario Oficial de la Federación, Fecha de publicación: 09 de febrero de 2001, reformas y adiciones.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-034-SSA2-2002**, “Para la prevención y control de los defectos al nacimiento”, Fecha de publicación: 31 de octubre de 2001.



- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-035-SSA3-2012**, “En materia de información en salud”. Diario Oficial de la Federación, Reformas y adiciones, Fecha de publicación: 09 de noviembre de 2012.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-036-SSA2-2002**, “Prevención y control de enfermedades, aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano”. Diario Oficial de la Federación, Fecha de publicación: 17 de julio de 2003, reformas y adiciones.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-037-SSA2-2002**, “Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias”. Diario Oficial de la Federación, Fecha de publicación: 21 de julio de 2003, reformas y adiciones.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-039-SSA2-2002**, “Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Diario Oficial de la Federación, Fecha de publicación: 19 de septiembre de 2003, reformas y adiciones.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-041-SSA2-2011**. “para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama”, Diario Oficial de la Federación, Fecha de publicación: 21 de julio de 2003, reformas y adiciones.09 de junio de 2011.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-043-SSA2-2005**, “Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria”. Criterios para brindar orientación. Diario Oficial de la Federación, Fecha de publicación: enero de 2006, reformas y adiciones.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-045-SSA2-2005**. “Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales”, Fecha de publicación: 20 de octubre de 2009.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-087-ECOL-SSA1-2002**, “Protección ambiental-Salud ambiental, Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo”. Diario Oficial de la Federación, Reformas y adiciones, Fecha de publicación: 17 de febrero de 2003.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-046-SSA2-2005**, “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”, Fecha de publicación: 16 de abril de 2009.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-051-SSA1-1993**, “Que establece las especificaciones sanitarias de las jeringas estériles desechables de plástico”. Diario Oficial de la Federación, Fecha de publicación: 16 de enero de 1995, reformas y adiciones.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-068-SSA1-1993**, “Que establece las especificaciones sanitarias de los instrumentos quirúrgicos, materiales metálicos de acero inoxidable”, Fecha de publicación: 26 de mayo de 1995.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-085-SSA1-1994**, “Que establece las especificaciones sanitarias de los guantes de hule látex natural para cirugía y exploración en presentación estéril y no estéril, Fecha de publicación: 29 de agosto de 1996.



- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-087-ECOL-SSA1-2002**, “Protección ambiental-Salud ambiental, Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo”. Diario Oficial de la Federación, Reformas y adiciones, Fecha de publicación: 17 de febrero de 2003.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-127-SSA1-1994**, “Salud ambiental, agua para uso y consumo humano-límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización, Fecha de publicación: 22 de noviembre de 2000.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-174-SSA1-1998**, “Para el manejo integral de la obesidad”. Diario Oficial de la Federación, Fecha de publicación: 12 de abril de 2000, reformas y adiciones.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-178-SSA1-1998**, “Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de usuarios ambulatorios”. Diario Oficial de la Federación, Fecha de publicación: 29 de octubre de 1999.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-190-SSA1-1999**, “Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar”. Diario Oficial de la Federación, Fecha de publicación: 08 de marzo de 2000, reformas y adiciones.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-197-SSA1-2000**, “Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada”. Diario Oficial de la Federación, 24 de octubre de 2001, reformas y adiciones.
- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-206-SSA1-2002**, “Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención de los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica”, Diario oficial de la federación, Fecha de publicación: 15 de septiembre de 2004.
- **GUÍA TÉCNICO ADMINISTRATIVA DE ENFERMERÍA PARA LA TOMA DE SIGNOS VITALES**, Secretaria de Salud Instituto de Salud del Estado de México octubre 2012.
- **GUÍA TÉCNICO ADMINISTRATIVA DE ENFERMERÍA PARA LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**, Secretaria de Salud Instituto de Salud del Estado de México octubre 2012.
- **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DETECCIÓN Y DIAGNOSTICO INICIAL DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS**, México: Secretaría de Salud; 2011.
- **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA**, México: Secretaría de Salud; 2011.
- **LA ATENCIÓN INTERCULTURAL DEL TRABAJO DE PARTO EN POSICIÓN VERTICAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD**, Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural, Secretaría de salud.
- **LINEAMIENTO TÉCNICO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA SSA-MAYO 2002**.
- **LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA**, ISBN 970-721-033-8, 2002.



- **LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA PRE ECLAMPSIA**, ISBN-970-721-306-X, 2002.
- **MANUAL PARA LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL “EDI”**, 2013. Primera edición 2013 Secretaría de Salud.
- **MANUAL GENERAL DE ORGANIZACIÓN DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO**, Apartado VII: Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B20000 Coordinación de Salud. Gaceta del Gobierno, sección tercera, 18 de diciembre de 2013.
- **MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD**, 2012.
- **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO**, Secretaría de Salud Instituto de Salud del Estado de México Marzo 2012.
- **MANUAL DE VACUNACIÓN 2008-2009**, ISBN 978-607-460-012-4, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Primera edición 2008.



IV. OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad en la prestación del servicio de enfermería, mediante la estandarización de una atención integral continua perinatal; que favorezca el trato humano y respeto a la interculturalidad de los usuarios en las UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.



V. POLÍTICAS GENERALES

- Todo el personal de enfermería deberá realizar consejería sobre la metodología anticonceptiva y medidas de autocuidado de la salud.
- El personal de enfermería deberá informar a la usuaria que en todas las consultas de control prenatal debe acudir acompañada por una persona mayor.
- El personal de enfermería deberá realizar el lavado de manos aplicando los 5 momentos (1.-Antes del contacto directo con el paciente. 2.-Antes de una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo, a pesar del uso de guantes. 3.-Después del contacto con fluidos o secreciones corporales. 4.-Después del contacto con el paciente. 5.-Después del contacto con objetos en el entorno del paciente).
- El personal de enfermería deberá solicitar la autorización a la usuaria antes de realizar la exploración física respetando su individualidad y otorgando en todo momento trato digno.
- Todo el personal de enfermería deberá portar uniforme clínico reglamentario (sin accesorios, pulseras, anillos, aretes mayores a 5mm, adornos en la cabeza, uñas largas etc.) y gafete de identificación, con broche tipo clip, visible.
- El personal de enfermería y el acompañante de la usuaria deberán tener estrictamente prohibido tomar fotografías o cualquier otro tipo de publicaciones que no esté autorizado por nivel central y con previa autorización de la usuaria.
- El personal de enfermería deberá orientar a las usuarias que si llegan después de su horario de consulta tendrán que esperar un espacio para ser atendidas.
- Todo el personal de enfermería que detecte signos y/o síntomas de violencia familiar deberán registrar en la nota de evolución los hallazgos encontrados y derivar a la usuaria al Módulo de bienestar familiar.
- En caso de que las usuarias lleguen después de su horario de consulta tendrán que esperar para ser atendidas.
- En caso de emergencia de la usuaria que se encuentre en cualquiera de los servicios proporcionados en la UNEME, el personal de enfermería deberá activar el Código Mater e iniciar tratamiento para estabilizar y referir a la usuaria al hospital ancla.
- En caso de antecedente de la madre Rh negativa, el personal deberá realiza prueba de Rh al Recién Nacido. Si hubiese incompetencia Rh, solicita globulina inmune anti Rho. Y aplicar dentro de las 72 hrs. posterior al parto en unidad de segundo nivel.



VI.- DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

A.- CONSULTA EXTERNA

a. CONTROL PRENATAL

Objetivo:

Valorar la evolución del embarazo de bajo riesgo a las usuarias así como el control y seguimiento, mediante intervenciones de enfermería que identifiquen factores de riesgo que puedan condicionar morbilidad materna y/o perinatal, con apego a los lineamientos técnicos vigentes.

Alcance:

Aplica a todo el personal de enfermería Perinatal y Obstetras que realizan actividades en el servicio de control prenatal a las usuarias de las UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.

Insumos:

- 1.-Solicitud verbal
- 2.-Cartilla nacional de salud
- 3.-Carnet prenatal
- 4.-Sistema de referencia y contrareferencia

Políticas:

- El personal de enfermería deberá informar a la usuaria que durante su control prenatal asistirá a consultas en los servicios de Psicoprofilaxis perinatal, módulo de Lactancia Materna, Nutrición y Odontología.
- Toda mujer embarazada enviada por los centros de salud deberá tener 32 semanas de gestación y 5 consultas prenatales previas.
- Toda mujer en estado grávido que solicite consulta de control prenatal será atendida en la UNEME Maternidad sin importar la edad gestacional, y será referida al nivel de atención correspondiente según el riesgo que se haya detectado
- El personal de enfermería dará seguimiento en las UNEME Maternidad exclusivamente a las usuarias de bajo riesgo obstétrico y perinatal de las 32 sdg en adelante.
- La enfermera deberá capacitar a la embarazada sobre la técnica de cepillado y uso de hilo dental.
- El personal de enfermería deberá realizar a toda mujer embarazada la detección de VIH en su primera consulta de control prenatal.



CRITERIOS DE OPERACIÓN

CONTROL PRENATAL		
No.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Enfermera Obstetra o Perinatal	Prepara y se asegura de contar con material, mobiliario, equipo y papelería para la recepción de la usuaria.
2	Usuaria y/o Familiar	Acude y solicita de manera verbal el servicio de control prenatal
3	Enfermera Obstetra o Perinatal	Se entera de la solicitud verbal y le indica que espera su llamado.
4	Enfermera Obstetra o Perinatal	Recibe, identifica y atiende a la usuaria y a su acompañante de forma cordial y oportuna, se presenta por nombre completo y profesión, solicita cartilla nacional de salud, carnet prenatal y determina.
5	Enfermera Obstetra o Perinatal	<p>¿La usuaria cuenta con cartilla nacional de salud?</p> <p>No, por ser de primera vez: Solicita los datos de la usuaria para elaborar y otorgar la cartilla nacional de salud y promueve servicios que ofrece la maternidad.</p> <p>Si: Proporciona la consulta de control prenatal.</p>
6	Enfermera Obstetra o Perinatal	<p>Toma, valora signos vitales y de Somatometría.</p> <p>Registra los valores obtenidos en los formatos correspondientes: Cartilla nacional de salud, Historia clínica general (Consulta de primera vez), Historia clínica perinatal (CLAP) y Notas de evolución.</p>
7	Enfermera Obstetra o Perinatal	Inicia con el interrogatorio que debe incluir Antecedentes Personales no Patológicos, Antecedentes Personales Patológicos, Antecedentes Gineco-Obstétricos, Padecimiento Actual, Redes de Apoyo para identificar factores de riesgo y Plan de Seguridad.



8	Enfermera Obstetra o Perinatal	Prepara física y emocionalmente a la usuaria para la exploración de manera cefalocaudal y sistemática de acuerdo a semanas de gestación.
9	Enfermera Obstetra o Perinatal	Valora coloración de tegumentos, conjuntivas, hidratación de mucosas, presencia de adenomegalias; en tórax valora mamas, tipo de pezón, presencia de lactopoyesis, ruidos cardiacos y campos pulmonares; en abdomen valora crecimiento uterino (altura de fondo uterino). Maniobras de Leopold. Valora estado de salud fetal (Auscultación de frecuencia cardiaca fetal) y valora puntos ureterales bajos.
10	Enfermera Obstetra o Perinatal	Valora actividad uterina. Tacto vaginal o especuloscopia sólo en caso necesario. Valora extremidades inferiores y Giordanos al final de la exploración, ya que la paciente se encuentre en posición Fowler. Realizará lavado de manos concluida la exploración.
11	Enfermera Obstetra o Perinatal	Analiza la información obtenida de la anamnesis y la exploración física, para identificar el riesgo y datos de alarma según semanas de gestación: (dolor obstétrico, movimientos fetales, pérdidas transvaginales, datos de urosepsis y datos de vasoespasmo).
12	Enfermera Obstetra o Perinatal	Realiza llenado de la Hoja frontal, tabla de valoración de riesgo del control prenatal, paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud, plan de seguridad, tarjeta de control de la mujer embarazada y en lactancia así como la tarjeta de control de usuarias de planificación familiar.
13	Enfermera Obstetra o Perinatal	Otorgada la atención la enfermera determina: ¿La usuaria debe ser referida? No: Informa a la usuaria y/o familiar la evolución del embarazo e indicaciones y registra en la Cartilla nacional de salud la consulta otorgada y con lápiz anota la cita para su próxima consulta. Entrega cartilla nacional de salud con el registro de la fecha de su próxima consulta, Historia clínica perinatal (CLAP), en caso de



		<p>ser necesario proporciona solicitud de laboratorio, estudio de gabinete, recepción de interconsulta médica y/o receta médica.</p> <p>Si: Informa a la usuaria y/o familiar que será referida.</p> <p>Entrega cartilla nacional de salud, Historia clínica perinatal (CLAP) y Sistema de referencia y contrareferencia.</p>
14	Usuaría y/o Familiar	Se retiran del servicio sin presentar dudas de las indicaciones.
15	Enfermera Obstetra o Perinatal	<p>Realiza el desecho de Insumos utilizados en el procedimiento y prepara la unidad para la próxima consulta.</p> <p>Registra los datos de la usuaria en la Hoja diaria de consulta externa y libreta de productividad del servicio y resguarda el expediente clínico para posteriormente entregarlo a Archivo para su control.</p>



b. CONTROL POSTPARTO

Objetivo:

Otorgar a la madre y recién nacido cuidados inmediatos para la prevención, control y seguimiento de los mismos durante el puerperio, mediante intervenciones de enfermería conforme a los lineamientos técnicos vigentes en la materia.

Alcance:

Aplica a todo el personal de enfermería Perinatal y Obstetras que realizan actividades en el servicio de control postparto a las usuarias de las UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.

Insumos:

- 1.- Solicitud Verbal
- 2.- Cartilla nacional de salud
- 3.- Sistema de referencia y contrareferencia

Políticas:

- El personal de enfermería deberá informar a toda usuaria puérpera que haya egresado de la UNEME Maternidad acudir a las consultas de control postparto.



CRITERIOS DE OPERACIÓN

CONTROL POSTPARTO		
NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Enfermera Obstetra Perinatal o	Prepara y se asegura de contar con material, mobiliario, equipo y papelería para la recepción de la usuaria.
2	Enfermera Obstetra Perinatal o	Recibe, identifica y atiende a la usuaria y a su acompañante de forma cordial y oportuna, se presenta por nombre completo y profesión, solicita cartilla nacional de salud.
3	Enfermera Obstetra Perinatal o	Toma, valora signos vitales y de Somatometría. Registra los valores obtenidos en los formatos correspondientes: Cartilla nacional de salud y notas de evolución.
4	Enfermera Obstetra Perinatal o	Realiza interrogatorio sobre sintomatología actual, presencia de datos de alarma y cuidados de la madre en el hogar así como cuidados del recién nacido en casa y de la importancia de la lactancia materna exclusiva.
5	Enfermera Obstetra Perinatal o	Prepara física y emocionalmente a la usuaria para su exploración de manera cefalocaudal y sistemática. Valora coloración de tegumentos, conjuntivas, hidratación de mucosas, presencia de adenomegalias; en tórax valora, mamas, turgencia, lactopoyesis y tipo de pezón, ruidos cardiacos y campos pulmonares; en abdomen valora peristaltismo e involución uterina y valora puntos ureterales bajos. Realiza tacto vaginal o especuloscopia sólo en caso necesario para valorar cérvix y vagina características de loquios (cantidad, color y olor) en caso de haberse realizado episiorrafía o reparación de desgarró valorar integridad y datos de infección. Valora extremidades inferiores y Giordanos al final de la exploración, ya que la paciente se encuentre en posición Fowler. Realizará lavado de manos concluida la exploración.
6	Enfermera Obstetra Perinatal o	Analiza la información obtenida de la anamnesis y la exploración física, para identificar el riesgo y datos de alarma. Realiza llenado de la hoja frontal, nota de evolución, paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud (Puerperio) y la tarjeta de control de usuarias de planificación familiar en caso de ser necesario proporciona receta médica y determina.
7	Enfermera Obstetra o	¿La usuaria debe ser referida? No: Informa a la usuaria y/o familiar la evolución del



	Perinatal	<p>puerperio, resultados de la exploración física, indicaciones y registra en la Cartilla nacional de salud la consulta otorgada así como en el plan de seguridad del parto y puerperio y con lápiz anota la cita para su próxima consulta.</p> <p>Entrega cartilla nacional de salud, en caso de ser necesario proporciona receta médica.</p> <p>Si: Informa a la usuaria y familiar que será referida.</p> <p>Entrega Cartilla Nacional de Salud, Sistema de referencia y Contrareferencia.</p>
8	Usuaría y/o familiar	Se retiran del servicio sin presentar dudas de las indicaciones.
9	Enfermera Obstetra Perinatal o	<p>Realiza el desecho de Insumos utilizados en el procedimiento de acuerdo a la NOM-087-ECOL-SSA1-2002 prepara la unidad para la próxima consulta.</p> <p>Registra los datos de la usuaria en la Hoja diaria de consulta externa y libreta de productividad del servicio y resguarda el expediente clínico para posteriormente entregarlo a Archivo para su control.</p>



c.- CONTROL DEL NIÑO SANO

Objetivo:

Vigilar, controlar e identificar el crecimiento y desarrollo del menor de 2 años para la detección oportuna mediante la atención de enfermería con base en los lineamientos técnicos y normatividad vigente a los usuarios de las UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.

Alcance:

Aplica a todo el personal de enfermería que realiza actividades en el servicio de control del niño sano a los usuarios de las UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.

Insumos:

1. Solicitud verbal
2. Cartilla Nacional de Salud
3. Hoja frontal
4. Notas de evolución
5. Solicitud recepción de interconsulta médica

Políticas:

- El personal de enfermería deberá solicitar la autorización del responsable del lactante antes de realizar la exploración física respetando su individualidad y otorgar en todo momento trato digno.
- El personal de enfermería asignado al servicio de “Control del niño sano” deberá brindar orientación sobre el Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud del menor de 5 años.
- El personal de enfermería asignado al servicio de “Control del niño sano” deberá fomentar la lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y complementaria hasta los 2 años de edad en todas las consultas otorgadas.
- El personal de enfermería asignado al servicio de “Control del niño sano” deberá aplicar la Evaluación del desarrollo infantil a todos los niños menores de 2 años nacidos en las UNEME maternidad.



CRITERIOS DE OPERACIÓN

CONTROL DEL NIÑO SANO		
NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Enfermera	Prepara y se asegura de contar con material, mobiliario, equipo y papelería para la recepción del usuario.
2	Responsable del menor de 2 años	Acude y solicita de manera verbal el servicio de control del niño sano.
3	Enfermera	Se entera de la solicitud verbal y le indica que espera su llamado.
4	Enfermera	Realiza lavado de manos conforme a lineamientos establecidos.
5	Enfermera	Mide, valora signos vitales y de Somatometría. Registra los valores obtenidos en los formatos correspondientes: Cartilla Nacional de Salud, nota de evolución, Gráficas de longitud/estatura por edad y peso por edad niña/niño.
6	Enfermera	Prepara física y emocionalmente al usuario para la exploración.
7	Enfermera	Realiza exploración cefalocaudal y sistemática, aplica la prueba de Evaluación del desarrollo infantil y evaluación de factores de riesgo.
8	Enfermera	Realiza búsqueda intencional de signos o síntomas de alarma identificación de factores de mal pronóstico del entorno familiar.
9	Enfermera	Determina: ¿Es menor de 1 mes y se le tomó tamiz metabólico? Si: Verifica la realización de la prueba y corrobora resultado de tamiz metabólico. No: Canalizar a Medicina Preventiva para la toma.



10	Enfermera	<p>Acorde a la valoración proporciona Educación para la Salud, determina: El resultado de peso y talla está fuera de los rangos establecidos</p> <p>Si: Referir para su incorporación al programa de orientación alimentaria, incrementar la actividad física y evaluar periódicamente su estado de nutrición.</p> <p>No: Evaluar y dar seguimiento acorde a los lineamientos vigentes de evaluación del desarrollo.</p>
11	Enfermera	<p>Registra valores obtenidos en Historia Clínica General, Hoja frontal, Sistema de referencia y contrareferencia, Solicitud recepción de interconsulta médica, Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud RN-<1mes, Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud menor de 5 años, Prueba de evaluación del desarrollo infantil "EDI", Hoja diaria de consulta externa según corresponda.</p>
12	Enfermera	<p>Otorgada la atención la enfermera determina: ¿El usuario debe ser referido?</p> <p>No: Informa a los responsables del lactante que se pueden retirar.</p> <p>Entrega cartilla nacional de salud con el registro de la fecha de su próxima consulta, en caso de ser necesario proporciona solicitud de laboratorio, recepción de interconsulta médica.</p> <p>Si: Informa a los responsables del lactante que será referido.</p> <p>Entrega Cartilla Nacional de Salud y Sistema de referencia y contrareferencia.</p>
13	Familiar del menor de 2 años	Expresa dudas
14	Enfermera	Proporciona retroalimentación
15	Enfermera	<p>Realiza el desecho de Insumos utilizados en el procedimiento y prepara la unidad para la próxima consulta.</p> <p>Registra los datos del usuario en la Hoja diaria de consulta externa y libreta de productividad del servicio y resguarda el expediente clínico para posteriormente entregarlo a Archivo para su control.</p>



d. DETECCIÓN DE RIESGOS A LA SALUD DE LA MUJER

Objetivo:

Identificar factores de riesgo en usuarias para su detección oportuna, control y seguimiento mediante intervenciones de enfermería con base en los lineamientos técnicos en materia.

Alcance:

Aplica a todo el personal de enfermería que realiza actividades en el servicio de Detección de riesgos a la salud de la mujer en las UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.

INSUMOS:

- 1.-Solicitud verbal de la usuaria
- 2.-Cartilla Nacional de Salud
- 3.-Recibo Único de pago

Políticas:

- El personal de enfermería deberá informar a la usuaria que en todas las consultas de detección de riesgos a la salud de la mujer deberá acudir acompañada por una persona mayor de edad.
- El personal de enfermería deberá apegarse a las Normas Oficiales Mexicanas vigentes que rigen las acciones preventivas dirigidas a la mujer.
- El personal de enfermería asignado al servicio de Detección de riesgos a la salud de la mujer deberá integrar a la atención que otorgue la orientación y consejería correspondiente al paquete garantizado de los servicios de salud.
- El personal de enfermería deberá realizar las detecciones de acuerdo a los lineamientos vigentes.
- El personal de enfermería asignado al servicio de Detección de riesgos a la salud de la mujer deberá detectar factores de riesgo a todas las usuarias y sus acompañantes de sexo femenino de acuerdo a los programas prioritarios del paquete garantizado de los servicios de salud.
- El personal de enfermería asignado al servicio de Detección de riesgos a la salud de la mujer deberá dar continuidad en los documentos del expediente familiar a las usuarias que hayan egresado de la UNEME maternidad.
- El personal de enfermería asignado al servicio de Detección de riesgos a la salud de la mujer deberá ofertar metodología anticonceptiva efectiva de larga duración a las mujeres de alto riesgo reproductivo.



CRITERIOS DE OPERACIÓN

DETECCIÓN DE RIESGOS A LA SALUD DE LA MUJER		
1	Enfermera	Mide, valora signos vitales y Somatometría. ¿La usuaria egresó de la UNEME Maternidad? Si: Registrar en las Notas de Evolución los resultados de la valoración obtenida. No: Registra en la Hoja de Registro Clínico de Enfermería para Unidades de Primer Nivel la valoración obtenida.
2	Enfermera	Interroga e identifica signos y síntomas. Realiza exploración física cefalocaudal. De acuerdo a la valoración aplica cuestionarios factores de riesgo ¿Presenta factores de riesgo? Si: Mide colesterol y triglicéridos y glucosa capilar. No: Registra en la Cartilla Nacional de Salud, así como la fecha de la próxima cita, orienta e informa al usuario del tipo de acción realizada y da orientación del autocuidado. Registra en Hoja Diaria de Consulta Externa y entrega Cartilla Nacional de Salud al Usuario.
3	Enfermera	Detección oportuna de Cáncer Cérvico Uterino y Virus del Papiloma Humano Orienta al usuario sobre los procedimientos que le va a realizar. Procede al lavado de manos de acuerdo a la norma, realiza los procedimientos, y se registran en los formatos de Solicitud y Reporte de Resultados de la Prueba de Papiloma Virus y en la Solicitud Reporte de Resultados de Citología Cervical. Informa al usuario cuándo y dónde le entregará los resultados de las detecciones; realiza listado de muestras de Papanicolaou y envía al laboratorio para su interpretación. Espera los resultados del laboratorio.
4	Usuario	Se entera sobre los procedimientos que le van a realizar y de la fecha y lugar de entrega de resultados de las detecciones y espera.
5	Enfermera	Transcurrido el tiempo de espera, recibe resultados y registra en libreta de control, y de acuerdo a los resultados, determina: ¿El resultado es sospechoso de Cáncer Cérvico-Uterino?



		<p>Si es sospechoso el resultado. Entrega resultados de la detección al usuario y la Cartilla Nacional de Salud, da indicaciones de presentarse con el médico familiar y despide al usuario.</p> <p>No es sospechoso el resultado Informa de los resultados y los entrega al usuario; los registra en la Cartilla Nacional de Salud, así como la fecha de la próxima cita, orienta e informa al usuario del tipo de acción realizada y da orientación del autocuidado. Registra en Hoja Diaria de Consulta Externa y entrega Cartilla Nacional de Salud al Usuario.</p>
6	Enfermera	<p>Detección oportuna de Cáncer Mamario Orienta al usuario sobre los procedimientos que le va a realizar. Procede al lavado de manos de acuerdo a la norma, realiza de forma suave, digital y metódicamente dirigida, la exploración clínica, registra en el formato de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer de Mama Estudio de Detección. Se le entrega formato con los resultados de la exploración. ¿El resultado es sospechoso de Cáncer Mamario?</p>
7	Enfermera	<p>Si es sospechoso el resultado. Entrega resultados de la detección al usuario y la Cartilla Nacional de Salud, da indicaciones de presentarse con el médico familiar y despide al usuario.</p>
8	Usuario	<p>Recibe Cartilla Nacional de Salud con las anotaciones correspondientes a las intervenciones realizadas se entera de las acciones que le hacen falta y de la fecha de su próxima cita. Recibe capacitación del autocuidado, aclara dudas y se retira.</p>
9	Enfermera	<p>No es sospechoso el resultado Informa de los resultados y los entrega al usuario; los registra en la Cartilla Nacional de Salud, así como la fecha de la próxima cita, orienta e informa al usuario del tipo de acción realizada y da orientación del autocuidado. Registra en Hoja Diaria de Consulta Externa y entrega Cartilla Nacional de Salud al Usuario.</p>
10	Enfermería	<p>Climaterio y Menopausia Viene de la operación No.1. Climaterio y Menopausia. Capacita y da consejería sobre signos, síntomas de climaterio y menopausia. Orienta sobre la importancia de la detección de cáncer mamario por medio de mastografía. Otorga promoción de la salud de nutrición y complementos nutricionales y refiere a Consulta Externa para la valoración de terapia de reemplazo hormonal. Entrega Cartilla Nacional de Salud.</p>
11	Usuario	<p>Se entera de las acciones que le hacen falta y de la fecha de su próxima cita</p>



12	Enfermera	Retira el instrumental o equipo utilizado y realiza el desecho de insumos utilizados de acuerdo a la normatividad vigente de manejo de Residuos Peligrosos Biológico-infecciosos.
----	-----------	---



e. MEDICINA PREVENTIVA

Objetivo:

Evitar enfermedades prevenibles por vacunación y detección oportuna de enfermedades a los usuarios mediante las intervenciones de enfermería en la aplicación de vacunas y el tamizaje neonatal metabólico conforme a los lineamientos técnicos en la materia.

Alcance:

Aplica a todo el personal de enfermería, que otorgan atención en el servicio de medicina preventiva a los usuarios de las UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.

Insumos:

1. Solicitud verbal del usuario y/o familiar
2. Cartilla Nacional de Salud

Políticas:

- El personal de enfermería deberá informar a la usuaria que en todas las consultas de Medicina Preventiva deberá acudir acompañada por una persona mayor de edad.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Medicina preventiva deberá orientar a la usuaria y acompañante sobre los cuidados al Recién Nacido así como signos y síntomas de alarma.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Medicina preventiva no deberá realizar tamiz neonatal a ningún usuario que cumpla 6 o más días de nacido ni antes de las 72 horas de nacido.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Medicina preventiva deberá elaborar el informe de los tamices cancelados especificando la causa y entregarlo a la coordinación municipal para su seguimiento.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Medicina preventiva deberá mantener la temperatura de la vacuna entre 2° a 8° C en la unidad refrigerante y de 4° a 8° C en los termos.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Medicina preventiva deberá informar a los pacientes y familiares sobre la importancia de la higiene de manos.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Medicina preventiva deberá conocer y aplicar el manual de vacunación vigente.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Medicina preventiva deberá informar a la usuaria embarazada la importancia de la aplicación de la vacuna Toxoide Tetánico.



CRITERIOS DE OPERACIÓN

INMUNIZACIÓN		
NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Enfermera	Recibe el servicio y prepara insumos necesarios. Realiza Recorrido al Servicio de Habitación Conjunta para Vacunar a los niños que nacieron durante el día y la noche. Se presenta con la usuaria e informa las actividades que realizará. Solicita los datos del recién nacido para otorgar la Cartilla Nacional de Salud.
2	Usuario	Se entera y otorga los datos a la enfermera. Recibe información de las reacciones de la vacuna aplicada, así como la vigilancia y cuidados en el hogar del recién nacido, la Cartilla Nacional de Salud con sellos de Aplicación del biológico correspondiente y la fecha de la próxima cita
3	Enfermera	Deja a la usuaria y recién nacido cómodos en su cama. Se pasa con la siguiente usuaria hasta que termina de vacunar a los recién nacidos y se retira al servicio de Medicina Preventiva. Realiza desecho de insumos utilizados y prepara insumos para la atención de los usuarios
4	Enfermera	Espera a que el familiar y/o usuaria realice la solicitud de atención



TAMIZ NEONATAL		
NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Enfermera	Recibe el servicio y prepara insumos necesarios, espera a que el usuario solicite la atención.
2	Usuario	Solicita de manera verbal la atención para la toma del Tamiz Neonatal.
3	Enfermera	Se entera de solicitud verbal, solicita Cartilla Nacional de Salud, corrobora que la edad del RN (mayor de 72 horas y hasta el 5° día de nacido) e indica que espere su llamado.
4	Usuario	Espera al llamado de la enfermera encargada del servicio.
5	Enfermera	Llama a la madre del recién nacido y corrobora datos en la Cartilla Nacional de Salud, explica el procedimiento a realizar incluyendo los beneficios del procedimiento, solicita información para el requisitado de la ficha de identificación del papel filtro.
6	Enfermera	Indica a la usuaria colocar el RN en posición decúbito dorsal e interroga sobre el estado de salud del recién nacido.
7	Enfermera	Realiza el lavado de manos acuerdo a la norma aplica principios de asepsia y antisepsia antes de iniciar el procedimiento y toma la muestra de tamiz neonatal metabólica. Al finalizar indica nuevamente los cuidados al recién nacido y corrobora datos así como número de folio del papel filtro y registra en la bitácora correspondiente.
8	Enfermera	Aclara dudas y despide cordialmente al usuario.
9	Usuario	Se entera y se despide de la enfermera.
10	Enfermera	Desecha el material utilizado y prepara la unidad para una nueva consulta.



f.- INFECCIONES NOSOCOMIALES

Objetivo:

Prevenir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud, en la atención Materno Infantil, mediante las estrategias para la prevención y control de infecciones nosocomiales conforme a los lineamientos técnicos en la materia.

Alcance:

Aplica al personal de enfermería, que otorga atención en el servicio de medicina preventiva en la UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.

Insumos:

Reporte de caso de Infecciones Nosocomiales

Políticas:

- El personal de enfermería deberá portar el uniforme clínico completo, correcto y con gafete de identificación
- Deberá ser de observancia general y obligatoria la participación del personal, usuarios y visitantes, para prevenir factores de riesgo y control de infecciones nosocomiales
- El comité de infecciones deberá coordinarse con los Servicios Administrativos para asegurar la existencia de insumos para llevar a cabo las acciones de prevención y control de infecciones.
- Todo el personal tiene la responsabilidad de notificar la sospecha de infección nosocomial al comité y de eventos que sean un factor de riesgo para la presencia de infección.
- Los esterilizadores de vapor deben contar con una bitácora de mantenimiento y utilización, así como de controles de vigilancia de su funcionamiento. La calidad de la función deberá vigilarse con controles físicos, químicos y biológicos apropiados a cada procedimiento.
- Los recipientes que contengan desinfectante deberán permanecer tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad, se debe contar con una bitácora de uso. No deben utilizarse productos de bajo nivel (v.gr. cloruro de benzalconio) en la búsqueda de desinfección de nivel alto e intermedio. Cuando se utilice glutaraldehído, debe validarse su efectividad mediante tiras reactivas. Los germicidas utilizados deben ser validados por la UVEH y por el CODECIN mediante pruebas de control microbiológico y de la calidad del producto, documentadas con una adecuada metodología.



CRITERIOS DE OPERACIÓN

PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES		
NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Enfermera Comité de prevención de infecciones nosocomiales	Realiza visita diaria a las áreas de hospitalización con la finalidad de detectar probables casos de infección nosocomial en los usuarios que presenten signos de alarma como fiebre, diarrea, eritema, calor y dolor local en heridas quirúrgicas. Revisa cualquier evento que contribuya al desarrollo de una Infección Nosocomial detectado o reportado por otro servicio. Llena la hoja de reporte de caso de infecciones nosocomiales y da seguimiento a la infección. Durante el recorrido acudirá al laboratorio de bacteriología a obtener reportes de aislamiento de microorganismos y reporta al comité.
2	Enfermera comité de prevención de infecciones nosocomiales	<p>Vigila diariamente los diferentes métodos invasivos utilizados en los usuarios hospitalizados llevando registro en el formato de Métodos Invasivos y entregándolo informe mensual al comité.</p> <p>Vigila que se lleven a cabo lavado de manos, y uso adecuado de cubrebocas, bata y guantes en procedimientos de precauciones estándar y precauciones específicas.</p> <p>Reporta la falta de seguimiento de las medidas antes mencionadas al vocal para que éste lleve a cabo las medidas pertinentes.</p> <p>Realiza capacitación por medio de talleres y pláticas al personal y familiares inherentes a las actividades de prevención de Infecciones Nosocomiales</p> <p>Reportará al comité cuando no se le ha dado solución a los requerimientos de recursos, mantenimiento de instalaciones, asistirá a las reuniones del comité.</p> <p>Se coordina con los siguientes servicios: Central de Equipos y Esterilización Lavandería Servicios Generales Nutrición</p>
3	CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN	Las responsabilidades del servicio central de equipos y esterilización son limpiar, descontaminar, preparar para el uso, esterilizar y guardar asépticamente todo el equipo estéril de la UNEME Maternidad. Trabaja en colaboración con el Comité de Control de Infecciones y otros programas del hospital para establecer y vigilar



		las normas de limpieza, descontaminación, desinfección y esterilización de material y equipo.
4	LAVANDERÍA	Seleccionar telas para uso en diferentes sitios del hospital, formular política sobre la ropa de trabajo de cada división y grupo de empleados y mantener suficientes existencias. Distribuir la ropa de trabajo y, si es necesario, administrar los cuartos de vestir. Establecer normas para la recolección y transporte de ropa sucia. Proporcionar batas para aislamientos y procedimientos donde se requiera esta medida protectora.
5	SERVICIOS GENERALES	Establece normas sobre técnicas de limpieza apropiadas en los exhaustivos y de rutina. El procedimiento, la frecuencia, los agentes empleados, etc., en cada tipo de habitación, desde la más contaminada hasta la más limpia, y asegurarse de que se sigan esas prácticas. Aplica las normas para la recolección, el transporte y la evacuación de diferentes tipos de desechos (por ejemplo, contenedores, frecuencia).
6	NUTRICIÓN	Se encarga de la adecuada preparación y manejo de alimentos de acuerdo a la normatividad tanto para usuarios. Asegura que el personal no sea una fuente de transmisión de infecciones.
7	ENFERMERA COMITÉ DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES	Realiza el análisis de la información y presentación de informes a otros miembros del comité para su revisión y difusión.



B. UNIDAD DE CUIDADOS AL NACIMIENTO

a. TRIAGE OBSTETRICO

Objetivo:

Ofertar cuidados de enfermería a la mujer embarazada mediante la identificación y clasificación de riesgo obstétrico detectado a la usuaria, con base en los lineamientos técnicos en la materia.

Alcance:

Aplica a todo el personal de enfermería obstetras y perinatales que realizan actividades en el servicio de Triage Obstétrico a las usuarias de las UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.

Insumos:

- 1.-Solicitud verbal de la usuaria y/o familiar en el servicio de TRIAGE obstétrico.
- 2.-Cartilla Nacional de salud
- 3.-Carnet Perinatal
- 4.-Sistema de referencia y contrareferencia

Políticas:

- El personal de enfermería deberá informar a la usuaria que deberá acudir al servicio acompañada por una persona mayor de edad.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Triage Obstétrico deberá activar el Código Mater cuando en la valoración de la paciente de por resultado Triage Rojo.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Triage Obstétrico deberá proporcionar a la usuaria y su acompañante, información clara, precisa y concisa sobre el proceso de atención.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Triage Obstétrico deberá informar a la usuaria y acompañante que está prohibido ingresar al servicio con bolsas, mochilas, chamarras o cualquier otro accesorio voluminoso.
- En el servicio de Triage Obstétrico deberá permanecer una enfermera obstetra o perinatal por cada turno durante las 24 horas del día.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Triage Obstétrico deberá revisar el carro rojo y caja roja que se encuentren completos en insumos y medicamentos verificando fecha de caducidad 9 meses antes.



CRITERIOS DE OPERACIÓN:

TRIAGE OBSTÉTRICO		
NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Enfermera Obstetra o Perinatal	Prepara el material, mobiliario y papelería para la recepción y atención de la mujer embarazada.
2	Usuaría	Solicita de manera verbal la atención al servicio de Triage Obstétrico.
3	Enfermera Obstetra o Perinatal	Se entera de la solicitud verbal, se presenta con la usuaria y familiar por nombre completo y profesión.
4	Enfermera Obstetra o Perinatal	Recibe, atiende a la usuaria y a su acompañante de forma cordial y oportuna.
5	Usuaría	Se entera y pasa al servicio de Triage Obstétrico
6	Enfermera Obstetra o Perinatal	Toma, valora signos vitales y valora Somatometría. Inicia con el interrogatorio y el llenado de la Tabla de riesgo de Triage Obstétrico. Prioriza de acuerdo al tiempo de espera para consulta de Triage Obstétrico. Mediante el Resultado se refiere al servicio correspondiente.



b. TRABAJO DE PARTO

Objetivo:

Brindar cuidados de enfermería a las usuarias en trabajo de parto mediante intervenciones de Enfermería de control y seguimiento con base en la normatividad vigente en la materia.

Alcance:

Aplica a todo el personal de enfermería Perinatal y Obstetras que laboren en Sala de Trabajo de Parto, de la UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.

Insumos:

1.-Expediente Clínico

Políticas:

- El personal de enfermería adscrito al servicio de Trabajo de Parto deberá referir oportunamente al 2do nivel de atención a la usuaria que presente trabajo de parto estacionario (sin modificaciones cervicales en 2 horas con actividad uterina regular)
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Trabajo de Parto deberá preguntar a la usuaria si desea estar acompañada por una persona de su elección (pareja, familiar, etc.) que haya recibido la capacitación de Psicoprofilaxis.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Trabajo de Parto deberá otorgar al acompañante uniforme quirúrgico completo, informar cómo usarlo y orientarlo para que brinde apoyo emocional y de confort (técnicas de respiración, relajación y pujo) a la usuaria durante el trabajo de parto.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Trabajo de Parto deberá informar a la usuaria y acompañante que está prohibido ingresar al servicio con bolsas, mochilas, chamarras o cualquier otro accesorio voluminoso.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Trabajo de Parto deberá procurar que la usuaria ingrese únicamente con bata y calzado.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Trabajo de Parto ofertará métodos y recursos de psicoprofilaxis perinatal como parte integral de la atención (técnicas de respiración, relajación, pujo, libre posición, deambulación e ingesta de líquidos).
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Trabajo de Parto limitara la valoración genital (tacto vaginal) a 5 como máximo durante su estancia en el servicio.
- Todo el personal de enfermería que detecte signos y/o síntomas de violencia familiar deberán registrar en la nota de evolución los hallazgos encontrados y derivar a la usuaria al Módulo de Bienestar familiar.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Trabajo de parto deberá activar el Código Mater cuando en la valoración de la paciente de por resultado Triage Rojo.



CRITERIOS DE OPERACIÓN

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE SALA DE TRABAJO DE PARTO		
No.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Enfermera/Servicio de Sala de trabajo de parto.	Recibe el servicio. Prepara material para la exploración física.
2	Enfermera de Triage Obstétrico	Entrega a usuaria con hoja de consulta o Tabla de valoración de Triage Obstétrico.
3	Enfermera de Sala de Trabajo de Parto	Recibe y saluda cordialmente a la usuaria verifica hoja de consulta o tabla de valoración de Triage Obstétrico, ficha de identificación, pulsera de identificación y expediente, así como lineamientos de ingreso de la usuaria.
4	Enfermera/Servicio de Sala de trabajo de parto	Realiza exploración física céfalo-caudal materno fetal: Toma, valora signos vitales y valora Somatometría. Registra resultados obtenidos en los formatos correspondientes: Notas de evolución, Partograma, Registro clínico de enfermería. Mide la altura del fondo uterino. Realiza Maniobras de Leopold. Valora Frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos. Valora Actividad uterina (frecuencia, duración, intensidad, tono). Registra en el Partograma, Registro clínico de enfermería y Notas de evolución. Hace los cambios pertinentes de las indicaciones médicas. Registra su ingreso en la libreta de sala de trabajo de parto. La usuaria se encuentra en trabajo de parto normoevolutivo? Si: Vigilancia estrecha de tensión arterial, dinámica uterina, frecuencia cardíaca fetal, modificaciones



		<p>cervicales, perdidas transvaginales. La enfermera deberá favorecer el baño, deambulaci3n alternada, posici3n deseada por la usuaria e ingesta de l3quidos, y medidas de confort y acompa1amiento por el familiar.</p> <p>No: Valora din1mica uterina, frecuencia cardiaca fetal, modificaciones cervicales, perdidas transvaginales. Realiza Tacto vaginal. Valora (Dilataci3n, borramiento, grado de encajamiento, variedad de posici3n y caracter3sticas del l3quido amni3tico. Determina</p>
5	Usuarial Familiar y/o	<p>Recibe informaci3n Aclara dudas.</p>
6	Enfermera/Servicio de trabajo de parto	<p>La usuaria presenta Taquicardia o bradicardia fetal, Polisistolia o Taquisistolia, Hipert3nia, L3quido amni3tico con meconio o alguna alteraci3n materno-fetal.</p> <p>SI: Proporciona maniobras de resucitaci3n in-3tero. Determina su traslado.</p> <p>NO: Continuar con vigilancia materno fetal en sala de trabajo de parto.</p> <p>Dilataci3n y borramiento completo?</p> <p>Si Pasa a la usuaria y familiar a sala de expuls3n, para atenci3n de parto.</p> <p>No Valora y determina: NO hay evoluci3n del trabajo de parto arriba de 5cm de dilataci3n en 2 horas deber1 referirse a la unidad hospitalaria de 2do. Nivel atenci3n.</p>
7	Enfermera de Sala de Trabajo de Parto	<p>Actualiza las hojas del turno: -Nota de evoluci3n -Registro cl3nico de enfermer3a -Partograma -Hoja de indicaciones m3dicas Informa a la usuaria y/o familiar acerca de su evoluci3n del trabajo de parto.</p>



8	Enfermera/Servicio de sala de trabajo de parto	<p>La usuaria requiere ser referida a unidad de segundo nivel:</p> <p>Si: Se activa código mater Avisar e informar a la usuaria y familiar el motivo de la referencia a otra unidad Se notifica a trabajo social se comunica a hospital de referencia y ambulancia) Se estabiliza y prepara a la usuaria, se coloca oxígeno en mascarilla con reservorio a 10 litros por minuto y se instala sonda Foley de 16fr con bolsa colectora. Se realiza papelería para el traslado En caso necesario se toman laboratorios Canalización de 2 vías Ministración de medicamentos Registra su egreso en la libreta de sala de trabajo de parto.</p> <p>No: Continúa en vigilancia estrecha de trabajo de parto. Con dilatación y borramiento completo se entrega usuaria y expediente a enfermera de sala de expulsión.</p> <p>Registra su egreso en la libreta de sala de trabajo de parto</p> <p>Realizará lavado de manos respetando los 5 momentos.</p>
---	--	--



c. SALA DE EXPULSIÓN

Objetivo:

Proporcionar a las mujeres en periodo expulsivo la atención de parto humanizado e integral, mediante intervenciones de enfermería obstetra y/o perinatal, preservando el bienestar del binomio en apego a los lineamientos técnicos en materia.

Alcance:

Aplica a los profesionales de Enfermería Obstetra o Perinatal que brindan atención de parto en la sala de expulsión a las usuarias de las UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.

Insumos:

Expediente clínico

Políticas:

- El personal de enfermería adscrito al servicio de Expulsión deberá preguntar a la usuaria si desea estar acompañada por una persona de su elección (pareja, familiar, etc.) que haya recibido la capacitación de Psicoprofilaxis.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Expulsión deberá otorgar al acompañante, uniforme quirúrgico completo, informar cómo usarlo y orientarlo para que brinde apoyo emocional y de confort (técnicas de respiración, relajación y pujo) a la usuaria durante el periodo expulsivo.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Expulsión deberá procurar que la usuaria ingrese únicamente con bata y calzado.
- Todo el personal de enfermería que detecte signos y/o síntomas de violencia familiar deberán registrar en la nota de evolución los hallazgos encontrados y derivar a la usuaria al Módulo de Bienestar familiar.
- Todo el personal de enfermería deberá realizar aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.
- Los profesionales de enfermería obstetra y/o perinatal deberán realizar episiotomía solo cuando sea necesario, informando previamente a la usuaria y obteniendo su autorización.

Indicaciones: Ampliar el canal de parto:

- Por falla en distender el periné
- Por distocia de hombros
- La enferma obstetra y/o perinatal no deberá realizar revisión de cavidad. En caso de que la placenta no alumbré en 30 minutos se trasladará al hospital para que bajo anestesia se realice la revisión.
- La enfermera obstetra y/o perinatal tendrán máximo 15 minutos para la atención del alumbramiento dirigido, pasado éste lapso deberá realizar alumbramiento manual y pedirán apoyo para el traslado al siguiente nivel de atención.



- Si el recién nacido naciera deprimido la enfermera obstetra y/o perinatal deberá pasarlo de inmediato a la enfermera circulante para iniciar reanimación básica o avanzada.
- Los profesionales de enfermería no deberán utilizar tela adhesiva para la identificación del recién nacido.
- En caso de que se presentará hemorragia obstétrica se deberá iniciar tratamiento como lo establece el Lineamiento Técnico para la Atención de la Hemorragia Obstétrica, mismo caso para la usuaria que presente hipertensión arterial en la cual se iniciará tratamiento según Lineamiento Técnico para la Atención de la Pre eclampsia-Eclampsia.
- Cuando el bienestar de la usuaria y/o el recién nacido se encuentre en riesgo se deberán realizar las intervenciones específicas para preservarlo y solicitarse apoyo para su traslado al segundo o tercer nivel de atención.
- Toda usuaria deberá egresar de la UNEME-Maternidad con un método de planificación familiar.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Expulsión deberá activar el Código Mater cuando en la valoración de la paciente de por resultado Triage Rojo.

CRITERIOS DE OPERACIÓN

EXPULSIÓN		
No.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
	Enfermera circulante	Realiza recepción y enlace de turno, verificando que esté funcionando correctamente el equipo y mobiliario, corrobora los insumos necesarios para las intervenciones de enfermería. Saluda y se presenta por su nombre y profesión con la usuaria y acompañante. Recibe a la usuaria identificándola con brazalete y expediente clínico completo; además con resumen de los antecedentes gineco-obstétricos y evolución del trabajo parto. Espera a la enfermera obstetra y/o perinatal
	Enfermera Obstetra Perinatal	o Saluda y se presenta por nombre y profesión con la usuaria y familiar. Realiza lavado de manos quirúrgico, colocación de bata y guantes estériles.
	Enfermera circulante	Coloca a la usuaria en posición elegida para la atención de parto, vertical u horizontal.
	Enfermera Obstetra Perinatal	o Incentivará a la usuaria a pujar durante la contracción. Se ayudará a nacer, limpiar la cabeza, la cara y aspirar únicamente la boca, siguiendo el mecanismo de trabajo de parto ayuda al nacimiento del feto.
	Enfermera Obstetra Perinatal	o Al momento del nacimiento del hombro anterior agregará 10UI IM como dosis única.
	Enfermera Obstetra Perinatal	o Colocará al recién nacido de inmediato en el abdomen materno, permitiendo a la madre ayudar en el amamantamiento y apego inmediato. La enfermera pinza y corta a los 4 minutos del nacimiento o hasta que deje de latir.
	Familiar	Ayudará a la madre para acomodar a su bebé en el amamantamiento.
	Enfermera Obstetra Perinatal	o Entrega el recién nacido a la enfermera circulante para cuidados inmediatos y mediatos. Continúa con el manejo activo del alumbramiento, cuando la placenta se encuentre en el canal vaginal se realiza la maniobra de Dublín para la extracción completa de las membranas, se examina la placenta y las



		membranas tomando en cuenta el tipo de desprendimiento (Baudeloque, Shultze ó Duncan) Valora la cantidad de sangrado vaginal (normal de 300-500 ml.) y la involución uterina.
	Enfermera circulante	Realiza la reanimación cardiopulmonar neonatal de acuerdo a los lineamientos vigentes, asegura la termorregulación del neonato y aplica sistemáticamente las medidas preventivas siguientes. Cuidados al cordón umbilical (pinzar a 3cm) Aplicación de vitamina K Prevención oftálmica Toma, Valora y registra signos vitales y medidas antropométricas. Realiza la valoración del recién nacido por el método de Apgar, Capurro, Ballard modificado y Silverman. Realiza valoración física para detección de defectos al nacimiento y reflejos.
	Enfermera Obstetra Perinatal	○ Presentará al neonato con sus padres corroborando sexo mostrando los genitales.
	Enfermera circulante	Registra los datos correspondientes, en la hoja de identificación del recién nacido, la huella de ambos pies del recién nacido y la del pulgar derecho de la madre e integra al expediente; coloca los brazaletes de identificación tanto al neonato como a la madre, los cuales deberán contener: nombre completo de la madre, fecha, hora de nacimiento, sexo, peso, nombre de la enfermera que atendió al neonato.
	Enfermera Obstetra Perinatal	○ Evalúa la integridad del canal de parto para descartar desgarros y/o hematomas, y en caso de requerirse los reparará. Corroborar la ausencia de material textil. Coloca a la madre en posición cómoda y realiza aseo de la zona perineal de manera gentil colocando apósito. Se oferta método de planificación familiar.
	Enfermera Obstetra Perinatal	○ En caso de que acepte el DIU se colocará posterior al alumbramiento informando de las precauciones posteriores. En caso de que no acepte se le ofertará algún otro método de planificación familiar.
	Enfermera circulante	Desecha insumos utilizados en la atención del parto de acuerdo a la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, manejo de residuos peligrosos biológicos infecciosos.
	Enfermera	Realiza nota postparto que incluya la descripción de



	Obstetra Perinatal	o	la atención del parto y los datos del recién nacido, indicaciones postparto y se actualiza la historia clínica perinatal.
	Enfermera circulante		Se le indica al acompañante acudir a sala de espera donde le informarán del número de cama y horarios de visita.
	Familiar		El acompañante se retirará a sala de espera para que le informen el proceso a seguir.
	Enfermera Obstetra Perinatal	o	<p>Pondrá en orden la sala de expulsión, verificará aparatos y mobiliario, y pedirá al personal de Intendencia, la limpieza de dicha sala para esperar otro evento.</p> <p>Entrega al binomio a la enfermera de recuperación, con expediente clínico y brazaletes de identificación reiterando que los datos sean correctos, verificando el bienestar de la usuaria y el recién nacido.</p>



d. RECUPERACIÓN

Objetivo:

Proporcionar cuidados inmediatos a la madre y recién nacido durante las primeras horas posteriores al evento obstétrico mediante intervenciones de enfermería de prevención, control y seguimiento conforme a los lineamientos técnicos vigentes y la estandarización de los procedimientos en las UNEME Maternidad.

Alcance:

Aplica a todo el personal de enfermería Obstetras y Perinatales, adscritas al servicio de recuperación de las UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.

Insumos:

- 1.-Expediente Clínico
- 2.-Brazaletes de Identificación

Políticas:

- El personal de enfermería adscrito al servicio de Recuperación deberá informar a la usuaria y acompañante que queda prohibido el acceso (o permanencia) de familiares al servicio.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Recuperación deberá recibir al binomio debidamente identificado (expediente clínico y brazaletes) de acuerdo a la normatividad vigente.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Recuperación deberá realizar promoción y orientación sobre métodos de anticoncepción post evento obstétrico y procurar que la usuaria no abandone el servicio sin haber tomado una decisión al respecto.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Recuperación deberá activar el Código Mater en caso de que se presente alguna complicación obstétrica (hipertensión arterial, hemorragia obstétrica) e iniciar tratamiento de acuerdo a lo establecido en los lineamientos técnicos vigentes hasta lograr su estabilización y referirla oportunamente al siguiente nivel de atención.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Recuperación deberá valorar y detectar oportunamente cuando el bienestar de la usuaria y/o el recién nacido se encuentre en riesgo, realizar las intervenciones específicas para preservarlo y solicitar apoyo para su traslado al segundo o tercer nivel de atención.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Recuperación deberá valorar a toda usuaria y recién nacido previo al egreso o alta del servicio.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Recuperación deberá informar a la usuaria, en caso de que ésta requiera ser trasladada a otra unidad hospitalaria, el recién nacido se quedará bajo responsabilidad de un familiar, la enfermera en turno y la trabajadora social.



- El personal de enfermería adscrito al servicio de Recuperación deberá fomentar el inicio de la lactancia materna, dentro de los primeros 30 minutos después del nacimiento, exclusiva y a libre demanda.
- Todo el personal de enfermería que detecte signos y/o síntomas de violencia familiar deberán registrar en la nota de evolución los hallazgos encontrados y derivar a la usuaria al Módulo de bienestar familiar.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Recuperación deberá activar el Código Mater cuando en la valoración de la paciente de por resultado Triage Rojo.



CRITERIOS DE OPERACIÓN

RECUPERACIÓN		
No.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Enfermera Obstetra Perinatal o	Recibe material y equipo del área de recuperación, verificando el funcionamiento de la unidad de la usuaria.
2	Enfermera Obstetra Perinatal o	Saluda y se presenta por nombre y profesión a la usuaria, proveniente del servicio de expulsión, verificando expediente clínico y brazaletes de identificación, según normatividad vigente.
3	Enfermera Obstetra Perinatal o	Recibe a la madre y al recién nacido proveniente del servicio de la sala de expulsión. Explica a la usuaria los procedimientos a realizar. Toma, valora y registra signos vitales en el registro clínico de enfermería cada quince minutos hasta estabilizar a la usuaria y al recién nacido. Mantiene eutérmico al recién nacido. Aspira secreciones en caso necesario.
4	Enfermera Obstetra Perinatal o	Valora la evolución de la usuaria mediante: facies, coloración de tegumentos, hidratación de mucosas, inspección de mamas y vigila el estado de conciencia de la usuaria y recién nacido.
5	Enfermera Obstetra Perinatal o	Solo en mujeres que requirieron venoclisis se les ministra infusión de oxitocina y a las no canalizadas la oxitocina se les administra intramuscular. Vigila, valora, controla, monitorea y registra signos vitales las primeras 2 horas; cada 30 minutos tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria.
6	Enfermera Obstetra Perinatal o	Valora involución uterina, tono del útero, sangrado transvaginal, exploración visual del periné, episiorrafía y presencia hematomasa la madre. Realiza el cambio de apósito en el momento del ingreso y posteriormente cada 30 minutos. Descarta la presencia de DIU en canal vaginal mediante la visualización de los hilos guía
7	Enfermera Obstetra Perinatal o	Favorece la micción, ofreciéndole el cómodo. Administra analgésico Ofrece a la usuaria alimentación normal e hidratación. Pregunta y verifica la técnica correcta de la práctica de la lactancia materna.
8	Enfermera Obstetra Perinatal o	Realiza devolución de procedimiento. Informa a la paciente sobre signos y síntomas de complicación y fomenta el vínculo afectivo de la usuaria y recién nacido.



9	Enfermera Obstetra Perinatal	o	Vigila la coloración del recién nacido y reporta cambios registrados. Vigila la ligadura del cordón umbilical para evitar riesgo de hemorragia y anota las características de las evacuaciones.
10	Enfermera Obstetra Perinatal	o	Valora la evolución del binomio y decide el egreso a la habitación conjunta. Anota datos en la hoja de registros clínicos de enfermería.
11	Enfermera Obstetra Perinatal	o	Traslada al binomio al servicio de alojamiento conjunto, con expedientes completos y brazaletes de identificación Realizar los registros correspondientes en las bitácoras de ingreso y egreso del servicio de recuperación.
12	Enfermera Obstetra Perinatal	o	Desecha el material de consumo de acuerdo, revisa material y equipo del área de recuperación, verificando el funcionamiento. Reponiendo el material de insumo utilizado.



e. HABITACIÓN CONJUNTA

Objetivo:

Aplicar los cuidados de Enfermería Obstétrica y Perinatal a la usuaria y recién nacido para lograr su restablecimiento integral conforme a los lineamientos técnicos en la materia y estandarización de los procedimientos en las UNEME Maternidad.

Alcance:

Aplica a todo el personal de enfermería, obstetras y perinatales, adscritas al servicio de alojamiento conjunto de las UNEME Maternidad del Instituto de salud del Estado de México.

Insumos:

1. Solicitud verbal
2. Expediente clínico
3. Brazaletes de identificación del recién nacido y de la usuaria

Políticas:

- Todo el personal de enfermería deberá realizar promoción y orientación sobre planificación familiar y medidas de autocuidado de la salud.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Habitación Conjunta deberá recibir al binomio con expediente clínico completo y pulseras de identificación las cuales deben contener apellidos de la usuaria, fecha y hora de nacimiento, peso, talla, genero, número de expediente, en el caso de recién nacido y nombre, fecha de nacimiento, edad, género, fecha de ingreso, No. de expediente en el caso de la usuaria, validando dicha información a través del expediente clínico.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Habitación Conjunta deberá recibir a la usuaria y recién nacido provenientes del servicio de recuperación en compañía de la enfermera adscrita a dicho servicio.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Habitación Conjunta deberá activar el Código Mater y proporcionar atención inmediata en presencia de complicaciones para la estabilización de la usuaria.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Habitación Conjunta deberá administrar y ministrar medicamentos, aplicando los ocho correctos. (1.-Paciente correcto. 2.-Medicamento correcto, 3.-Dosis correcta, 3.-Vía correcta, 4.-Hora correcta, 5.-Fecha de vencimiento, 6.-Goteo correcto, 7.-Informar al usuario e instruir acerca de los medicamentos que está recibiendo).
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Habitación Conjunta deberá promover el apego a la lactancia materna y retroalimentar a la usuaria en caso de que tenga dudas al respecto, en caso de detectar alguna desviación en el proceso referirla al Módulo de Lactancia Materna.
- La Enfermera deberá hacer entrega informada de la folletería de los programas maternos a la usuaria.



- El personal de enfermería adscrito al servicio de Habitación conjunta deberá activar el Código Mater cuando en la valoración de la paciente de por resultado Triage Rojo.



CRITERIOS DE OPERACIÓN

HABITACIÓN CONJUNTA		
No.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Licenciada en enfermería	Recibe material y equipo del área de alojamiento conjunto, verifica el funcionamiento de la unidad de la usuaria. Saluda y se presenta por nombre y profesión a las usuarias que se encuentran en alojamiento conjunto.
2	Licenciada en enfermería	Recibe y saluda a la usuaria y recién nacido proveniente del servicio de Recuperación, se presenta por nombre y profesión, verifica brazaletes de identificación corroborándolos con los de la usuaria, según normatividad vigente. Informa a la usuaria sobre los procedimientos que le realizara al recién nacido
3	Licenciada en enfermería	Mide, valora y registra signos vitales en el registro clínico de enfermería por turno a la madre y recién nacido.
4	Licenciada en enfermería	Vigila valora y registra: facies, coloración de tegumentos, hidratación de mucosas, involución uterina, características de loquios, cantidad y olor, episiorráfa en caso de haberse realizado y la presencia de micción espontánea y estado psíquico de la usuaria, coloración, muñón umbilical, características de las evacuaciones del recién nacido. En caso necesario reporta anomalías al Pediatra y a la Enfermera Perinatal.
5	Licenciada en enfermería	Retroalimenta el vínculo afectivo de la usuaria, acompañante y recién nacido. Fortalece la lactancia materna, promueve higiene personal y perineal, estimula la deambulacion temprana, consumo de líquidos y fibra para evitar el estreñimiento
6	Licenciada en enfermería	Capacita a la usuaria sobre los cuidados básicos del recién nacido en el hogar y orientación sobre el cuadro básico de vacunación así como aspectos de estimulación temprana.
7	Usuaria	Se entera y expone dudas de la información otorgada.
8	Licenciada en enfermería	En caso de que la usuaria no cuente con método anticonceptivo, sensibilizar a la usuaria sobre los beneficios y así procurar que no egrese de la UNEME sin un método de planificación familiar.
9	Usuaria	Expresa decisión acerca del método seleccionado.
10	Enfermera del servicio de	Se presenta con la usuaria e informa las actividades a realizar, reacción y efectos secundarios de las vacunas que



	Medicina preventiva	aplicara, asimismo entrega a la usuaria solicita los datos del recién nacido para otorgar la Cartilla Nacional de Salud.
11	Usuaría	Se entera y otorga los datos a la enfermera.
12	Usuaría	Recibe información de las reacciones de la vacuna aplicada, así como la vigilancia y cuidados en el hogar del recién nacido, la Cartilla Nacional de Salud con sellos de aplicación del biológico correspondiente y la fecha de la próxima cita
13	Licenciada en enfermería	Diseña y entrega plan de alta para la usuaria y recién nacido con contenido educativo para el autocuidado, entrega Cartilla Nacional de Salud, otorga y registra próximas citas: Control postparto Tamiz neonatal, auditivo e Inmunizaciones.
14	Licenciada en enfermería	Realiza los registros correspondientes en las bitácoras de ingreso y egreso del servicio de alojamiento conjunto
15	Usuaría	Firma libreta de alta y se despide
16	Licenciada en enfermería	Desecha el material utilizado y prepara la unidad para un nuevo ingreso



C. EDUCACIÓN AL USUARIO

a. PSICOPROFILAXIS PERINATAL

Objetivo:

Aplicar métodos y recursos de Psicoprofilaxis perinatal a la madre mediante intervenciones de enfermería para mejorar su condición de manera física-psicológica y utilizarlo durante el trabajo de parto y puerperio conforme a la normatividad vigente.

Alcance:

Aplica a todo el personal de enfermería Perinatal y Obstetras que realizan actividades en el servicio de Psicoprofilaxis Perinatal a los usuarios de las UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.

Insumos:

- 1.-Solicitud verbal de la usuaria y/o familiar.
- 2.-Cartilla nacional de salud.
- 3.-Historia Clínica Perinatal-CLAP.
- 4.-Libreta de control de asistencia al curso.

Políticas:

- El personal de enfermería adscrito al servicio de Psicoprofilaxis perinatal deberá utilizar playera, pantalón cómodo y gafete de identificación con broche tipo clip durante la sesión y posteriormente deberá portar uniforme clínico reglamentario (sin accesorios, pulseras, anillos, aretes mayores a 5mm, adornos en la cabeza, uñas largas etc.) y gafete de identificación, con broche tipo clip, visible.
- El personal de enfermería y el acompañante de la usuaria deberán tener estrictamente prohibido tomar fotografías o cualquier otro tipo de publicaciones que no esté autorizado por nivel central y con previa autorización de la usuaria.
- El personal de enfermería deberá solicitar la autorización a la usuaria antes de realizar la actividad física respetando su individualidad y otorgando en todo momento trato digno.
- Toda mujer embarazada deberá tener mínimo una consulta de control prenatal para poder ingresar al curso de Psicoprofilaxis perinatal.
- La enfermera deberá informar a la mujer embarazada que antes de las 22 semanas de gestación **NO** podrá realizar ejercicio físico.
- El personal de enfermería deberá recibir en cada sesión 10 personas máximo, para brindar una atención adecuada.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de Psicoprofilaxis perinatal deberá otorgar sesiones sucesivas y continuas y en su caso reprogramar la o las sesiones faltantes en caso de que los usuarios lleguen 15 minutos después de haber iniciado la sesión.



- Toda mujer embarazada que no realice calentamiento **NO** podrá realizar ejercicio físico para evitar lesiones.
- El personal de enfermería deberá realizar un recorrido de la Unidad a los usuarios que acudan al curso de Psicoprofilaxis perinatal.
- Todo personal de enfermería y usuarios deberán realizarse lavado de manos.
- Toda mujer embarazada deberá acudir al curso de Psicoprofilaxis perinatal acompañada de un solo familiar adulto.
- Toda mujer embarazada que acuda al curso de Psicoprofilaxis perinatal deberá utilizar ropa cómoda para realizar ejercicio físico no rebasar los 120 Latidos por minuto.



CRITERIOS DE OPERACIÓN

PSICOPROFILAXIS PERINATAL		
	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Enfermera Obstetra o Perinatal	Recibe servicio y espera a que usuaria y/o familiar solicite la atención, prepara el área física, material didáctico y espera.
2	Usuaría / familiar	Solicita de manera verbal su asistencia a la sesión de Psicoprofilaxis perinatal.
3	Enfermera Obstetra o Perinatal	Se entera de la solicitud verbal, se presenta con la usuaria y familiar por nombre completo y profesión.
4	Enfermera Obstetra o Perinatal	Solicita Cartilla nacional de salud e historia clínica perinatal (CLAP) y determina.
5	Enfermera Obstetra o Perinatal	¿La usuaria pertenece al programa de Psicoprofilaxis perinatal? NO Pertenece al programa: Proporciona información sobre la importancia de tomar el curso, días, horarios y número de sesiones de acuerdo al programa de Psicoprofilaxis perinatal del servicio al convencer a la usuaria, se le invita a participar en el programa.
6	Enfermera Obstetra o Perinatal	SI pertenece al programa: Corroborar fecha, horario y tipo de curso continuo (después de las 22 semanas de gestación) e intensivo (después de las 32 semanas de gestación) y la registra en la libreta de control de asistencia al curso de Psicoprofilaxis perinatal.
7	Enfermera Obstetra o Perinatal	Dirige a los usuarios al área física asignada para la sesión e inicia con calentamiento físico.
8	Enfermera Obstetra o Perinatal	Inicia con la rutina de ejercicio físico.
9	Enfermera Obstetra o Perinatal	Realiza técnicas de relajación, respiración, y Musicoterapia de acuerdo al programa de Psicoprofilaxis.
10	Enfermera Obstetra o Perinatal	Despeja dudas y da por terminada la sesión de Psicoprofilaxis Perinatal.
11	Enfermera Obstetra o Perinatal	Entrega Cartilla Nacional de Salud anotando con pluma la fecha, horario y tipo de curso de su asistencia y con lápiz anota la fecha, horario y tipo de curso de su próxima sesión.
12	Enfermera Obstetra o Perinatal	Si la usuaria concluye con el número de sesiones de acuerdo al programa de Psicoprofilaxis



		perinatal se registrará en la historia Clínica Perinatal (CLAP) en la sección embarazo actual: preparación para el parto, Sí o No.
13	Usuaría / familiar	Se retira del servicio
14	Enfermera Obstetra o Perinatal	Ordena y organiza el material didáctico utilizado, prepara el área física para la siguiente sesión de acuerdo al programa de Psicoprofilaxis perinatal del servicio.



b. ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Objetivo:

Aplicar técnicas de estimulación temprana para el desarrollo de las capacidades y habilidades del lactante identificando y tratando alteraciones mediante intervenciones de enfermería en apego a los lineamientos técnicos en materia.

Alcance:

Aplica a todo el personal de enfermería Perinatal y Obstetras que realizan actividades en el servicio de Estimulación temprana a usuarios de las UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.

Insumos:

- 1.-Cartilla Nacional de Salud
- 2.-Sistema de referencia y contrareferencia

Políticas:

- Todo lactante deberá tener mínimo una consulta de crecimiento y desarrollo para poder ingresar al curso de estimulación temprana.
- Los lactantes podrán ingresar a la sesión de estimulación temprana en compañía de un familiar.
- El personal de enfermería adscrito al Servicio de Estimulación Temprana deberá recibir en cada sesión máxima 10 personas, para brindar una atención adecuada.
- El personal de enfermería adscrito al Servicio de Estimulación Temprana deberá otorgar sesiones sucesivas y continuas y en su caso reprogramar la o las sesiones faltantes en caso de que los usuarios lleguen 15 minutos después de haber iniciado la sesión.
- El personal de enfermería adscrito al servicio de estimulación Temprana que detecte una alteración en la evaluación del desarrollo infantil deberá realizar referencia oportuna e inmediata al siguiente nivel de atención.

CRITERIOS DE OPERACIÓN

ESTIMULACIÓN TEMPRANA		
	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Enfermera Obstetra Perinatal o	Recibe servicio y espera a que familiar solicite la atención, prepara el área, material didáctico y espera.
2	Familiar (Padre o madre)	Solicita de manera verbal su asistencia a la sesión de estimulación temprana.
3	Enfermera Obstetra Perinatal o	Se entera de la solicitud verbal, se presenta por nombre completo y profesión.
4	Enfermera Obstetra Perinatal o	Llama al familiar y solicita Cartilla nacional de salud y determina.
5	Enfermera Obstetra Perinatal o	¿El usuario pertenece al programa? NO Pertenece: Proporciona información al familiar (Padre o madre) sobre el curso, número de sesiones, días y horarios de acuerdo al programa de Estimulación temprana. Menciona los beneficios de la estimulación temprana, y en caso de aceptar, entrega cartilla nacional de salud.
6	Enfermera Obstetra Perinatal o	Si pertenece al programa: Solicita Cartilla Nacional de Salud y material didáctico solicitado para la sesión. Realiza evaluación de desarrollo infantil (EDI) y determina.
7	Enfermera Obstetra Perinatal o	¿El usuario/usuario debe ser referido (a) al pediatra? No: Inicia con la sesión de estimulación temprana Si: Informa al padre y/o madre que su hijo (a) debe ser referido (a) y se envía con el médico. Entrega Cartilla nacional de salud y sistema de referencia y contrareferencia.
8	Enfermera Obstetra Perinatal o	Orienta a los padres sobre la prevención de accidentes e identificación de datos de alarma.
9	Enfermera Obstetra o	Indica al familiar la colocación de calcetines y botas desechables.



	Perinatal		Indica las diferentes actividades de estimulación temprana a realizar de acuerdo a los meses del lactante.
10	Enfermera Obstetra Perinatal	o	Evalúa las diferentes actividades de acuerdo a los meses del lactante.
11	Enfermera Obstetra Perinatal	o	Entrega cartilla nacional de salud anotando asistencia con pluma y con lápiz anota la fecha de la próxima sesión. Solicita material didáctico para la próxima sesión de acuerdo al programa de estimulación temprana.
12	Enfermera Obstetra Perinatal	o	Ordena y organiza el material didáctico utilizado, prepara la siguiente sesión de acuerdo al programa de estimulación temprana, realiza registro en la libreta de control de asistencia.



c. LACTANCIA MATERNA

Objetivo:

Implementar y fortalecer la lactancia materna a las usuarias con intervenciones de enfermería en base a los lineamientos técnicos vigentes en las UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.

Alcance:

Aplica a todo el personal de enfermería que realiza actividades en el Módulo de lactancia materna a los usuarios de las UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.

Insumos:

- 1.-Solicitud verbal de la usuaria y/o familiar.
- 2.-Cartilla Nacional de Salud.
- 3.-Nota de evolución.
- 4.-Historia Clínica Perinatal (CLAP).

Políticas:

- El personal de enfermería adscrito al Módulo de Lactancia Materna deberá aplicar la normatividad establecida en el programa de lactancia materna.
- Toda mujer embarazada deberá tener mínimo una consulta de control prenatal para poder ingresar al programa de lactancia materna.
- Toda mujer puérpera deberá ser referida del servicio de habitación conjunta y/o puerperio para poder ingresar al programa de lactancia materna.
- El personal de enfermería adscrito al Módulo de Lactancia Materna deberá recibir en cada sesión 10 personas máximo para brindar una atención adecuada.
- El personal de enfermería adscrito al Módulo de Lactancia Materna deberá otorgar sesiones sucesivas y continuas y en su caso reprogramar la o las sesiones faltantes en caso de que los usuarios lleguen 15 minutos después de haber iniciado la sesión.
- Todo el personal de enfermería excluirá el uso de biberones y/o chupones y dará a conocer los riesgos de su uso a todas las usuarias.
- Todo el personal de enfermería debe respetar la interculturalidad de la lactancia materna en las usuarias.
- La enfermera adscrita al Módulo de Lactancia Materna deberá establecer grupos de apoyo a las usuarias de lactancia materna.
- La enfermera adscrita al Módulo de Lactancia Materna deberá informar a la usuaria que antes de las 37 semanas de gestación **NO** debe hacer estimulación de los pezones.
- La enfermera adscrita al Módulo de Lactancia Materna deberá dar seguimiento y control de forma continua a las usuarias lactantes.
- Todo el personal de enfermería retroalimentará a la usuaria sobre los cuidados del recién nacido y signos de alarma que ameriten atención médica.



CRITERIOS DE OPERACIÓN

LACTANCIA MATERNA EN CONTROL PRENATAL		
No	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Enfermera/ Control prenatal	Recibe el servicio y espera que la usuaria y/o familiar demande la atención.
2	Usuaría y/o Familiar	Se presenta en el servicio de control prenatal de manera verbal.
3	Enfermera/Control Prenatal	<p>Recibe y saluda cordialmente a la usuaria y/o familiar.</p> <p>¿Es usuaria de primera vez o subsecuente?</p> <p>Primera vez: Agenda cita para el Módulo de Lactancia Materna.</p> <p>¿Acudió al Módulo de Lactancia Materna?</p> <p>Si acudió Solicita y verifica retroalimentación.</p> <p>No acudió Re agenda cita al Módulo de Lactancia Materna.</p> <p>Subsecuente: Verifica asistencia en la “hoja frontal” del expediente clínico.</p>
4	Usuaría y/o Familiar	<p>Responde al interrogatorio.</p> <p>Aclara dudas.</p>



LACTANCIA MATERNA EN HABITACIÓN CONJUNTA		
No	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Enfermera/ Habitación conjunta	Proporciona cuidados de enfermería a la mujer puerpera y a su recién nacido. Recibe y saluda cordialmente a la usuaria y/o familiar. Solicita Historia clínica perinatal. Realiza la elaboración de altas: Agenda citas para: Puerperio y tamiz: en 3 días posparto. Pediatría: en un mes para su revisión. Métodos de planificación familiar (de acuerdo a la agenda) Lactancia materna (De acuerdo a valoración e indicación de enfermera del Módulo de Lactancia Materna)
2	Usuaria y/o Familiar	Recibe indicaciones de alta
3	Enfermera/ Módulo de lactancia materna	Realiza visita al servicio de habitación conjunta por la mañana para revisar: -Apego materno. -Adecuada técnica y posiciones de amamantamiento -Aclara dudas sobre lactancia materna. -Brinda apoyo a las usuarias que tengan problemas con la técnica y posiciones de amamantamiento. -Realiza notas de evolución sobre la valoración que haya realizado o del problema que haya detectado. ¿La usuaria presenta complicaciones con Lactancia Materna? Si Citar inmediatamente al Módulo de Lactancia Materna. No Citar a grupo de apoyo de acuerdo a agenda.
4	Usuaria y/o Familiar	Recibe información sobre su estado de salud. Realiza las recomendaciones dadas por la enfermera del Módulo de Lactancia Materna.
5	Enfermera/Habitación conjunta	Realiza los cuidados recomendados por la enfermera del Módulo de Lactancia Materna durante su turno. -Valorar egreso de la unidad de la usuaria. -De seguir con problemas de lactancia materna



		se notifica a la enfermera del Módulo de Lactancia Materna.
6	Usuaría y/o Familiar	Recibe información. Aclara dudas.
7	Enfermera/ Módulo de lactancia materna	Realizara pláticas informativas y didácticas en el servicio de habitación conjunta. -Realiza registros en bitácora correspondiente.
8	Usuaría y/o Familiar	-Recibe información. -Aclara dudas sobre la información recibida. -Regresará a la unidad a sus próximas citas programadas.
9	Enfermera/Habitación conjunta	-Se despide cordialmente. -Realiza los registros pertinentes.

MÓDULO DE LACTANCIA MATERNA		
No	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Enfermera/ Módulo de lactancia materna	Recibe el servicio y espera que la usuaria y/o familiar demande la atención, prepara el área, el material didáctico y espera.
2	Usuaría y/o Familiar	Solicita sesión de manera verbal, presentando Cartilla Nacional de Salud e Historia Clínica Perinatal.
3	Enfermera/ Módulo de lactancia materna	Se entera de la solicitud verbal, se presenta por nombre completo y profesión.
4	Enfermera/ Módulo de lactancia materna	Solicita Cartilla Nacional de Salud e Historia Clínica Perinatal.
5	Enfermera/ Módulo de lactancia materna	Forma 2 grupos: embarazadas y madres lactantes exitosas. Se orienta sobre el funcionamiento de los grupos de apoyo. Brinda información sobre: Primera sesión: Beneficios de la lactancia materna en el recién nacido, madre y familia Segunda sesión: Tipo de pezones, cuidados y preparación. Tercera sesión: Técnica de amamantamiento, posiciones y colecho seguro. Cuarta sesión: Extracción manual y almacenamiento.

6	Enfermera/ Módulo de lactancia materna	<p>Espera a que se forme el grupo de madres lactantes exitosas en el área asignada.</p> <p>¿Pertenece al grupo de embarazadas y madres exitosas?</p> <p>Si Si es madre lactante exitosa se cita en un mes.</p> <p>No Se realiza dinámica para integración de grupo</p> <p>¿Es usuaria subsecuente con lactancia materna exclusiva exitosa menor a 6 meses?</p> <p>Si Valorar la lactancia materna exclusiva exitosa.</p> <p>No Se agenda cita cada 3 meses hasta los dos años. Vigilar y restringir el uso del biberón y/o chupones.</p>
7	Usuaría y/o Familiar	Participa en las actividades y retroalimenta información sobre lo aprendido.
8	Enfermera / Módulo de lactancia materna	<p>Realiza registros correspondientes en la bitácora. Se agenda y entrega Cartilla Nacional de Salud. Se despide. Limpia y ordena el material didáctico utilizado durante la sesión.</p>
9	Usuaría y/o Familiar	Se presenta el grupo de embarazadas y madre lactante no exitosas solicitando atención de manera verbal.
10	Enfermera / Módulo de lactancia materna	<p>Solicita Cartilla Nacional de Salud Recibe y saluda cordialmente a la usuaria y/o familiar. Valora los problemas presentados por la usuaria en la lactancia materna. Empezando con la valoración de la técnica de amamantamiento tipo de succión, condiciones de pezones, lactopoyesis y lacto génesis adecuadas. Tipo de lactancia materna (exclusiva, mixta o complementaria). Valorar referencia a otro servicio o unidad de segundo nivel. Valorar interconsulta con Bienestar familiar en caso de presentar desapego materno y abandono de la lactancia materna. Dar Indicaciones adecuadas al problema presentado. Dar cita de seguimiento (a los 8 días)</p>



		En caso de mejoría dar cita a grupo de apoyo(a los 8 días).
11	Usuaría Familiar y/o	Participa en las actividades y retroalimenta información sobre lo aprendido.
12	Enfermera / Módulo de lactancia materna	Realiza registros correspondientes en la bitácora. Entrega Cartilla Nacional de Salud. Se despide.



VII.-FORMATOS E INSTRUCTIVOS

1. Vale
2. Cartilla Nacional de Salud de:
Niños y niñas de 0-9 años
Adolescentes de 10-19 años
Mujeres de 20-59 años
3. Hoja frontal
4. Historia clínica general
5. Historia clínica perinatal (CLAP)
6. Notas de evolución
7. Historia Clínica para el Recién Nacido
8. Partograma
9. Registro Clínico de Enfermería en el Post Parto
10. Registro clínico de enfermería
11. Solicitud recepción de interconsulta médica
12. Sistema de referencia y contrareferencia
13. Solicitud de laboratorio
14. Solicitud de estudio de gabinete
15. Hoja diaria de consulta externa
16. Receta médica
17. Tabla de valoración de riesgo de control prenatal
18. Motivo de envío inmediato al nivel resolutivo en calidad de urgencia con acompañamiento de la unidad informe prioritario al director y gestor de red.
19. Hoja de registro clínico de enfermería para primer nivel de atención.
20. Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud 20 a 59 años mujer
21. Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud en el embarazo
22. Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud Puerperio
23. Plan de seguridad
24. Tarjeta de control de la mujer embarazada y en lactancia
25. Tarjeta de control de usuarias de planificación familiar
26. Vigilancia de la nutrición del menor de 5 años. Gráficas de longitud/estatura por edad y peso por edad niña/niño
27. Recibo único de pago
28. Tabla de riesgo de Triage obstétrico
29. Ficha de identificación del paciente
30. Hoja de indicaciones médicas
31. Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud RN menor de 1 mes
32. Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud menor de 5 años.



- 33. Aviso de alta
- 34. Hoja de identificación del recién nacido.
- 35. Vigilancia epidemiológica de cáncer de mama Estudio de detección.
- 36. Solicitud y reporte de resultado de citología cervical
- 37. Solicitud y reporte de resultado de la prueba de papiloma virus



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: VALE		
No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre completo de la Unidad Médica.
2	FECHA:	Anotar día, mes y año en que se requisita el vale.
3	NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S))	Anotar el apellido paterno, materno y nombre completo de quien requisita el formato.
4	AL SERVICIO DE:	Describir el nombre del servicio donde se elabora el vale.
5	TURNO:	Anotar matutino, vespertino o jornada especial en el que se llena el vale.
6	ARTÍCULOS MATERIAL EQUIPO INSUMOS INSTRUMENTAL MÉDICO MATERIAL DE CURACIÓN OTROS.	Marcar con una "X" el concepto que corresponda.
7	CANTIDAD:	Anotar la cantidad del artículo (material, equipo, instrumental u otro).
8	DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO:	Describir el nombre del artículo (material, equipo instrumental u otro).
9	OBSERVACIONES:	Describir las especificaciones precisas de los artículos.
10	ENTREGÓ	Anotar el nombre completo de quién entregó los artículos (material, equipo instrumental u otro).
11	RECIBIÓ	Anotar el nombre completo de quién entregó los artículos (material, equipo instrumental u otro).



**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: CARTILLA NACIONAL DE SALUD.
(Niñas y niños de 0 a 9 años).**

Objetivo: Proporcionar al usuario un documento que le permita identificarse y mantener el registro de sus consultas en las Unidades Médicas del ISEM.

Distribución y Destinatario: Se elabora en original y se le entrega al usuario.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	CURP:	Registrar el número de la clave única de registro de población.
2	FOTOGRAFIA	Pegar la fotografía actual del usuario.
3	No. DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO	Registrar el número de certificado de nacimiento del usuario.
IDENTIFICACIÓN:		
4	GPO. SANGUINEO Y RH:	Registrar el Grupo Sanguíneo y el RH del usuario.
5	APELLIDOS Y NOMBRE:	Registrar sin abreviaturas los apellidos empezando por el apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del usuario.
6	AFILIACION/MATRICULA /EXPEDIENTE:	Registrar el número del expediente que tiene asignado el usuario.
7	UNIDAD MÉDICA:	Registrar el nombre de la Unidad Médica que otorga el servicio.
8	CONSULTORIO No.	Registrar el número de consultorio médico que otorga el servicio.
DATOS GENERALES:		
9	SEXO:	Marcar con una "X", según corresponda el género del usuario mujer u hombre.
10	DOMICILIO:	Registrar la dirección comenzando con calle y número, colonia/localidad, C.P. (código postal), municipio/delegación y entidad federativa del usuario.



No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
11	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	Registrar el nombre oficial de la localidad en donde nace el usuario. Para áreas urbanas, la colonia. Registrar el nombre del municipio o delegación y entidad federativa dónde se encuentra ubicado el lugar de nacimiento del usuario. Registrar la fecha de nacimiento del usuario con dos dígitos el día y mes y cuatro dígitos el año, (Ej. 02/08/1976).
12	LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:	Registrar el nombre oficial en donde se ubica el registro civil (localidad) donde se registra el usuario. Para áreas urbanas, la colonia. Registrar el nombre del municipio o delegación y entidad federativa dónde se encuentra ubicado el registro civil Registrar en el recuadro correspondiente la fecha comenzando con dos dígitos el día y mes y cuatro dígitos el año, (Ej. 03/09/1976).
13	ATENCIÓN MÉDICA	Registrar para su atención médica la cita Médica próxima ingresando la: <ul style="list-style-type: none">• Fecha: con dos dígitos para el día, mes y año, (Ej. 10/12/10).• Hora: Ingresar la hora en que se debe de presentar el usuario a su cita, tomando en cuenta el reloj de 24 horas (Ej. 18:00 hrs).• Servicio: Registrar el nombre del servicio donde va acudir a su cita, (Ej. Pediatría). Rubrica o clave: Registrar la Rubrica de la persona responsable que otorgo la cita al usuario.



**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: CARTILLA NACIONAL DE SALUD.
(Adolescentes de 10 a 19 años).**

Objetivo: Proporcionar al usuario un documento que le permita identificarse y mantener el registro de sus consultas en las Unidades Médicas del ISEM.

Distribución y Destinatario: Se elabora en original y se le entrega al usuario.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	CURP:	Registrar el número de la clave única de registro de población.
2	FOTOGRAFIA:	Pegar la fotografía actual del usuario.
IDENTIFICACIÓN:		
3	GPO. SANGUINEO Y RH:	Registrar el Grupo Sanguíneo y el RH del usuario.
4	APELLIDOS Y NOMBRE:	Registrar sin abreviaturas el apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
5	AFILIACION/MATRICULA/ EXPEDIENTE:	Registrar el número del expediente que tiene asignado el usuario.
6	UNIDAD MÉDICA:	Registrar el nombre de la Unidad Médica que otorga el servicio.
7	CONSULTORIO No.	Registrar el número de consultorio médico que otorga el servicio.
DATOS GENERALES:		
8	EDAD:	Registrar el número de años cumplidos del usuario.
9	SEXO:	Marcar con una "X", el género según corresponda al usuario mujer u hombre.
10	DOMICILIO:	Registrar la dirección comenzando con calle y número, colonia/localidad, C.P. (código postal), municipio/delegación y entidad federativa del usuario.



No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
11	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	<p>Registrar el nombre oficial de la localidad en donde nace el usuario. Para áreas urbanas, la colonia.</p> <p>Registrar el nombre del municipio o delegación y entidad federativa dónde se encuentra ubicado el lugar de nacimiento del usuario.</p> <p>Registrar la fecha de nacimiento del usuario con dos dígitos el día y mes y cuatro dígitos el año, (Ej. 02/08/1976).</p>
12	ATENCIÓN MÉDICA	<p>Registrar para su atención médica la cita Médica próxima ingresando la:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fecha: con dos dígitos para el día, mes y año, (Ej. 10/12/10).• Hora: Ingresar la hora en que se debe de presentar el usuario a su cita, tomando en cuenta el reloj de 24 horas (Ej. 18:00 hrs).• Servicio: Registrar el nombre del servicio donde va acudir a su cita, (Ej. Pediatría). <p>Rubrica o clave: Registrar la Rubrica de la persona responsable que otorgo la cita al usuario.</p>



Cartilla Nacional de Salud Mujeres de 20 a 59 años.

MÉXICO SEDENA SEMAR SALUD GOBIERNO DE LA REPÚBLICA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL SECRETARÍA DE MARINA SECRETARÍA DE SALUD

Como mujer de 20 a 59 años, usted tiene derecho a recibir una cartilla como ésta. Le sirve para conocer las acciones de promoción y prevención para una mejor salud que debe recibir de acuerdo a su edad.

Esta cartilla se otorga y utiliza en todas las unidades médicas de la SS, IMSS, ISSSTE, DIF, PEMEX, SEDENA, SEMAR y del sector privado.

Además, la cartilla le servirá para que le registren sus próximas citas a los diferentes servicios de la institución.



CARTILLA NACIONAL DE SALUD

Mujeres de 20 a 59 años

GRATUITA



1 ATENCIÓN MÉDICA

CITAS			RÚBRICA O CLAVE
FECHA	HORA	SERVICIO	

24

CURP: 1 FOTOGRAFÍA 2

IDENTIFICACIÓN: GPO, SANGUÍNEO Y RH: 3 APELLIDOS Y NOMBRE: 4 AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE: UNIDAD MÉDICA: 5 CONSULTORIO No. 6

7 DATOS GENERALES: EDAD: DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO 8 9. ONIA / LOCALIDAD MUNICIPIO O DELEGACIÓN C.P. ENTIDAD FEDERATIVA LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: LOCALIDAD / MUNICIPIO O DELEGACIÓN 1 ENTIDAD FEDERATIVA DÍA MES AÑO 1



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: CARTILLA NACIONAL DE SALUD. (Mujeres de 20 a 59 años).

Objetivo: Proporcionar al usuario un documento que le permita identificarse y mantener el registro de sus consultas en las Unidades Médicas del ISEM.

Distribución y Destinatario: Se elabora en original y se le entrega al usuario.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	CURP:	Registrar el número de la clave única de registro de población.
2	FOTOGRAFIA:	Pegar la fotografía actual del usuario.
IDENTIFICACIÓN:		
3	GPO. SANGUINEO Y RH:	Registrar el Grupo Sanguíneo y el RH del usuario.
4	APELLIDOS Y NOMBRE:	Registrar el apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
5	AFILIACION/MATRICULA /EXPEDIENTE:	Registrar el número del expediente que tiene asignado el usuario.
6	UNIDAD MÉDICA:	Registrar el nombre de la Unidad Médica que otorga el servicio.
7	CONSULTORIO No.	Registrar el número de consultorio médico que otorga el servicio.
DATOS GENERALES:		
8	EDAD:	Registrar el número de años cumplidos del usuario.
9	DOMICILIO:	Registrar la dirección comenzando con calle y número, colonia/localidad, C.P. (código postal), municipio/delegación y entidad federativa del usuario.



No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
10	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	<p>Registrar el nombre oficial de la localidad en donde nace el usuario. Para áreas urbanas, la colonia.</p> <p>Registrar el nombre del municipio o delegación y entidad federativa dónde se encuentra ubicado el lugar de nacimiento del usuario.</p> <p>Registrar la fecha de nacimiento del usuario con dos dígitos el día y mes y cuatro dígitos el año, (Ej. 02/08/1976).</p>
11	ATENCIÓN MÉDICA	<p>Registrar para su atención médica la cita Médica próxima ingresando la:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fecha: con dos dígitos para el día, mes y año, (Ej. 10/12/10).• Hora: Ingresar la hora en que se debe de presentar el usuario a su cita, tomando en cuenta el reloj de 24 horas (Ej. 18:00 hrs).• Servicio: Registrar el nombre del servicio donde va acudir a su cita, (Ej. Pediatría). <p>Rubrica o clave: Registrar la Rubrica de la persona responsable que otorgo la cita al usuario.</p>



3.- HOJA FRONTAL

Hoja Frontal

No. EXPEDIENTE:

UNIDAD MÉDICA:	FECHA:
----------------	--------

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
--	----------------------	-------	---

DIRECCIÓN:	TELÉFONO:
------------	-----------

MÉDICO TRATANTE:	CLAVE DEL MÉDICO:
------------------	-------------------

FECHA DE DETECCIÓN	SIGNO O SÍNTOMA, PROBLEMA	FECHA DE CONTROL REMISIÓN

GRUPO SANGUÍNEO:	FACTOR RH:
------------------	------------

ALERGICO A:



4.- HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Historia Clínica General

1/ UNIDAD MÉDICA:		2/ EXPEDIENTE:	
3/ FECHA DE ELABORACIÓN:	4/ HORA DE ELABORACIÓN:	5/ TIPO DE INTERROGATORIO: <input type="checkbox"/> DIRECTO <input type="checkbox"/> INDIRECTO	
I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
6/ NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))		7/ EDAD:	8/ GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
9/ FECHA DE NACIMIENTO:	10/ OCUPACIÓN DEL PACIENTE:		
11/ DOMICILIO:		12/ TELÉFONO:	
13/ NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O PERSONA CON CAPACIDADES DIFERENTES:			
14/ PARENTESCO CON EL PACIENTE:		15/ TELÉFONO:	
II. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: 16/			
III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: 17/			
IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: 18/			
V. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS: 19/			
VI. PADECIMIENTO ACTUAL: 20/			
VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS 21/			
CARDIOVASCULAR:			
RESPIRATORIO:			
GASTROINTESTINAL:			
GENITOURINARIO:			
HEMÁTICO Y LINFÁTICO:			
ENDÓCRINO:			



NERVIOSO:

MUSCULOESQUELÉTICO:

PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:

VIII. SIGNOS VITALES ^{22/}

T/A	TEMP	FREC. C.	FREC R.	PESO	TALLA
-----	------	----------	---------	------	-------

IX. EXPLORACIÓN FÍSICA ^{23/}

HABITUS EXTERIOR:

CABEZA:

CUELLO:

TÓRAX:

ABDOMEN:

GENITALES:

EXTREMIDADES:

PIEL:

X. RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS: ^{24/}

XI. DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS: ^{25/}

XII. TX FARMACOLÓGICO: ^{26/}

TERAPÉUTICA EMPLEADA Y RESULTADOS (PREVIOS):

TERAPÉUTICA ACTUAL:

XIII. PRONÓSTICO: ^{27/}

^{28/} MÉDICO

NOMBRE Y FIRMA



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

Historia Clínica General

Objetivo:

Registrar los antecedentes médicos del paciente; síntomas, signos vitales, auxiliares de diagnóstico, diagnóstico y terapéutico del padecimiento o enfermedad.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y se integra al Expediente Clínico Familiar del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre de la unidad médica que otorga el servicio.
2	EXPEDIENTE:	Asentar el número de expediente del paciente.
3	FECHA ELABORACIÓN: DE	Anotar el día, mes y año en que se elabora la Historia Clínica General.
4	HORA ELABORACIÓN: DE	Escribir la hora en la que se elabora la Historia Clínica General.
5	TIPO INTERROGATORIO: DE	Marcar con una "X" si se trata de un interrogatorio directo o indirecto.
6	NOMBRE PACIENTE: DEL	Anotar el nombre completo del paciente en el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s).
7	EDAD:	Anotar el número de años cumplidos del paciente.
8	GÉNERO:	Indicar el género del usuario, colocando una "X" en el cuadro que corresponda.
9	FECHA NACIMIENTO: DE	Anotar el día, mes y año en que nació el paciente.
10	OCUPACIÓN PACIENTE: DEL	Asentar la ocupación del paciente.
11	DOMICILIO	Escribir el domicilio completo del paciente (calle, número exterior e interior, colonia, código postal, municipio o localidad).
12	TELÉFONO	Anotar el número telefónico en donde se pueda localizar al paciente.
13	NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:	Anotar el nombre completo del padre o tutor, en caso de tratarse de un menor de edad o una persona con capacidades diferentes.
14	PARENTESCO CON EL PACIENTE:	Indicar el parentesco con el paciente, en caso de tratarse de un menor de edad o una persona con capacidades diferentes.



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
15	TELÉFONO:	Anotar el número telefónico en donde se pueda localizar la persona responsable del paciente.
16	ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:	Registrar los antecedentes médicos familiares o las enfermedades posiblemente hereditarias.
17	ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: NO	Escribir los antecedentes personales no patológicos (en su caso).
18	ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:	Indicar los antecedentes personales patológicos (en su caso).
19	ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:	Registrar los antecedentes gineco-obstétricos (en su caso).
20	PADECIMIENTO ACTUAL:	Anotar el padecimiento que presenta el paciente actualmente.
21	INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS: Y	Realizar un interrogatorio por aparatos y sistemas, y registrar los datos.
22	SIGNOS VITALES:	Asentar los signos vitales del paciente.
23	EXPLORACIÓN FÍSICA:	Registrar los datos obtenidos de la exploración física realizada al paciente.
24	RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS:	Anotar los resultados previos y actuales de laboratorio, gabinete y otros (en su caso).
25	DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMAS CLÍNICOS: Y	Escribir el diagnóstico y los problemas clínicos que presenta el paciente.
26	TX FARMACOLÓGICO:	Indicar la terapéutica empleada y los resultados obtenidos con la misma (en su caso).
27	PRONÓSTICO:	Asentar el pronóstico de la evolución del paciente.
28	PARENTESCO CON EL PACIENTE:	Anotar el nombre completo y firma del médico que requisó la Historia Clínica General.



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: HISTORIA CLÍNICA PERINATAL-CLAP

SECCIÓN IDENTIFICACION

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	NOMBRE - APELLIDO	Espacio para colocar el nombre y apellidos (paterno y materno) de la embarazada.
2	DOMICILIO - LOCALIDAD	Se refiere a la residencia habitual de la embarazada. Anotar la calle, el número y la localidad (nombre de la ciudad, pueblo, paraje, etc.). Si no se pudiera identificar el domicilio con estos datos, anotar cualquier otra referencia que facilite su ubicación. (Ej. Km 5 de la ruta 3)
3	TELÉFONO (TELEF)	Anotar el teléfono del domicilio habitual. Si no tuviera, se anotará un número de teléfono alternativo que permita la comunicación del establecimiento con la familia.
4	FECHA DE NACIMIENTO	Anotar día, mes y año del nacimiento de la embarazada.
5	EDAD (AÑOS)	Al momento de la primera consulta preguntar.
6	ETNIA	Se ha incluido este dato en la HCP debido a que los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes representan más del 40% de la población de la región. Este importante grupo de población presenta condiciones de vida y de acceso a los servicios de salud y de educación, desfavorables. Si bien existe una sola Raza (Humana), sinónimo de especie humana, las poblaciones se agrupan en etnias. Las etnias las constituyen grupos humanos que comparten mitos, ancestros, religión, territorio, vestimenta, lenguaje, memorias de un pasado colectivo, que regulan las relaciones de una comunidad humana. Una de las estrategias para mejorar la situación de estas poblaciones es haciendo visible sus necesidades a través de la presentación de indicadores de salud desagregados por Raza y grupo étnico. La mayor parte de los países han iniciado esfuerzos o ya han incorporado preguntas en los censos nacionales en este tema. Las formas de obtener este dato varían de país a país. Todos son de auto identificación aunque en algunos casos se hace referencia al color de piel y en otros se pregunta por el grupo indígena con el cual se identifica la persona. En todos los casos las opciones de respuesta incluyen los nombres de las etnias y razas específicos del país.



7	ALFABETA	Preguntar: ¿Sabe leer y escribir? Anotar la respuesta (SI o No) según corresponda.
8	ESTUDIOS	Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación. Preguntar ¿Cuál fue el nivel de estudios más alto al que asistió? ¿Primaria? ¿Secundaria? ¿Universitaria? Registrar únicamente el máximo nivel alcanzado.
9	AÑOS EN EL MAYOR NIVEL	Preguntar: ¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel? Registrar únicamente el año más alto que haya sido aprobado. Por ejemplo, si la mujer refiere haber completado hasta el 3er año de secundaria, entonces marcar Secundaria y registrar “3” en el espacio que corresponde a ‘años en el mayor nivel’.
10	ESTADO CIVIL	Registrar el estado civil según corresponda: Casada, unión estable, soltera, otro. También se registrará si vive sola o no.
11	LUGAR DEL CONTROL PRENATAL	Cuando se trate de mujeres que se encontraban asistiendo a control antenatal se anotará el código asignado por las autoridades nacionales de salud al lugar donde se realizó el control prenatal.
12	LUGAR DEL PARTO/ABORTO	Anotar el código asignado por las autoridades de salud al establecimiento en el que se efectuó la asistencia del aborto. Si el control prenatal y el aborto se realizaron en el mismo establecimiento, entonces el código se repite en ambas variables.
13	NÚMERO DE IDENTIDAD (Nº IDENTIDAD)	Corresponde al número de identificación de la mujer (por ejemplo, número de historia clínica o número de documento de Identidad).

SECCIÓN: ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTÉTRICOS

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

14	ANTECEDENTES FAMILIARES	Se refieren a los antecedentes de la pareja, padres o hermanos.
15	ANTECEDENTES PERSONALES	Se refieren a los antecedentes propios de la mujer. Notar que la lista incluye las patologías mencionadas en los antecedentes familiares más otros 5 antecedentes (cirugía genitourinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía y violencia).



		<p>El término cirugía genitourinaria no incluye a las cesáreas.</p> <p>En cuanto al tema violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de violencia en el embarazo actual (ver Sección Gestación actual)</p> <p>Marcar el círculo "SI" o "NO" según corresponda</p>
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
16	GESTAS PREVIAS	Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual. Colocar 00 si es el primer embarazo.
17	PARTOS / VAGINALES - CESÁREAS	<p>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?</p> <p>Además se indagará sobre el peso del recién nacido en el último embarazo. Marcar si pesó menos de 2500 g o fue mayor o igual a 4000 g fue normal o n/c (no corresponde) si no hubo nacimientos previos. Finalmente en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de gemelar (SI/NO) según corresponda.</p>
18	ABORTOS	Se define como Aborto a la expulsión antes de las 22 semanas del producto de la gestación muerto o con un peso menor a 500 gramos. Se registrarán de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos. En relación al número de abortos, si la mujer reporta haber tenido 3 abortos espontáneos consecutivos, entonces marcar el rectángulo amarillo correspondiente.
19	NACIDOS VIVOS	<p>Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerarán signos de vida si el recién nacido respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios.</p> <p>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.</p>
20	EMBARAZO ECTÓPICO (EMB. ECTOPICO)	Se anotará el número correspondiente a los antecedentes de embarazo producidos fuera del útero.



21	NACIDOS MUERTOS	Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.
22	VIVEN	Se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la Consulta.
23	MUERTOS 1RA. SEMANA	Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos) y se registrará en el rectángulo correspondiente.
24	MUERTOS DESPUÉS DE 1RA. SEMANA	Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más). No hay límite superior y en teoría incluye las muertes ocurridas hasta el mismo día de la consulta, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente.
25	FIN EMBARAZO ANTERIOR	Anotar día, mes y año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que se trate de un parto o un aborto. Dejar en blanco si se trata de una primigesta. Marcar el círculo amarillo si la finalización del embarazo anterior ocurrió antes de un año del inicio del embarazo actual. Marcar el círculo amarillo en los siguientes casos: •Intervalo entre parto previo y gestación actual menor a 1 año; •Intervalo entre aborto previo y gestación actual menor de 1 año.
26	EMBARAZO PLANEADO	Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno, cuando se cumplan ambas condiciones se marcará SI, cuando no se cumpla una de las dos condiciones se marcará NO (en amarillo). Puede ayudar para identificar el embarazo no planeado preguntar: ¿Cuándo supo de este embarazo? ¿Quería estar embarazada?, ¿quería esperar más tiempo? o ¿no quería tener (más) hijos?
27	FRACASO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE EMBARAZO ACTUAL (FRACASO ANTICONCEP.) MÉTODO	Preguntar: Al enterarse de este embarazo, ¿estaba usando algún método para evitar el embarazo? Las respuestas posibles están clasificadas como: (1) No usaba ningún método (no usaba) (2) Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical.



		<p>(3) Dispositivo Intrauterino (DIU)</p> <p>(4) Hormonal: oral (píldoras), transdérmico (parche, vaginal), implante subdérmico o inyectable.</p> <p>(5) Anticoncepción de emergencia (emergencia): Levonorgestrel solo o de estrógenos y progestina combinados.</p> <p>(6) Métodos naturales (natural): método de día fijo, método de amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, ritmo, Billings, entre otros.</p>
28	<p>FRACASO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE EMBARAZO ACTUAL (FRACASO MÉTODO ANTICONCEP.)</p>	<p>Preguntar: Al enterarse de este embarazo, ¿estaba usando algún método para evitar el embarazo?</p> <p>Las respuestas posibles están clasificadas como:</p> <p>(1) No usaba ningún método (no usaba)</p> <p>(2) Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical.</p> <p>(3) Dispositivo Intrauterino (DIU)</p> <p>(4) Hormonal: oral (píldoras), transdérmico (parche, vaginal), implante subdérmico o inyectable.</p> <p>(5) Anticoncepción de emergencia (emergencia): Levonorgestrel solo o de estrógenos y progestina combinados.</p> <p>(6) Métodos naturales (natural): método de día fijo, método de amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, ritmo, Billings, entre otros.</p>
<p>SECCIÓN: GESTACIÓN ACTUAL</p> <p>En esta sección se registran todos los datos relacionados con el embarazo actual.</p> <p>PESO ANTERIOR</p> <p>Se refiere al peso habitual de la mujer antes del embarazo actual.</p> <p>Preguntar: ¿Cuánto pesaba antes de este embarazo? Se registrará el peso expresado en kilogramos. Este dato es útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo. La medida más utilizada es el Índice de Masa Corporal (IMC) que se calcula dividiendo el peso en kilogramos (Kg) sobre el cuadrado de la talla expresada en metros (m²).</p>		
29	<p>TALLA (CM)</p>	<p>Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control.</p> <p>La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el tallímetro. El dato obtenido se registrará en centímetros.</p>
30	<p>FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM)</p>	<p>Este dato es esencial para estimar la edad gestacional y la fecha probable de parto. Muchas decisiones clínicas están basadas en la edad gestacional y por ello es crítico obtener un</p>



		dato confiable. Preguntar: ¿Cuál fue el primer día de su última menstruación? Anotar en la HCP el dato proporcionado en formato día-mes-año.
31	FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP)	<p>Para estimar la FPP se recomienda utilizar el gestograma diseñado por el CLAP/SMR. Haciendo coincidir la flecha roja del gestograma que dice “fecha en que comenzó la última menstruación” con la fecha del primer día de la menstruación, la FPP quedará indicada por la fecha calendario que marca el punto de la semana 40 del gestograma. En caso de no contar con un gestograma, se recomienda utilizar la regla de los 280 días, partiendo de la fecha del primer día de la menstruación se contarán 280 días consecutivos sobre un calendario, el día 280 coincidirá con la FPP. Existe fórmulas matemáticas que facilitan el cálculo de la FPP (Regla de Naegele, Pinard, Wahl, etc.), las que son descritas en detalle en la publicación científica CLAP/SMR N° 1562. Anotar en la HCP el dato proporcionado en formato día-mes-año.</p> <p>En el caso de mujeres que ingresan para ser asistidas por un aborto y no han tenido control prenatal no será necesario incluir la FPP.</p>
32	CONFIABILIDAD DE LA EDAD GESTACIONAL (EG CONFIABLE POR FUM, ECO<20S)	Aquí se solicita al proveedor una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por FUM o por ECOGRAFÍA.
33	ECOGRAFÍA	<p>Cuando la fecha de la última menstruación no está disponible, una posibilidad es estimar la FPP a partir de una ecografía fetal temprana.</p> <p>Registrar si la edad gestacional es considerado dato confiable a partir del dato de FUM y/o la Ecografía (SI/NO), según corresponda. En caso de no efectuarse ecografía dejar en blanco.</p>
34	ESTILOS DE VIDA	El estado de fumadora activa, fumadora pasiva, el consumo de drogas, alcohol y las situaciones de violencia pueden cambiar a lo largo del embarazo, por esa razón la HCP sugiere indagar estos datos al menos un vez cada trimestre preguntando: Desde su última visita, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica?, etc.
35	FUMADORA ACTIVA (FUMA ACT.)	Se refiere a si la mujer está fumando al momento de la consulta y se anotará según corresponda (No/Si). En caso de aborto no se



		interrogará en el 2° y 3er trimestre.
36	FUMADORA PASIVA (FUMA PAS.)	Se refiere a la exposición actual al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo y se anotará la respuesta según corresponda (No/Si). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.
37	DROGAS.	Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras. Se anotará la respuesta según corresponda (No/Si). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.
38	ALCOHOL	Se refiere a la ingesta actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, pisco, whisky, etc. Mencione sobre todo aquellas bebidas que son tradicionales localmente. Preguntar: ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en este embarazo? Anotar en la HCP si la mujer ha ingerido alcohol en este embarazo (NO/ SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.
39	VIOLENCIA	Este término involucra la violencia física, mental, psicológica y sexual que ocurre durante la actual gestación. El agresor puede ser la pareja actual, parejas previas, padres, u otras personas. Obtener esta información puede ser difícil y no existe aún una forma estándar de preguntar acerca de este tema. Se recomienda revisar las normas de su país en este tema para elegir la forma de preguntar y las acciones a seguir si un caso es detectado. Si no cuenta con una forma reglada de interrogar sobre violencia emocional, física, sexual y psicológica, se recomienda usar el siguiente modelo de interrogatorio en la primera visita prenatal: “Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su actual relación de pareja. Sé que algunas de estas preguntas son muy personales y permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales: 1. En el último año, ¿alguna vez ha sido Ud. humillada, avergonzada, prohibida de ver a amigos, o hacer cosas que a ud. le interesan? Si la respuesta es positiva, continuar: (1ª) Desde que está embarazada ¿alguna vez ha sido ud. humillada, avergonzada, impedida de



		<p>ver amigos, o hacer cosas que a Ud. le interesan?</p> <p>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?</p> <p>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?</p> <p>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?</p> <p>5. En el último año ¿ha tenido Ud. miedo de su pareja o de alguna otra persona? Si la respuesta es positiva, continuar: (5ª) Desde que está embarazada ¿ha tenido Ud. miedo de su pareja o de alguna otra persona?” En visitas posteriores no es necesario indagar por lo ocurrido en el último año y debe sustituirse la frase inicial “Desde que está embarazada....” por la frase “Desde su última visita....”</p> <p>Una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas que indagan sobre violencia en el último año debe registrarse en la sección</p> <p>Antecedentes Personales. Si hay respuesta afirmativa a las preguntas relacionadas con el embarazo actual, marcar “SI” en el casillero que corresponda.</p>
40	ANTIRUBEOLA	<p>Preguntar: ¿Ha recibido alguna vez la vacuna contra la rubéola? Si la respuesta es afirmativa, indagar ¿Cuándo? Marcar el casillero “previa” si recibió la vacunación en cualquier momento antes del presente embarazo. Marcar el círculo “embarazo” si la vacuna fue inadvertidamente colocada durante esta gestación; “no sabe” cuando no recuerda si recibió la vacuna; “NO” si nunca fue inmunizada.</p> <p>Si la mujer no ha sido vacunada, la inmunización debe diferirse hasta el puerperio inmediato (antes del alta), o en el postaborto inmediato. Se recomienda averiguar sobre el esquema de</p>



		vacunación en su país y las fechas de ejecución de las campañas de vacunación masiva.
41	ANTITETÁNICA	<p>Es importante solicitar a las gestantes la tarjeta de vacunación, el carné perinatal del embarazo anterior o algún otro registro o documento en donde se pueda verificar el número y el intervalo entre dosis.</p> <p>Si la mujer presenta documentación revisar el número e intervalo entre dosis, así como el tiempo desde la última vacunación y decidir si debe recibir una dosis adicional.</p> <p>Las mujeres que no poseen documentación de haber recibido inmunización contra el tétanos deben ser vacunadas con una primera dosis en la primera consulta prenatal. La segunda dosis debe ser administrada no antes de cuatro semanas de la primera dosis o por lo menos 3 semanas antes de la fecha probable de parto. La administración de las siguientes dosis debe seguir lo indicado en la norma nacional.</p> <p>Preguntar: ¿Ha recibido alguna vez la vacuna contra el Tétanos? Si la respuesta es afirmativa, solicitar documentación y revisar el número e intervalo entre dosis. De lo contrario, indicar una dosis en la actual consulta.</p> <p>Registrar Vigente=SI en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibió dos dosis y el embarazo actual está dentro de los 3 años de protección. • Recibió tres dosis y el embarazo actual está dentro de los 5 años de protección. • Recibió 5 dosis. <p>Registrar Vigente=NO en los siguientes casos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna dosis recibida. Acción: Colocar dos dosis durante el embarazo actual Primera dosis en la primera consulta prenatal y la segunda no antes de 4 semanas de haberse colocado la primera dosis o por lo menos 3 semanas antes de la fecha de parto. • Información poco confiable acerca de número y fechas de administración de dosis previas. Acción: Colocar dos dosis durante el embarazo actual. • Recibió dos dosis y el embarazo actual se inicia después de los 3 años de protección. Acción: colocar únicamente una dosis (la tercera). • Recibió tres dosis y el embarazo actual se inicia después de los 5 años de protección.



		<p>Acción: Colocar únicamente una dosis (la cuarta).</p> <p>Vacunar a una mujer no protegida con toxoide tetánico, además de protegerla a ella constituye una medida preventiva preconcepcional para un futuro embarazo.</p>
42	EXAMEN ODONTOLÓGICO Y DE MAMAS (EX. NORMAL)	<p>Para muchas mujeres, el control prenatal marca el primer contacto con los servicios de salud y por lo tanto ofrece la oportunidad de evaluar el estado de salud en general. Por esta razón la HCP incluye variables como el examen odontológico y de mamas que refuerzan este concepto.</p> <p>Aun en aquellas mujeres que consulten para ser asistidas por un aborto se deberán incluir estos exámenes como forma de dar una atención integral a la mujer en cada contacto de ésta con el equipo de salud.</p>
43	EXAMEN ODONTOLOGICO (ODONT.)	<p>El examen odontológico ha adquirido importancia por la posible asociación entre enfermedad periodontal con parto prematuro, bajo peso al nacer, pre eclampsia y muerte fetal y la transmisión del streptococo mutans de la madre hacia el niño y su efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños. La enfermedad periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente - hueso, ligamentos, cemento, etc.).</p> <p>Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. Marcar según corresponda. Si el examen fuera anormal referir al odontólogo.</p>
44	EXAMEN DE MAMAS	<p>El examen de las mamas es sugerido en muchos países como parte del examen de toda gestante. Con este examen se busca identificar patología tumoral así como problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y eventuales patologías tumorales evidentes).</p> <p>La HCP incluye el dato Examen Normal, marcar 'SI' cuando el examen de mamas sea normal, y NO en caso contrario.</p>
45	CERVIX	Se recomienda la realización del examen vaginal



		<p>con espéculo como parte de la evaluación del control prenatal con la finalidad de detectar anomalías o infecciones cervicales. La selección del momento más adecuado para este examen es una decisión que hará el proveedor tomando en cuenta la situación individual de cada mujer.</p> <p>El examen con espéculo también integrará el examen de las mujeres en caso de aborto.</p>
46	INSPECCIÓN VISUAL (INSP. VISUAL)	<p>Si una anomalía cervical es observada durante el examen con espéculo, se anotará anormal en inspección visual, si el cuello está sano se registrará normal y en caso de no haberse efectuado el examen, se registrará no se hizo.</p>
47	PAPANICOLAU (PAP)	<p>Si se encuentra alguna anomalía cervical o se duda que la mujer pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante el control prenatal. En la mujer que asiste solamente para la atención de un aborto y se constata una lesión, la toma de PAP se deberá diferir. La interpretación de los resultados puede ser difícil cuando el PAP es tomado durante la gestación. Registrar el resultado del PAP según corresponda:</p>
48	COLPOSCOPIA (COLP)	<p>Registrar como 'Normal' si la Colposcopia es negativa para lesiones malignas o precursoras de cáncer cervical. De lo contrario marcar "Anormal" o no se hizo, según corresponda. En mujeres que acudan para la atención del aborto se diferirá la realización de la colposcopia.</p>
49	GRUPO RH	<p>Anotar en el recuadro el grupo sanguíneo (Grupo) que corresponda (A, B, AB, O). Para "Rh" marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh Negativo. Se entiende que la mujer está inmunizada cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer está inmunizada (tendrá positivo el test para anticuerpos irregulares, también llamado test de Coombs indirecto) y en ese caso se marcará (si), en caso contrario se marcará (No).</p>
50	GAMAGLOBULINA ANTI D	<p>Esta variable está destinada para la aplicación de gamaglobulina anti D durante el embarazo según normas nacionales. En algunos países de la Región es norma la aplicación rutinaria de la gamaglobulina a todas las gestantes Rh negativas no inmunizadas a las 28 semanas de gestación. En cambio en otros países sólo se aplica la gamaglobulina anti D a las Rh negativas no inmunizadas en caso de sangrados o de procedimientos invasivos (amniocentesis); en caso de aborto ninguna de estas dos situaciones aplicarán. Se marcará Si siendo Rh negativo no inmunizada recibió gamaglobulina</p>



		anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará No. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar “no corresponde” n/c.
51	TOXOPLAMOSIS	Si las normas de su país o su servicio incluyen la realización de esta prueba en el control prenatal, registrar el valor de la prueba (IgG o IgM) según corresponda. Siempre es aconsejable impartir mensajes educativo-preventivos para disminuir el riesgo de toxoplasmosis congénita, para lo cual se remite a la Publicación Científica CLAP/SMR 1562. En caso de aborto y aunque en su servicio se realice serología para toxoplasmosis, no se deberá registrar la variable ≥ 20 semanas.
52	INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH)	Es necesario ofrecer el tamizaje para VIH a todas las gestantes y asegurar el tratamiento profiláctico para evitar la transmisión vertical del VIH. Registrar Test VIH: Solicitado: SI o NO, Realizado: SI o NO, según corresponda. En caso de una mujer que controlaba el embarazo y sufre un aborto sólo anotar si el test fue solicitado/realizado antes de las 20 semanas. Si la mujer ingresa para atención de un aborto y sin control previo se llenará la variable VIH en el formulario complementario de aborto. Para mantener la confidencialidad de un resultado VIH positivo y evitar la estigmatización de esas mujeres, el CLAP/SMR no tiene en su HCP un casillero que diga VIH positivo o negativo, pero habilita a que los profesionales que asisten a una mujer VIH positivo tengan la información necesaria a fin de brindar los mejores cuidados a ella, su hijo y a los miembros del equipo de salud. Por esa razón se recomienda registrar en el lugar reservado para códigos de enfermedades, el código correspondiente al VIH (R75 de la CIE 10 o 76 de CLAP/SMR).
53	PRUEBA DE HEMOGLOBINA (HB)	La HCP ofrece dos instancias para registrar los resultados de la prueba de hemoglobina, uno en la primera visita antenatal o por un aborto, y en este caso no se tomará en consideración el dato luego de las 20 semanas. Los valores obtenidos se registrarán en los rectángulos correspondientes y en caso que los niveles sean inferiores a 11 gramos, marcar el círculo amarillo.
54	PRUEBA DE HEMOGLOBINA (HB)	La HCP ofrece dos instancias para registrar los resultados de la prueba de hemoglobina, uno en la primera visita antenatal o por un aborto, y en este caso no se tomará en consideración el dato luego de las 20 semanas. Los valores obtenidos



		se registrarán en los rectángulos correspondientes y en caso que los niveles sean inferiores a 11 gramos, marcar el círculo amarillo.
55	FE/FOLATOS INDICADOS	<p>Existe consenso en que los requerimientos de hierro y ácido fólico aumentan durante el embarazo y que es difícil que una mujer embarazada pueda satisfacer esta mayor demanda sólo con la dieta, excepto en aquellos países en los que existen programas específicos de fortificación de los alimentos.</p> <p>Las estrategias de prevención de la anemia por deficiencia de hierro se basan en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modificar la dieta para aumentar el consumo de hierro y de los facilitadores de su absorción, al tiempo que se intenta disminuir el consumo de inhibidores. • Fortificación de alimentos de consumo habitual con hierro. • Suplementar con medicación rica en hierro. • Tratar aquellas infecciones que pueden alterar la absorción de hierro y otros nutrientes (por ejemplo parasitosis). <p>Los suplementos de hierro han sido sugeridos como una estrategia para mejorar el estado de hierro materno y así mejorar la sobrevivencia y salud de la madre, el tamaño fetal, incluyendo el estado de hierro y desarrollo del niño durante el período neonatal y post-neonatal.</p> <p>Si las normas nacionales no indican lo contrario, se recomienda suplementar a todas las embarazadas con 60 mg de hierro elemental por día, desde el momento en que se sospeche el embarazo y hasta el periodo post parto. El tiempo total de suplementación no debiera ser menor a 6 meses y en lugares donde la prevalencia de anemia durante la gestación es mayor al 40% es recomendable mantener la suplementación con hierro hasta 3 meses después del parto.</p> <p>Marcar el círculo (NO) si no se indicó suplemento de hierro y marcar el círculo blanco (SI) cuando se lo haya indicado.</p> <p>Para la prevención de la anemia y los defectos del tubo neural las mujeres deberían recibir 0,4 mg/día de ácido fólico desde unos tres meses antes de embarazarse (mínimo 4 semanas antes).</p> <p>Marcar el círculo (NO) si no se indicó suplemento de ácido fólico y marcar el círculo blanco (SI) cuando se lo haya indicado.</p>
56	SIFILIS - DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Se recomienda realizar la prueba de detección de sífilis a todas las mujeres en trabajo de parto o de aborto que no han tenido control prenatal (para el diagnóstico y tratamiento de ella y su



		<p>recién nacido) y a las mujeres que tuvieron aborto o mortinato. Las pruebas de detección más utilizadas son las pruebas no treponémicas (VDRL o RPR), las que se sugiere realizar al momento de la captación en la primera visita antenatal (antes de las 20 semanas de gestación). En caso de aborto no se considerará el dato más allá de las 20 semanas.</p> <p>En los casilleros rectangulares reservados a semanas (sem) se anotará a que edad gestacional fue confirmado o descartado el diagnóstico de sífilis. Si el diagnóstico fue hecho por pruebas serológicas, se registrará en los círculos correspondientes el o los tipos de pruebas usados (pruebas serológicas treponémicas, no treponémicas o ambas). Mientras que en los restantes círculos se marcará (-) si mediante las pruebas se descartó sífilis, (+) si las pruebas indican sífilis y (s/d) cuando no se conozca el resultado serológico. En caso de anotar (+), se deberá registrar en la casilla que se encuentra inmediatamente por debajo si se efectuó o no se efectuó tratamiento. Se debe recordar que el único tratamiento seguro hasta el momento para evitar la sífilis congénita, es la penicilina. Por último y debido a que una de las principales causas de reinfección de las mujeres embarazadas que han sido correctamente tratadas corresponde a la falta de tratamiento de su compañero sexual, existe un recordatorio para que el profesional considere la investigación del o de los compañeros sexuales y provea el tratamiento. Registrando (No) cuando debió hacerse tratamiento y este no se hizo, (Si) cuando correspondía tratamiento y fue hecho y (n/c) cuando no corresponde efectuar tratamiento porque la mujer no tiene sífilis o cuando a pesar de diagnosticar sífilis en la mujer, el compañero sexual no presenta serología de sífilis.</p>
57	CHAGAS	<p>Las actividades consideradas esenciales para el control de esta enfermedad son el control vectorial y el despistaje de pruebas serológicas para T. Cruzi en los bancos de sangre. En aquellos países que la transmisión vectorial ha sido eliminada, la transmisión vertical es la única forma de mantenimiento de la enfermedad. Tanto que para algunos países el Chagas durante la gestación se ha transformado en una enfermedad centinela. Registrar el resultado de la Prueba de Chagas (Negativa/Positiva/No se hizo) según corresponda.</p>



58	PALUDISMO / MALARIA	La HCP incluye el término Malaria o Paludismo. Si se hacen exámenes para Paludismo en su país, se registrará el resultado de la prueba diagnóstica realizada (independientemente de la técnica empleada): como negativa si no se detectó paludismo, positiva (círculo amarillo) si se confirma la enfermedad y no se hizo, en caso de no realizar la prueba.
59	BACTERIURIA	Bacteriuria asintomática se refiere a la colonización bacteriana del tracto urinario en ausencia de síntomas. En lugares donde el urocultivo no es una opción la tirilla reactiva en orina podrá ser una alternativa durante el control prenatal. Se marcará Bacteriuria: Normal, cuando el urocultivo sea negativo (menos de 100,000 unidades formadoras de colonia/ml), o el la tirilla reactiva es negativa; Anormal, si el Urocultivo o la tirilla reactiva tienen resultados positivos. En caso de no realizar urocultivo o la tirilla reactiva a lo largo del control del embarazo, se registrará el círculo que indica que la prestación no se hizo. En caso de aborto no se consignará el dato ≥ 20 semanas
60	GLUCEMIA EN AYUNAS	Registrar el valor de la glucemia obtenida, de acuerdo a la semana de gestación cursada (en miligramos por decilitro) en el rectángulo correspondiente. Si la glucemia basal es igual o mayor a 105 mg/dL marcar además el círculo amarillo.
61	ESTREPTOCOCO B 35 - 37 SEMANAS	La infección por Estreptococo grupo B es considerada una causa importante de morbilidad y mortalidad neonatal. La estrategia principal para disminuir esta infección en los recién nacidos es la detección durante el embarazo del estreptococo del grupo B (entre las 35 y 37 semanas) a través de la toma mediante hisopado vaginal y rectal. Si la realización de esta prueba es parte de las normas de su país la HCP ha incluido un espacio para registrar el resultado de la prueba (NEGATIVO/POSITIVO/NO SE HIZO), según corresponda. En caso de atención por aborto no aplica llenar esta variable
62	PREPARACIÓN PARA EL PARTO	El término preparación para el parto tiene varios significados e incluye conceptos muy variados, el principal es garantizar el acceso para su atención (plan de parto), además es una oportunidad para informar a la mujer y su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio; preparar a los padres para enfrentar mejor su nuevo rol; entrenar en



		<p>Psicoprofilaxis (técnicas de relajación y respiración); aumentar la percepción de autocontrol de la mujer, entre otros. Si la gestante ha recibido alguna de estas prestaciones indicar SI, en caso contrario registrar NO. En casos de atención por aborto no aplica llenar esta variable.</p>
63	CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA	<p>Se entiende por consejería la entrega reglada y oportuna de la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.• Formas de amamantar.• Los cambios en la leche materna después del parto y• Discutir las dudas y preguntas de la gestante. <p>También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño. Si la mujer ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP según corresponda (SI/NO). En casos de atención por aborto no aplica llenar esta variable.</p>
64	CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA	<p>Se entiende por consejería la entrega reglada y oportuna de la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.• Formas de amamantar.• Los cambios en la leche materna después del parto y• Discutir las dudas y preguntas de la gestante. <p>También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño. Si la mujer ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP según corresponda (SI/NO). En casos de atención por aborto no aplica llenar esta variable.</p>

SECCIÓN CONSULTAS ANTENATALES

Los datos a registrar son:

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

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

SECCIÓN: ADMISIÓN POR PARTO PARTO

Marcar la casilla respectiva según se trate de un parto o de un aborto.

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

SECCIÓN: ADMISIÓN POR PARTO PARTO

Marcar la casilla respectiva según se trate de un parto o de un aborto.

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

65	FECHA DE INGRESO	Es la fecha que corresponde al ingreso de la gestante a la institución. Se registrará en día-mes-año
66	CARNÉ	Se refiere a si la gestante presenta o no el Carné Perinatal al momento de la hospitalización para el parto. Marcar SI/NO, según corresponda.
67	CONSULTAS PRENATALES TOTAL	Si presenta carné perinatal, contar el número total de consultas prenatales y registrar en la HCP. Si no presenta carné perinatal, preguntar: ¿Se hizo control prenatal alguna vez? Si la respuesta es negativa, registrar 00 Si la respuesta es afirmativa, continuar: ¿Cuántos controles prenatales tuvo? y registrar el dato reportado.
68	HOSPITALIZACIÓN EN EMBARAZO	Se refiere a hospitalizaciones ocurridas por razones diferentes al parto. Si han existido hospitalizaciones durante el embarazo se registrará el círculo amarillo que indica SI, en ese caso también se deberá



		registrar el número total de días de hospitalización, (de la única internación o la suma de días de todas las internaciones).
69	INICIO	Se refiere al inicio del trabajo de parto. Este puede ser de inicio espontáneo o inducido, marcar según corresponda. Notar que existe un casillero para aquellas mujeres que no iniciaron el trabajo de parto y fueron sometidas a una cesárea, en ese caso se registrará cesárea electiva.
70	ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO	Se identifica por la pérdida de líquido amniótico antes que haya empezado el trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional. Si se confirma rotura de membranas antes del inicio del trabajo de parto, registrar el momento aproximado del inicio de la pérdida de líquido amniótico (fecha y hora/min). Marcar los espacios en amarillo si la pérdida se inició antes de las 37 semanas, si el tiempo de pérdida es mayor o igual a 18 horas y si se acompaña de temperatura (Temp > 38°C).
71	EDAD GESTACIONAL AL PARTO	Registrar la edad gestacional al momento del parto, en semanas completas y días y marcar si el cálculo se basó en la FUM y/o en la ecografía.
72	PRESENTACIÓN / SITUACIÓN	Se refiere al tipo de presentación, “cefálica”, “pelviana” o “transversa” diagnosticada en el momento del inicio del trabajo de parto. Se marcará el círculo que corresponda
73	TAMAÑO FETAL ACORDE	Se refiere a la correspondencia entre el tamaño fetal estimado por maniobras clínicas y las semanas de edad gestacional. Marcar SI o NO según corresponda.
74	ACOMPAÑANTE (APOYO CONTINUO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO)	La HCP ha incorporado esta variable basada en el derecho que tiene toda mujer gestante a permanecer acompañada por quien ella quiera y en las evidencias científicas que indican mejores resultados clínicos en las mujeres que efectivamente tienen acompañamiento. Registrará la presencia durante el trabajo de parto (TDP) y/o parto (P) de una persona (familiar, amigo o personal de salud) que ofrece apoyo emocional, información, aliento y confort, en forma continua e individualizada a la gestante. No debe considerarse ‘acompañante’ al personal de salud que estuvo presente realizando únicamente evaluación clínica o administrando tratamientos. Registrar en la HCP quién y en qué período brinda el apoyo del acompañante. Las opciones son: Pareja, familiar, otro (incluye al personal de salud) y ninguno. Los períodos son: acompañante presente durante el trabajo de parto (TDP) y/o parto (P).



75	TRABAJO DE PARTO DETALLES EN PARTOGRAMA	Se registrará SI, cuando sea usado el partograma con curvas de alerta de CLAP/SMR u otro partograma, en caso contrario marcar NO.
76	PARTOGRAMA	<p>El CLAP/SMR ha diseñado un partograma con curvas de alertas para facilitar la vigilancia del trabajo de parto. Este partograma incorpora curvas diferentes, considerando las principales variables que influyen en la duración del parto: paridad, estado de las membranas ovulares y posición de la gestante durante el trabajo de parto.</p> <p>En caso de no usar partograma, la HCP incluye espacio para registrar los siguientes datos relacionados con la evolución del trabajo de parto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hora y minutos de la evaluación (hora, min) 2. Posición de la gestante al momento de la evaluación (caminando, decúbito dorsal [DD], decúbito lateral izquierdo [DLI], entre otras) 3. Presión arterial (PA) en mm de Hg. 4. Pulso en latidos por minuto. 5. Contracciones uterinas en 10 minutos (contr/10) 6. Dilatación cervical en centímetros. 7. Altura de la presentación (altura present.), se refiere a los planos de Hodge o estaciones de DeLee. 8. Variedad de posición (variedad posic.). Se refiere a la variedad de posición según definiciones obstétricas clásicas. Por ejemplo, OIIA, OIDA. 9. Presencia o no de meconio (meconio), si hay meconio marcar el triangulo amarillo respectivo. 10. Frecuencia cardiaca fetal (FCF) en latidos por minuto y presencia de dips (desceleraciones de la FCF) que se registrarán en el triángulo amarillo correspondiente. <p>La HCP tiene espacio para 5 evaluaciones, si se realizan más evaluaciones se recomienda utilizar una gradilla de registro adicional.</p>
77	NACIMIENTO	<p>Se refiere al estado vital del recién nacido al momento del parto.</p> <p>Registrar según corresponda:</p> <p>La definición de nacido Vivo y Muerto se encuentra en la sección ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muerto Anteparto: Se marcará cuando la muerte ocurra antes del inicio del trabajo de parto. Se define como trabajo de parto al conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen como finalidad la expulsión de un recién nacido viable, el mismo se identifica por una dilatación cervical de 2 o más



		centímetros y contracciones con una frecuencia de 3 o más en 10 minutos por más de una hora. <ul style="list-style-type: none"> • Muerto Parto: muerte que ocurrió durante el trabajo de parto (período de dilatación o expulsión). • Muerto Ignora momento: Si no se puede precisar el momento en que se produjo la muerte.
78	FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO	Marcar la hora y minutos del nacimiento, así como el día, mes y año.
79	MÚLTIPLE (NACIMIENTO MÚLTIPLE)	Registrar si el nacimiento corresponde a un nacimiento múltiple (NO/ SI). En caso de ser múltiple anotar el orden del nacimiento en el rectángulo correspondiente. En caso de no ser un embarazo múltiple anotar 0 en el rectángulo "orden". En caso de nacimientos múltiples debe llenarse una HCP individual para cada recién nacido. El primero tendrá el Orden=1, el segundo será Orden=2, y así sucesivamente. Los datos relacionados con la madre serán comunes pero se debe poner especial cuidado en registrar los datos individuales de cada recién nacido.
80	TERMINACIÓN	Registrar si la terminación del parto fue: espontánea, cesárea, fórceps, vacuum u otra.
81	INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO	Se registrará la causa o causas por las que se indicó la inducción, cesárea, fórceps o vacuum. La HCP incluye un espacio para la descripción completa de esta indicación y además ofrece rectángulos para anotar los códigos de las principales indicaciones, los que se encuentran resumidos en el reverso de la historia.
82	POSICIÓN PARTO	Indicar la posición de la paciente durante el período expulsivo: sentada, acostada o en cuclillas.
83	EPISOTOMÍA	Registrar si se realizó episiotomía (SI/NO)
84	INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO	Se registrará la causa o causas por las que se indicó la inducción, cesárea, fórceps o vacuum. La HCP incluye un espacio para la descripción completa de esta indicación y además ofrece rectángulos para anotar los códigos de las principales indicaciones, los que se encuentran resumidos en el reverso de la historia.
85	DESGARROS (GRADO I A 4)	En caso de producirse desgarros durante el parto marcar en el casillero correspondiente. Registrar el grado respectivo (1 a 4) en el rectángulo correspondiente.
86	OCITÓCICOS	Registrar si se utilizó ocitócicos en el prealumbramiento (prealumbr) o en el postalumbramiento (postalumbr). Prealumbramiento incluye el uso de ocitócicos antes de la expulsión de la placenta. Postalumbramiento incluye el uso de ocitócicos

		después de la salida de la placenta. En esta variable no se incluye el uso de ocitócicos para la inducción o estimulación de las contracciones uterinas. Dicho dato debe registrarse en la variable 'Medicación Recibida'.
87	PLACENTA	Se refiere a si la placenta se ha expulsado completa (SI/NO) o ha quedado retenida (SI/NO)
88	LIGADURA DEL CORDÓN	La ligadura precoz de cordón es una práctica que debe ser abandonada como rutinaria para la atención del neonato. Se considera ligadura precoz cuando ha ocurrido mientras el cordón está turgente y pulsando del lado placentario, en ese caso se debe marcar SI, marcar NO si la ligadura no fue precoz.
89	MEDICACIÓN RECIBIDA	Se refiere a la medicación administrada durante el trabajo de parto o parto. La lista incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Ocitócicos en trabajo de parto (ocitócicos en TDP) • Antibióticos (antibiot) • Analgesia, se refiere al uso de analgésicos intra venosos. • Anestesia local (anest. local) corresponde a la infiltración del periné con anestésicos locales. • Anestesia regional (anest. región.) incluye la analgesia peridural, raquídea y mixta. • Anestesia general (anest. gral.) • Transfusión, se refiere a sangre entera o hemoderivados (glóbulos, plaquetas, plasma). • Otros - Especificar el nombre y codificar haciendo uso de los códigos impresos en el reverso de la HCP Marcar (SI/NO) según corresponda. No incluye la administración de ocitocina en el alumbramiento que se describió anteriormente
90	ATENDIÓ	Se refiere al tipo de personal que atendió a la madre (PARTO). Marcar la casilla que corresponda (médico, obstétrica, enfermera, auxiliar, estudiante, empírica, otro) y a continuación anotar el nombre, iniciales o código.
91	ATENDIÓ	Se refiere al tipo de personal que atendió a la madre (PARTO). Marcar la casilla que corresponda (médico, obstétrica, enfermera, auxiliar, estudiante, empírica, otro) y a continuación anotar el nombre, iniciales o código.
SECCIÓN: ENFERMEDADES (PATOLOGÍAS MATERNAS)		
En esta sección de la HCP se registrarán todas las patologías ocurridas en el embarazo, parto y puerperio. Se recomienda llenarla conforme se vayan haciendo los diagnósticos. Es así que las complicaciones que aparecieron en el embarazo estarán registradas al momento del parto y aquellas que ocurran en el parto estarán ya registradas al momento		



del egreso donde se revisará y anotará cualquier complicación detectada en el puerperio. En la última columna de este recuadro hay tres grupos de rectángulos que permiten registrar hasta 3 códigos de otras patologías maternas.

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

Esta sección debe ser cuidadosamente revisada al momento del alta para asegurarse que todas las complicaciones han sido incluidas.

SECCIÓN: RECIÉN NACIDO

En caso de Muerte Fetal registrar Sexo, Malformaciones, Peso y Longitud al Nacer, Edad gestacional y marcar Nacimiento: Muerto - Anteparto o Parto (según corresponda).

Registrar además puntaje de Apgar al 1er min 00 y 5to min 00.

SEXO

Marcar el casillero que corresponda (Femenino, Masculino o No definido)

92	PESO AL NACER	Registrar el peso al nacer en gramos. Marcar el casillero amarillo si el peso es <2500 g o si es ≥ 4000 g
93	PERÍMETRO CEFÁLICO (P. CEFÁLICO)	Registrar la medida del perímetro cefálico en centímetros con un decimal.
94	LONGITUD	Registrar la longitud del recién nacido en centímetros con un decimal.
95	EDAD GESTACIONAL	Registrar la edad gestacional en semanas completas y días, también registrar si fue calculada a partir de la FUM o por ecografía. Si no se dispone de EG se puede utilizar la medición del perímetro cefálico del recién nacido, en este caso se marcará el círculo amarillo que dice 'Estimada'. Ver publicación CLAP/SMR 1562.
96	PESO PARA EDAD GESTACIONAL (PESO EG)	Se refiere al peso del recién nacido en relación a su edad gestacional, usando un patrón de referencia de la distribución de peso en las diferentes edades gestacionales. De acuerdo a donde se ubique en esta gráfica el recién nacido podrá ser catalogado como: "adecuado", "pequeño" o "grande" para la edad gestacional. APGAR (min) Registrar el puntaje de Apgar al 1er y 5to minuto de vida.
97	REANIMACIÓN	En este casillero la HCP incluye la lista de procedimientos que pueden ser utilizados durante la recepción/reanimación del recién nacido. Esta lista incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Estimulación (estimulac.). • Aspiración de boca y nariz. • Máscara.



		<ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno. • Masaje cardiaco (masaje) • Intubación endotraqueal (tubo) <p>Marcar todos los procedimientos realizados según corresponda.</p>
98	FALLECE EN LUGAR DE PARTO	La HCP permite registrar el estado del neonato nacido vivo durante su permanencia en la sala de partos. Marcar SI cuando el neonato nació vivo pero falleció en la sala de partos; de lo contrario, marcar NO
99	REFERIDO	Se refiere al destino del recién nacido luego de su recepción en sala de partos. Las posibilidades incluidas en la HCP son: <ul style="list-style-type: none"> • Enviado a alojamiento conjunto (aloj. Conj.) • Enviado a la unidad de neonatología ya sea intensiva o intermedia • Referido a otro establecimiento <p>Marcar según corresponda</p>
100	ATENDIÓ	Se refiere al tipo de personal que atendió al recién nacido (NEONATO). Marcar la casilla que corresponda (médico, obstétrica, enfermera, auxiliar, estudiante, empírica, otro) y a continuación anotar nombre, iniciales o código.
101	DEFECTOS CONGENITOS	La HCP incluye un espacio para consignar la presencia o ausencia de defectos congénitos. Si los hubiera, ver el reverso de la HCP para identificar el código que corresponde al defecto congénito detectado. Marcar los círculos amarillos si se trata de una malformación congénita mayor o menor. Se entiende por malformación mayor aquella capaz de producir la pérdida de la función del órgano sobre el cual asienta, por ejemplo agenesia del pulgar. Las malformaciones menores al no provocar la pérdida de función suelen ser especialmente estéticas (por ejemplo: papiloma preauricular).
102	ENFERMEDADES	Esta sección es para registrar otras enfermedades distintas a los defectos congénitos. Consultar el reverso de la HCP (Patología Neonatal) para identificar el código correspondiente. La HCP incluye espacio para registrar hasta 03 códigos y al lado proporciona espacio para escribir el detalle del diagnóstico. Tomar nota que además existen dos variables de resumen: 'Ninguna' (si no hubo patologías en el recién nacido desde el nacimiento hasta el alta) o '1 o más' en caso contrario. En aquellos RN que son ingresados a sala se registrará el formulario de hospitalización neonatal para ampliar la información.
103	TAMIZAJE NEONATAL	La principal justificación para la existencia del



		<p>tamizaje neonatal es la prevención de daño severo mediante el inicio de un tratamiento oportuno.</p> <p>La HCP incluye las siguientes pruebas de tamizaje:</p>
104	SÍFILIS	<p>Marcar negativo o positivo de acuerdo al resultado de la prueba realizada en sangre de cordón umbilical o posteriormente antes del alta neonatal. Anotar “no se hizo” cuando corresponda.</p> <p>Si el resultado de la prueba VDRL fue reactivo y se indicó tratamiento, marcar NO cuando el tratamiento indicado no se hizo, SI cuando el tratamiento indicado se realizó, N/C cuando no se indicó tratamiento y S/D cuando se desconoce si se realizó el tratamiento indicado.</p>
105	TSH (HIPOTIROIDISMO)	<p>Marcar “NO se hizo” cuando al alta de la maternidad se comprueba que no se realizó el examen. Cuando el examen fue realizado se marcará positivo cuando el valor exceda el rango normal para el laboratorio y negativo cuando el valor de TSH sea normal.</p>
106	ANEMIA FALCIFORME (FALCIF)	<p>De acuerdo a normas locales el tamizaje de anemia falciforme puede ser universal o selectivo a la población afrodescendiente (etnia negra).</p> <p>Se recomienda que sea universal cuando esta población de riesgo es mayor del 15%. Se registra “no se hizo” cuando el estudio de la anemia falciforme no fue realizado antes del alta. Cuando se realizó y se dispone del resultado se registra positivo o negativo según corresponda.</p>
107	BILIRRUBINA	<p>Es un tamizaje selectivo de los recién nacidos sanos que desarrollan ictericia moderada a intensa después del primer día de vida. La determinación cuantitativa de la bilirrubinemia permite identificar a los recién nacidos que se encuentran en riesgo de daño neurológico e iniciar un tratamiento oportuno. Se indica “no se hizo” cuando el recién nacido presenta ictericia pero no se realizó su determinación.</p> <p>El resultado de la determinación que no revela riesgo se marca como negativo y si presenta valores elevados para la edad en horas se marcará como positivo. Ver publicación CLAP/SMR 1562.</p>
108	TOXOPLASMOSIS NEONATAL (TOXO IGM)	<p>De acuerdo a las normas locales que indiquen el tamizaje neonatal de toxoplasmosis en sangre de cordón umbilical, se marcará “no se hizo” cuando la prueba no fue realizada. Si la prueba fue realizada se anotará negativo o positivo según el resultado de la determinación.</p>



109	MECONIO	Registrar en este recuadro si el neonato ha expulsado meconio en el primer día de vida. Marcar (SI/NO) según corresponda.
110	MECONIO	Registrar en este recuadro si el neonato ha expulsado meconio en el primer día de vida. Marcar (SI/NO) según corresponda.
<p>SECCIÓN: PUERPERIO</p> <p>CONTROL PUERPERIO</p> <p>Este sector está destinado al registro de los controles del puerperio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Día, hora: al momento del examen puerperal. • Temperatura (T°C): temperatura al momento del examen en centígrados y décimas (ej.: 36,4) • Pulso. Número de latidos por minuto • Presión arterial (PA): en mm de Hg. • Involución uterina (invol. uter): Se refiere a si existe o no globo de seguridad de Pinard y el grado de involución del útero contraído (cont), flácido (flac), u otra característica según uso local de registro. • Loquios: según sus características, olor, cantidad, presencia de coágulos, etc. 		
111	ANTIRUBEOLA POSTPARTO	Se refiere a si es necesario administrar la vacuna antirubeólica en el posparto en mujeres con historia que no han sido inmunizadas previamente. Esta medida preventiva busca proteger al siguiente embarazo. Marcar “no corresponde” si la paciente tiene la vacuna vigente y por lo tanto, no fue necesario vacunarla. Marcar (SI) cuando la mujer debía recibir la vacuna y es vacunada al alta y se marcará (NO) cuando una mujer que debía ser vacunada es dada de alta sin recibir la vacuna.
112	GAMAGLOBULINA ANTES DEL ALTA (GLOBULINA)	Cuando se trata de una mujer Rh negativo no inmunizada (no tiene anticuerpos anti D) y su recién nacido es Rh positivo deberá recibir globulina hiperinmune anti D antes de los 72 horas del nacimiento. Se marcará (SI) si siendo Rh negativo no inmunizada recibió globulina anti D. Se marcará (NO) cuando siendo Rh negativo no inmunizada no recibió globulina anti D. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar (N/C) no corresponde; igualmente si se trata de un recién nacido Rh.
113	GAMAGLOBULINA ANTES DEL ALTA (GLOBULINA)	Cuando se trata de una mujer Rh negativo no inmunizada (no tiene anticuerpos anti D) y su recién nacido es Rh positivo deberá recibir globulina hiperinmune anti D antes de los 72 horas del nacimiento. Se marcará (SI) si siendo Rh negativo no inmunizada recibió globulina anti D. Se marcará (NO) cuando siendo Rh negativo no inmunizada no recibió globulina anti D. En caso de mujer Rh



		positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar (N/C) no corresponde; igualmente si se trata de un recién nacido Rh.
<p>SECCIÓN: EGRESO DEL RECIÉN NACIDO En todos los casos en que el recién nacido es derivado a otro servicio o institución diferente a la maternidad en donde nació y se llenó la HCP, se deberán establecer los mecanismos necesarios para tener conocimiento acerca de la evolución del neonato. En particular, la HCP debe quedar disponible hasta el alta definitiva del recién nacido, para registrar en la propia historia el estado (vivo o fallece), su peso y fecha al alta. EGRESO RN debe llenarse en todos los nacidos vivos. No debe llenarse en caso de aborto o nacido muerto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el niño nació vivo y sigue vivo al momento del alta, entonces EGRESO RN debe incluir la fecha y hora del alta. Además debe marcarse el círculo 'vivo' • Si el niño nació vivo pero por alguna complicación requiere ser trasladado a otro establecimiento, entonces EGRESO RN debe incluir la fecha y hora de la transferencia. Además debe marcarse el círculo 'traslado' y anotar el código que identifique el lugar • Si el niño nació vivo y muere, el EGRESO RN debe incluir la fecha y hora del fallecimiento, además de marcarse el círculo 'fallece'. Si el fallecimiento ocurre fuera del lugar de nacimiento, debe figurar claramente el código del otro establecimiento. <p>En caso de ABORTO y de MUERTE FETAL, esta sección queda en blanco. Para el caso de los traslados o referencias, se registra en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fallece durante o en lugar de traslado: Marcar según corresponda (SI/NO). <p>EDAD EGRESO EN DIAS COMPLETOS (Vivo o muerto). Si es dentro de las primeras 24 horas registrar 00 y marcar el círculo "< 1 día".</p>		
114	ALIMENTO AL ALTA	Indicar el tipo de alimentación que el niño ha recibido en las últimas horas de su estadía en la institución: <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna exclusiva (lact. excl.): Sólo ha recibido leche materna y ningún otro líquido o leche artificial • Lactancia no exclusiva (parcial): recibió leche materna y además líquida o leche artificial • Leche artificial.
115	PESO AL EGRESO	Anotar el peso del recién nacido en gramos al momento del alta de la institución.
116	BOCA ARRIBA	Se refiere a si la madre ha recibido información sobre los beneficios de colocar al recién nacido boca arriba cuando se encuentra en la cuna. Marcar si la madre ha recibido esta información (SI/NO) BCG Marcar (SI/NO) si el neonato ha recibido o no la vacuna BCG antes del alta.
117	CERTIFICADO RECIEN NACIDO	Este espacio es para el registro del número de certificado de nacimiento otorgado.
118	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO	Este espacio es para el registro del número de historia clínica otorgado por el establecimiento.
119	RESPONSABLE	Anotar el nombre del médico responsable del alta del RN.
120	RESPONSABLE	Anotar el nombre del médico responsable del alta del RN.
SECCIÓN: EGRESO MATERNO		



EGRESO MATERNO

Se refiere al estado al momento del alta (viva o fallece).

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

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

- Fallece durante o en lugar de traslado: Marcar según corresponda (SI/NO)
- Edad en días completos en que ocurrió el fallecimiento.

121	DIAS COMPLETOS DESDE EL PARTO:	Registrar días completos desde el parto al egreso
120	RESPONSABLE	Completar con apellido y nombre, iniciales o código del técnico responsable del alta.
122	RESPONSABLE	Completar con apellido y nombre, iniciales o código del técnico responsable del alta.



6.- NOTAS DE EVOLUCIÓN

Notas de Evolución						1/ HOJA No.	de
2/ UNIDAD MÉDICA:					3/ EXPEDIENTE:		
4/ NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))			5/ EDAD:	6/ GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO			
7/ SIGNOS VITALES							
T/A	TEMP	FREC. C.	FREC R.	PESO	TALLA		
8/ FECHA Y HORA		9/ NOTAS DE EVOLUCIÓN					



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

NOTAS DE EVOLUCION

Objetivo:

Registrar el estado de salud del paciente y cómo va evolucionando a los tratamientos suministrados.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original, y se queda dentro del Expediente Clínico.

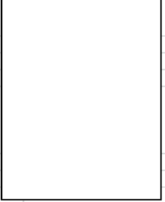


No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	HOJA NO.	Anotar el número de la foja.
2	UNIDAD MÉDICA	Nombre completo de la Unidad Médica donde se requisita la nota de evolución.
3	EXPEDIENTE	Número del expediente del paciente.
4	NOMBRE DEL PACIENTE	Nombre completo del paciente en el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s).
5	EDAD	Edad del paciente.
6	GÉNERO	Refiere el género del usuario, colocando una x en el cuadro que corresponda.
7	SIGNOS VITALES	Anotar la tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, peso y talla del paciente.
8	FECHA Y HORA	Fecha y hora en la que se realiza el registro de la Nota de Evolución.
9	NOTAS DE EVOLUCIÓN	Fecha y hora en la que se realiza el registro de la Nota de Evolución.



7. HISTORIA CLÍNICA PARA EL RECIEN NACIDO

Historia Clínica para el Recién Nacido			
JURISDICCIÓN: (1)		No. EXPEDIENTE: (2)	
UNIDAD MÉDICA: (3)		FECHA: (4)	
FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
APELLIDOS DEL RECIÉN NACIDO: (5)		GÉNERO: (6) FEMENINO () MASCULINO ()	
NOMBRE DE LA MADRE: (7)		EDAD: (8) AÑOS	
DIRECCIÓN: (9)		NÚMERO DE TELÉFONO: (10)	
FECHA DE NACIMIENTO: (11)		LUGAR DE NACIMIENTO Y HORA: (12)	
ANTECEDENTES HEREDO- FAMILIARES (13)			
<input type="radio"/> DIABETES <input type="radio"/> HIPERTENSIÓN <input type="radio"/> CARDIOVASCULARES <input type="radio"/> RENALES <input type="radio"/> HEPÁTICOS <input type="radio"/> NEOPLASIAS <input type="radio"/> TB ESPECIFIQUE: _____ OTROS: _____			
ANTECEDENTES PREGESTACIONALES (14)			
HISTORIA OBSTÉTRICA:			
GESTAS: _____ HIJOS VIVOS: _____ PARTOS: _____ CESÁREAS: _____ ABORTOS: _____ ECTÓPICO: _____ ÓBITO: _____ MOLLA: _____ ESCOLARIDAD DEL PADRE: _____ ESCOLARIDAD DE LA MADRE: _____ CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA: <input type="radio"/> BUENA <input type="radio"/> REGULAR <input type="radio"/> MALA CASA: <input type="radio"/> MADERA <input type="radio"/> CONCRETO <input type="radio"/> INTEMPERIE PISO: <input type="radio"/> MADERA <input type="radio"/> CEMENTO <input type="radio"/> TIERRA HABITACIONES: _____ No. HABITANTES: _____ VENTILACIÓN: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO LUZ ELÉCTRICA: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO AGUA POTABLE: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO DRENAJE: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ESTADO NUTRICIONAL DE LA MADRE: <input type="radio"/> BUENO <input type="radio"/> REGULAR <input type="radio"/> MALO RECIBIÓ LA MADRE ALGUNA INMUNIZACIÓN EN EL EMBARAZO: _____ INMUNIZACIÓN: _____ DOSIS: _____ TABAQUISMO: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO EVOLUCIÓN: _____ ALCOHOLISMO: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO TOXICOMANÍAS: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO EVOLUCIÓN: _____ EVOLUCIÓN: _____			
ANTECEDENTES PRENATALES (15)			
GRUPO Y RH DE LA MADRE: _____		GRUPO Y RH DEL PADRE: _____	
No. CONTROL PRENATAL: _____		A PARTIR DE QUE SEMANA: _____	
ALTERACIONES DETECTADAS DURANTE EL EMBARAZO: <input type="radio"/> OLIGOHIDRAMNIOS <input type="radio"/> POLIHIDRAMNIOS <input type="radio"/> RETRASO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO PATOLOGÍAS DURANTE EMBARAZO: <input type="radio"/> RUBEOLA <input type="radio"/> TOXOPLASMOSIS <input type="radio"/> CITOMEGALOVIRUS <input type="radio"/> PRE ECLAMPSIA <input type="radio"/> ECLAMPSIA <input type="radio"/> DIABETES GESTACIONAL <input type="radio"/> DIABETES MELLITUS <input type="radio"/> OTRA: _____ FÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO: _____ FÁRMACO: _____ DOSIS: _____			
ANTECEDENTES INTRANATALES (16)			
ANTECEDENTES DEL PARTO:			
TIPO DE PARTO: <input type="radio"/> EUTÓCICO <input type="radio"/> DISTÓCICO		<input type="radio"/> RPM (RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA)	
DURACIÓN: _____		<input type="radio"/> PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL	
CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO: _____			
CARACTERÍSTICAS DE LA PLACENTA: _____			
ANTECEDENTES POSTNATALES (17)			
EDAD GESTACIONAL: _____		SDG POR CAPURRO _____	
ALIMENTACIÓN DEL NEONATO: <input type="radio"/> LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> FÓRMULA		APGAR _____ SILVERMAN _____	
TAMIZ REALIZADO: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		PORQUE? _____	
IMUNIZACIONES: _____			
APLICACIÓN DE VITAMINA K: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		CLORANFENICOL OFTÁLMICO: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
ANTECEDENTES NEONATALES: <input type="radio"/> APNEAS		<input type="radio"/> SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	
<input type="radio"/> CONVULSIONES		<input type="radio"/> HIPOGLUCEMIA	
<input type="radio"/> HEMORRAGIA			
EXPLORACIÓN FÍSICA (18)			
SIGNOS VITALES			
FRECUENCIA CARDÍACA _____ X'		FRECUENCIA RESPIRATORIA _____ X'	
		TEMPERATURA _____ °C	
SOMATOMETRÍA			
PESO: _____	TALLA: _____	PC: _____	PT: _____ PA: _____ SI: _____ PIE: _____



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO		ISEM	
EXPLORACIÓN REGIONAL (13)			
COLOR DE PIEL: _____	FASCIES: _____	MOVIMIENTOS ANORMALES: _____	
LESIONES DÉRMICAS: _____	POSTURA: _____	TIPO DE RESPIRACIÓN: _____	
SIGNOS ABDOMINALES: _____			
CABEZA:			
SIN ALTERACIÓN: _____	CEFALOHEMATOMA: _____	CAPUT SUCCEDANEUM: _____	
TONO DE FONTANELAS: _____			
OJOS:			
SIN ALTERACIONES: _____	CONJUNTIVITIS: _____		
OREJAS:			
IMPLANTACIÓN ADECUADA: _____	IMPLANTACIÓN BAJA: _____	CONDUCTO AUDITIVO: _____	
NARIZ:			
SIN ALTERACIÓN: _____	PERMEABLE: _____	SECRECIONES: _____	ALETEO NASAL: _____
BOCA:			
SIN ALTERACIÓN: _____	LABIO LEPORINO: _____	PALADAR HENDIDO: _____	DIENTES: _____
LENGUA:			
SIN ALTERACIÓN: _____	MICROGNATIA: _____	OTRA: _____	
CUELLO:			
SIN ALTERACIONES: _____	OTRO: _____		
TÓRAX:			
SIN ALTERACIONES: _____	HIPERTROFIA DE MAMAS: _____	SECRECIÓN LÁCTEA: _____	
PEZONES SUPERNUMERARIOS: _____			
ABDOMEN:			
SIN ALTERACIONES: _____	HERNIA UMBILICAL: _____	CARACTERÍSTICAS DEL CORDÓN UMBILICAL: _____	
PELVIS			
SIN ALTERACIONES: _____	LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA: _____		
GENITALES			
SIN ALTERACIONES: _____	HIPERTROFIA DE CLÍTORIS _____	CRECIMIENTO PENEANO: _____	HIPOSPADIAS: _____
HIDROCELE: _____	CRIPTORQUIDIA: _____	PERMEABILIDAD ANAL: _____	OTRO: _____
EXTREMIDADES:			
TONO MUSCULAR: _____	MOVILIDAD: _____	TAMAÑO: _____	POLIDACTILIA: _____
FRACTURA: _____	PIE EQUINO VARGO: _____	OTRO: _____	SINDACTILIA: _____
MANIOBRA DE BARLOW Y ORTOLANI: _____			
REFLEJOS (20)			
BÚSQUEDA: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	DEGLUCIÓN: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	SUCCIÓN: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	MORO: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
MARCHA: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	BABINSKI: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
APEGO (21)			
APEGO: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
HUELLAS DEL RECIÉN NACIDO Y DE LA MADRE (22)			
			
HUELLA DEL DEDO PULGAR DE LA MADRE	HUELLA DEL DEDO PULGAR DEL RECIÉN	HUELLA PLANTAR DEL RECIÉN NACIDO	
ENFERMERA OBSTÉTRA/PERINATAL (23)			
(NOMBRE, FIRMA y No. CÉDULA PROFESIONAL)			



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: HISTORIA CLÍNICA PARA EL RECIÉN NACIDO		
Objetivo: Contar con un documento legal en donde se registre la ficha de identificación, antecedentes heredofamiliares, pregestacionales, prenatales, intranatales, postnatales, exploración física y regional del usuario.		
Distribución y Destinatario: Se elabora en original y se integra en el expediente clínico del usuario.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	JURISDICCIÓN	Registrar el número y nombre completo de la Jurisdicción Sanitaria a la cual corresponde la unidad.
2	No. EXPEDIENTE	Registrar el número del expediente clínico asignado al usuario.
3	UNIDAD MÉDICA	Registrar el tipo y nombre de la unidad médica donde se da la atención.
4	FECHA	Registrar con números arábigos día, mes y año la fecha. Utilizando dos números para el día, dos para el mes y cuatro para el año. Ejemplo 09/04/2014.
5	APELLIDOS DEL RECIÉN NACIDO	Registrar los apellidos completos de la madre iniciando por apellido paterno y materno.
6	GÉNERO	Registrar con una X en el rubro correspondiente Femenino o Masculino.
7	NOMBRE DE LA MADRE	Registrar apellidos completos y nombre de la madre, iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s).
8	EDAD DE LA MADRE	Registrar con números arábigos la edad cumplida en años.
9	DIRECCIÓN	Registrar la dirección de la madre: Calle, Número exterior e interior, Colonia, Municipio o localidad y Código postal.
10	NÚMERO DE TELÉFONO	Registrar el número de teléfono fijo o celular, incluir lada. En caso de no tener teléfono registrar un número donde se pueda localizar.



11	FECHA DE NACIMIENTO	Registrar con números arábigos día, mes, año y hora de nacimiento. Utilizando dos números para el día, dos para el mes y cuatro para el año. Ejemplo: 09/04/2014 y la hora de nacimiento tomando en cuenta 24hrs. Ejemplo: 18:00 hrs
12	LUGAR DE NACIMIENTO Y HORA	Registrar el lugar de nacimiento (Estado y Municipio o localidad)
13	ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES	Registrar con una X el círculo correspondiente a los antecedentes heredofamiliares (Diabetes, Hipertensión, Cardiovasculares, Renales, Hepáticos, Neoplasias, Tuberculosis) especifique y otros.
14	ANTECEDENTES PREGESTACIONALES	Historia obstétrica: Registrar número de gestas, hijos vivos, partos, cesáreas, abortos, ectópico, óbito y mola con números arábigos.
15	ANTECEDENTES PRENATALES	Grupo y RH de la madre: Registrar el grupo sanguíneo y RH de la madre. Grupo y RH del padre: Registrar el grupo sanguíneo y RH del padre. No. Control prenatal: Registrar el número de consultas prenatales que recibió en la Unidad Médica. A partir de que semana: Registrar las semanas de gestación que tenía cuando acudió a su primera consulta prenatal.



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
15	ANTECEDENTES PRENATALES	<ul style="list-style-type: none">➤ Alteraciones detectadas durante el embarazo: Registrar con una X el círculo correspondiente a las alteraciones detectadas durante el embarazo: Oligohidramnios, polihidramnios o retraso de crecimiento intrauterino (RCI).➤ Patologías durante el embarazo: Registrar con una X el círculo correspondiente a las patologías durante el embarazo: Rubeola, toxoplasmosis, citomegalovirus, pre eclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, diabetes mellitus y otra especifique.➤ Fármacos durante el embarazo: Registrar el nombre del fármaco que consumió durante el embarazo y dosis.
16	ANTECEDENTES INTRANATALES	<p>ANTECEDENTES DEL PARTO:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Tipo de parto: Registrar con una X el círculo correspondiente a tipo de parto eutócico o distócico.➤ Ruptura prematura de membrana: Registrar con una X el círculo correspondiente a ruptura prematura de membranas y registrar en el rubro correspondiente su duración.➤ Características del líquido amniótico: Registrar las características del líquido amniótico (Cantidad, color, olor y/o meconio).➤ Características de la placenta: Registrar las características de la



		placenta (Completa, incompleta, espontanea, dirigida y tipo de obtención).
17	ANTECEDENTES POSTNATALES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Edad gestacional por Capurro: Registrar las semanas de gestación de acuerdo a la valoración de Capurro. ➤ Apgar: Registrar el puntaje al minuto y a los 5 minutos del método Apgar. Ejemplo: 8/9 ➤ Silverman: Registrar la calificación a la actividad respiratoria. Ejemplo: 0, 1, 2. ➤ Alimentación del neonato: Registrar con una X el círculo correspondiente a la alimentación del neonato: Lactancia materna o formula y porque la indicación. ➤ Vitamina K: Registrar con una X el círculo correspondiente a Si o No se ministro. <p>Cloranfenicol: Registrar con una X el círculo correspondiente a Sí o No se ministro.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vitamina A: Registrar con una X el círculo correspondiente a Si o No se ministro. ➤ Cloranfenicol Oftálmico: Registrar con una X el círculo correspondiente a Sí o No se ministro ➤ Antecedentes neonatales: Registrar con una X el círculo correspondiente a antecedentes neonatales (Apneas, Síndrome de dificultad respiratoria, Hemorragia, Convulsiones e Hipoglucemia).



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
18	EXPLORACION FISICA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Signos vitales: Registrar los valores obtenidos en frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura. ➤ Somatometria: Registrar los valores obtenidos en peso, talla, perímetro cefálico, perímetro torácico, perímetro abdominal, segmento inferior y pie.
19	EXPLORACION REGIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Color de piel: Registrar en el rubro correspondiente la coloración de la piel ejemplo: rosado, cianótico, icterico etc. ➤ Fascies: Registrar en el rubro correspondiente a simétrico o asimétrico. ➤ Movimientos anormales: Registrar en el rubro correspondiente el movimiento anormal ejemplo: involuntario, rigidez, temblor etc. y en caso de no presentar movimientos anormales registrar NO. ➤ Lesiones dérmicas: Registrar en el rubro correspondiente la lesión dérmica. Ejemplo: Eritema toxico, lanugo, cutis marmorata, vérnix caseosa, melanosis pustulosa, acné neonatal, descamación fisiológica de la piel, mancha mongólica o de Baltz, etc. y en caso de no presentar lesiones dérmicas registrar NO. ➤ Postura: Registrar en el rubro correspondiente la postura ejemplo: simétrica o asimétrica. ➤ Tipo de respiración: Registrar en el rubro correspondiente el tipo de



		<p>respiración ejemplo: normal, irregular, apnea, bradipnea, taquipnea o disnea.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Signos abdominales: Registrar en el rubro correspondiente el signo abdominal ejemplo: distensión abdominal etc. y en caso de no presentar signos abdominales registrar NO.➤ CABEZA: Registrar con una X en el rubro sin alteraciones si no los presenta.➤ Cefalohematoma: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta.➤ Caput Succedaneum: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta.➤ Tono de fontanelas: Registrar en el rubro correspondiente el tono de la fontanela. Ejemplo: Normal, elevada o deprimida. <p>OJOS: Registrar con una X en el rubro correspondiente sin alteraciones si no los presenta.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Conjuntivitis: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta.
--	--	---



No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
19	EXPLORACION REGIONAL	<p>OREJAS:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Implantación adecuada: Registrar en el rubro correspondiente Si o No se encuentra.➤ Implantación baja: Registrar en el rubro correspondiente Si o No se encuentra.➤ Conducto auditivo: Registrar en el rubro correspondiente las características observadas con la ayuda de un otoscopio ejemplo: cerumen, tímpano en movimiento etc. <p>NARIZ: Registrar con una X en el rubro sin alteraciones si no los presenta.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Permeable: Registrar en el rubro correspondiente Si o No se encuentra.➤ Secreciones: Registrar en el rubro correspondiente Si o No se encuentran.➤ Aleteo nasal: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta. <p>BOCA: Registrar con una X en el rubro sin alteraciones si no los presenta.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Labio leporino: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta.➤ Paladar hendido: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta.➤ Dientes: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta. <p>LENGUA: Registrar con una X en el rubro sin alteraciones si no los presenta.</p>



		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Micrognatia: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta. ➤ Otra: Registrar en el rubro correspondiente otra alteración encontrada en caso de no presentar registrar NO. <p>CUELLO: Registrar con una X en el rubro sin alteraciones si no los presenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Otro: Registrar en el rubro correspondiente otra alteración encontrada en caso de no presentar registrar NO. <p>TÓRAX: Registrar con una X en el rubro sin alteraciones si no los presenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hipertrofia de mamas: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta. ➤ Secreción láctea: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta. ➤ Pezones supernumerarios: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta. <p>ABDOMEN: Registrar con una X en el rubro correspondiente si no los presenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hernia umbilical: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta. ➤ Deformidades de parrilla costal: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta. ➤ Soplo: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta.
--	--	---



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
19	EXPLORACIÓN REGIONAL	<p>➤ Características del cordón umbilical: Registrar las características del cordón umbilical. Ejemplo: 2 arterias 1 vena etc.</p> <p>PELVIS: Registrar con una X en el rubro sin alteraciones si no los presenta.</p> <p>➤ Luxación congénita de cadera: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta.</p> <p>GENITALES: Registrar con una X en el rubro correspondiente sin alteraciones si no los presenta.</p> <p>➤ Hipertrofia de clítoris: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta.</p> <p>➤ Crecimiento peneano: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta.</p> <p>➤ Hipospadias: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta.</p> <p>➤ Hidrocele: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta.</p> <p>➤ Criptorquidia: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta.</p> <p>➤ Permeabilidad anal: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta.</p> <p>➤ Otro: Registrar en el rubro correspondiente otra alteración encontrada en caso de no presentar registrar NO.</p> <p>EXTREMIDADES: ➤ Tono muscular: Registrar en el rubro</p>



		<p>correspondiente el tono muscular encontrado ejemplo: normal, hipotonía etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Movilidad: Registrar en el rubro correspondiente el tipo de movimiento ejemplo: normal o anormal. ➤ Tamaño: Registrar en el rubro correspondiente el tamaño de las extremidades ejemplo: simétrico, asimétrico etc. ➤ Polidactilia: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta. ➤ Sindactilia: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta. ➤ Pie equino varo: Registrar en el rubro correspondiente Si o No presenta. ➤ Otro: Registrar en el rubro correspondiente otra alteración encontrada en caso de no presentar Registrar NO. ➤ Maniobra de Barlow y Ortolani: Registrar el resultado obtenido positivo (+) o negativo (-).
--	--	---

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
20	REFLEJOS	Registrar con una X el círculo correspondiente Si o No se encuentra presente el reflejo de búsqueda, deglución, succión, moro, marcha, babinsky.
21	APEGO	Registrar con una X el círculo correspondiente Si o No se realizó apego inmediato.
22	HUELLAS DEL RECIEN NACIDO Y DE LA MADRE	Colocar la huella del dedo pulgar derecho de la madre en el cuadro correspondiente. Colocar la huella del dedo pulgar derecho del



		recién nacido en el cuadro correspondiente. Colocar la huella plantar derecha del recién nacido.
23	NOMBRE, FIRMA Y NÚMERO DE LA CÉDULA PROFESIONAL DE LA ENFERMERA OBSTETRA O PERINATAL	Registrar nombre y apellidos completos de la enfermera obstetra o perinatal iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s). Firmar y Registrar su cédula profesional.



8.PARTOGRAMA

Partograma

UNIDAD MÉDICA:					FECHA:	HORA:
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)):					EXPEDIENTE:	
EDAD:	GESTA:	PARA:	CESAREAS:	ABORTOS:	NÚM. DE HIJOS VIVOS:	
FECHA DEL ÚLTIMO PARTO/CESAREA:	FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN:	FECHA PROBABLE DE PARTO:		SEMANAS DE GESTACIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL:		
CONTROL PRENATAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NÚM. DE CONSULTAS:	DÓNDE:		NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES EN ESTE HOSPITAL:		

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO ACTUAL:

TRATAMIENTO ADMINISTRADO:

ACTIVIDAD UTERINA		SANGRADO TRANSVAGINAL		RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	
FECHA Y HORA DE INICIO:	CONTRACCIONES EN 10'	FECHA Y HORA DE INICIO:	<input type="checkbox"/> NO	FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ:	<input type="checkbox"/> NO
MOVIMIENTO FETAL:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> AUMENTADO <input type="checkbox"/> DISMINUIDO	EDEMA:		<input type="checkbox"/> SI	FECHA DE INICIO
	<input type="checkbox"/> NO DESDE CUÁNDO			<input type="checkbox"/> NO	
TENSIÓN ARTERIAL:	TEMPERATURA: °C	FRECUENCIA RESPIRATORIA: X'	FRECUENCIA CARDIACA: X'		
FECUENCIA CARDIACA FETAL	<p>FOCO ALTURA</p>	<p>DILATACIÓN Y POSICIÓN</p>	<p>ALTURA DE LA PRESENTACIÓN</p>		
RITMO:					
TONO UTERINO:					
CERVIZ:					
DILATACIÓN: cm					
BORRAMIENTO: %					
PRESENTACIÓN:					
PELVIS ÚTIL NO ÚTIL					
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:					
INDICACIONES MÉDICAS:					
	ALTURA DEL ÚTERO	DILATACIÓN	ALTURA/ PRESENTACIÓN		

MÉDICO RESPONSABLE

(NOMBRE Y FIRMA)



UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA

FECHA:															
HORA:															
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	160														
	140														
	120														
CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS															
MIL/UNIDADES															
TENSIÓN ARTERIAL															
PULSO															
TEMPERATURA															
DILATACIÓN EN CENTÍMETROS	10														
	9														
	8														
	7														
	6														
	5														
	4														
	3														
	2														
	1														
HORAS DE LABOR		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
ALTURA DE LA PRESENTACIÓN	I														
	II														
	III														
	IV														



9.- REGISTRO CLINICO DE ENFERMERIA EN EL POST PARTO



Registro Clínico de Enfermería en el Post Parto

JURISDICCIÓN: (1)	No. EXPEDIENTE: (2)
UNIDAD MÉDICA: (3)	FECHA: (4)
NOMBRE DE USUARIA: (5)	EDAD: (6)

ACOMPañAMIENTO (7)	AMNIOREXIS (8)	DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO (9)	POSICIÓN DEL PARTO (10)
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ESPONTÁNEA <input type="checkbox"/> ARTIFICIAL FECHA: / / HORA: _____ HRS.	1er. PERIODO _____ HRS. 2do. PERIODO _____ HRS. 3er. PERIODO _____ HRS.	<input type="checkbox"/> VERTICAL <input type="checkbox"/> HORIZONTAL () CUCLILLAS () LITOTOMIA () PARADA () LATERAL () SENTADA OTRAS:
CARACTERÍSTICAS DE LÍQUIDO AMNIÓTICO:			

ANESTESIA (11)	EPISIOTOMÍA (12)	DESGARRO (13)	
<input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> SIN NESTESIA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> LATERAL	<input type="checkbox"/> PRIMER GRADO <input type="checkbox"/> SEGUNDO GRADO <input type="checkbox"/> TERCER GRADO <input type="checkbox"/> CUARTO GRADO	<input type="checkbox"/> CÉRVIX <input type="checkbox"/> VAGINA <input type="checkbox"/> ANAL <input type="checkbox"/> PERINÉ <input type="checkbox"/> OTRA ESPECIFIQUE: _____

TIPO DE PARTO (14)	CORDÓN UMBILICAL (15)	PLACENTA (16)
<input type="checkbox"/> EUTÓCICO <input type="checkbox"/> DISTÓCICO ESPECIFIQUE:	<input type="checkbox"/> CIRCULAR <input type="checkbox"/> NO CIRCULAR ESPECIFIQUE:	HORA DE ALUMBRAMIENTO _____ HRS. <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/> INCOMPLETA <input type="checkbox"/> DIRIGIDA <input type="checkbox"/> ESPONTÁNEA TIPO DE OBTENCIÓN:

REVISIÓN DE CAVIDAD (17)
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFIQUE: _____

SIGNOS VITALES (18)			
FRECUENCIA CARDÍACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TENSIÓN ARTERIAL

NOTA DE ENFERMERÍA: (19)

NOMBRE, FIRMA Y No. CÉDULA PROFESIONAL DE LA ENFERMERA PERINATAL/OBSTÉTRA: (20) _____

NOMBRE, FIRMA Y No. CÉDULA PROFESIONAL DE LA ENFERMERA CIRCULANTE: (21) _____

NOMBRE, FIRMA Y No. CÉDULA PROFESIONAL SUBJEFA (E) DE ENFERMERÍA: (22) _____



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA EN EL POST-PARTO

(217B20000-014-013)

Objetivo: Contar con un documento legal en donde se describan los hallazgos durante la atención del parto dentro de la UNEME Maternidad.

Distribución y Destinatario: Este formato se deberá llenar con letra de molde, de manera legible y a tinta color negro por las Enfermeras Obstetra y/o Perinatal que realicen la atención del parto una vez que haya terminado el procedimiento obstétrico dentro de la

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	JURISDICCIÓN	Registrar nombre de la Jurisdicción Sanitaria de la cual depende la unidad.
2	No. DE EXPEDIENTE	Registrar el número de expediente clínico de la usuaria.
3	UNIDAD MÉDICA	Registrar el nombre completo de la unidad médica donde se elabora el formato.
4	FECHA	Registrar la fecha iniciando por el día, mes, año, en que fue requisitada la hoja.
5	NOMBRE DE LA USUARIA	Registrar el nombre de la usuaria, iniciando con apellido paterno, materno y nombre(s).
6	EDAD	Registrar con números arábigos los años cumplidos de la usuaria.
7	ACOMPAÑAMIENTO	Registrar con una "X" según corresponda si la mujer estuvo acompañada en el parto por un familiar o apoyo externo o no).
8	AMNIOREXIS	Registrar con una "X" si la ruptura de membranas fue espontánea o artificial, especificar fecha y hora. Registrar las características del líquido amniótico (olor, color, cantidad y/o meconial).
9	DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	Registrar la duración de cada periodo del trabajo de parto.
10	POSICIÓN DEL PARTO	Registrar con una "X" en el recuadro correspondiente la posición del parto: vertical (cucullas, parada sentada), u horizontal (litotomía, lateral).
11	ANESTESIA	Registrar con una "X", en el caso que se haya utilizado anestesia local o no.
12	EPISIOTOMIA	Registrar con una "X" el rubro que corresponda.
13	DESGARRO	Registrar con una "X" en caso de haber presentado desgarro especificando el tipo de acuerdo a la clasificación Grado I,II,III y IV así como el lugar donde se



		ubique (cérvis, vagina, anal, periné).
14	TIPO DE PARTO	Registrar con una "X" en el recuadro correspondiente cuando el parto fue eutócico, distócico o si se presentaron complicaciones (causas).
15	CORDÓN UMBILICAL	Registrar con una "X" en el recuadro que corresponda, si existe o no circular de cordón, especificando las características del cordón umbilical, sitio donde se encuentra, si es laxo o apretado, malformaciones, nudos, etc.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
16	PLACENTA	Registrar la hora del alumbramiento (nacimiento de la placenta) respetando el formato de reloj de 24 horas (18:00 horas) Registrar con "X" en el recuadro según corresponda, completa, incompleta, dirigida o espontánea. Registrar el tipo de obtención Baudeluque Duncan o Baudeluque Schuitze.
17	REVISIÓN DE CAVIDAD	Registrar con una "X" en el recuadro que corresponda y especificar las características tras la revisión.
18	SIGNOS VITALES	Registrar los signos vitales de la usuaria. En las primeras 2 horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, posteriormente cada 8 horas.
19	NOTA DE ENFERMERÍA	Registrar cualquier eventualidad durante el trabajo de parto.
20	NOMBRE, FIRMA Y No. DE CÉDULA DE LA ENFERMERA PERINATAL/OBSTETRA	Registrar en este espacio el nombre completo sin abreviaturas, cédula profesional y firma en el espacio continuo de la licenciada responsable de la atención del parto.
21	NOMBRE, FIRMA Y No. DE CÉDULA DE LA ENFERMERA CIRCULANTE	Registrar en este espacio el nombre completo sin abreviaturas, cédula profesional y firma en el espacio continuo de la licenciada responsable de circular en la atención del parto.
22	NOMBRE, FIRMA Y No. DE CÉDULA DE LA SUBJEFA (E) DE ENFERMERÍA	Registrar en este espacio el nombre completo sin abreviaturas del personal supervisor en la atención del parto, cédula profesional y firma en el espacio continuo.



10.- REGISTRÓ CLÍNICO DE ENFERMERÍA

N T E S V		F. CA	TEMP	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
		##	42																								
		##	41																								
		110	40																								
		##	39																								
		90	38																								
		80	37																								
		70	36																								
	(11)	60	35																								
TENSIÓN ARTERIAL: (12)																											
FRECUENCIA RESPIRATORIA: (13)																											
D I E T A (14)																											
				Página 1																							
TOTAL: (15)																											
SOLUCIONES PARENTERALES: (16)																											
TOTAL: (17)																											
S	R E	VÍA ENTERAL																									
		VÍA PARENTERAL																									
		DILUCIÓN MEDIC																									
		URESIS																									
	EGR	EYACUACIONES																									
		SANGRADO																									
		VÓMITO																									
		TOTAL DE INGRESOS DE EGRESOS																									
BALANCE DE LÍQUIDOS (18)																											
TOTAL																											
TOTAL (19)																											



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO																			
LABORATORIOS																			
REACTIVOS (21)																			
ESTUDIOS (22)																			
PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS (23)																			
MEDICAMENTO		PRESENTACIÓN			VÍA		HORARIO			MEDICAMENTO		PRESENTACIÓN			VÍA		HORARIO		
OBJETIVO DE ENFERMERÍA (NANDA) (24) CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC) (25)																			
DOMINIO:					RESULTADOS					INDICADORES			ES CA L I A		PUNTAJUE DDIANA				
CLASE:															MANTENER AUMENTAR				
CODIGO DE DX:																			
R/C:																			
M/P:																			
<h1>Página 2</h1>																			
DE LAS INTERVENCIONES (NIC) (26)																			
CLASE:					CAMPO:					CLASE:					CAMPO:				
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE:																			
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE:																			
ACTIVIDADES										ACTIVIDADES									
ENFERMERA OBSTETRA										ENFERMERA OBSTETRA					ENFERMERA OBSTETRA				
NOMBRE:										NO					NO				



**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA
PARA EL MODELO OBSTÉTRICO (217B20000-023-014)**

Objetivo: Contar con un documento legal en donde se registre signos vitales, evolución y el proceso de atención enfermería del usuario.

Distribución y Destinatario: Se elabora en original y se integra en el expediente clínico del usuario.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
	FICHA DE IDENTIFICACIÓN	Registrar con tinta negra los datos correspondientes a ficha de identificación.
1	JURISDICCIÓN	Registrar el nombre completo de la Jurisdicción Sanitaria a la cual corresponde la unidad.
2	UNIDAD MÉDICA	Registrar el tipo y nombre de la unidad médica donde se da la atención.
3	No. EXPEDIENTE	Registrar el número del expediente clínico asignado al usuario.
4	SERVICIO	Registrar el nombre del servicio en que se encuentra el usuario.
5	CAMA	Registrar el número de cama en que se encuentra el usuario.
6	FECHA	Registrar con números arábigos día, mes y año la fecha. Utilizando dos números para el día, dos para el mes y cuatro para el año (ejemplo 15/04/2014).
7	NOMBRE DEL USUARIO	Registrar nombre y apellidos completos del usuario iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s).
8	EDAD	Registre con números arábigos la edad cumplida del usuario en años. Para menores de un mes anote en días asignando a continuación la letra "D", ejemplo 2D (2 días).
9	GRUPO Y RH	Registrar el grupo sanguíneo y Rh del usuario.
10	GÉNERO	Registrar con una X a F si es femenino y M si es masculino.
11	CONSTANTES VITALES	Graficar y correr con un punto de tinta azul la valoración obtenida a frecuencia cardiaca de acuerdo al horario. Graficar y correr con un punto de tinta roja la valoración obtenida a temperatura de acuerdo al horario.
12	PRESIÓN ARTERIAL	Registrar la valoración obtenida de la presión arterial con tinta de acuerdo al color del turno (Matutino azul, Vespertino verde, Nocturno rojo, Jornada espacial negra) ejemplo: 100/70



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
13	FRECUENCIA RESPIRATORIA	Registrar la valoración obtenida a frecuencia respiratoria con tinta de acuerdo al color del turno (Matutino azul, Vespertino verde, Nocturno rojo, Jornada espacial negra).
14	DIETA	Registrar tipo de dieta y nombre de los alimentos que consumió durante el turno.
15	TOTAL	Registrar la cantidad total de líquidos en mililitros (ml) que consumió el usuario.
16	SOLUCIONES PARENTERALES	Registrar el nombre completo de la solución y la hora de inicio, ejemplo: Sol. Fisiológica 500 ml I: 14:00 hrs. En la entrega de turno Registrar cuanto falta por pasar ejemplo: FXP: 100 ml.
17	TOTAL	Registrar la cantidad total de líquidos en mililitros (ml) que se le ingreso al usuario. Ejemplo: 400 ml.
18	CONTROL DE LÍQUIDOS	<p>INGRESOS: Vía enteral: Registrar la cantidad total de líquidos que consumió el usuario en mililitros (ml). Vía parenteral: Registrar la cantidad total de líquidos que se le ingreso al usuario en mililitros (ml). Dilución de medicamentos: Registrar la cantidad total de líquidos con el cuál se diluyo el medicamento en mililitros (ml).</p> <p>EGRESOS: Uresis: Registrar la cantidad de orina expulsada durante el turno en mililitros (ml). Evacuaciones: Registrar con una paloma () el número de veces que evacua el usuario y características ejemplo: líquida, pastosa, grumosa, meconio etc. Sangrado: Registrar la cantidad total de sangrado en mililitros (ml). Vómito: Registrar la cantidad total de vómito en mililitros (ml).</p> <p>Total de ingresos: Registrar la cantidad total de ingresos de líquidos en mililitros (ml). Total de egresos: Registrar la cantidad total de egresos de líquidos en mililitros (ml).</p>
19	BALANCE DE LÍQUIDOS	Registrar el resultado obtenido a balance de líquido en mililitros (ml) positivo (ingreso) negativo (egreso).
20	LABORATORIOS PRODUCTOS BIOLÓGICOS	Y Registrar el estudio de laboratorio y productos biológicos.
21	REACTIVOS	Registrar el resultado obtenido con tira para uroanálisis y glicemia capilar.



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
22	ESTUDIOS	Registrar los estudios realizados.
23	PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Registrar nombre del medicamento, gramaje y frecuencia, presentación, vía y horario con tinta de acuerdo al color del turno. Una vez ministrado el medicamento circular con tinta de acuerdo al color del turno. Los antibióticos se anotan con tinta roja aplica para todos los turnos. Abrir el registro clínico de enfermería al ingreso del usuario.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA		
24	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	<p>DOMINIO: Situarse en el esquema de dominios y seleccionar él o los dominios correspondientes a la función vital o en riesgo potencial y registrar en el rubro correspondiente. Ejemplo: dominio N° 11 Seguridad/Protección.</p> <p>CLASE: Situarse en el esquema de clases y seleccionar él o las clases correspondientes al área o localización de la función en la que se ubica la función vital o en riesgo potencial y registrar en el rubro correspondiente. Ejemplo: clase 2 Lesión física.</p> <p>CÓDIGO DE DIAGNOSTICO: Situarse en el esquema de diagnóstico y seleccionar el número del código del diagnóstico, Registrarlo en el rubro correspondiente.</p> <p>ELABORACIÓN DE DIAGNOSTICO:</p> <p>ETIQUETA: Seleccione la etiqueta diagnóstica que corresponda y registrar en el rubro correspondiente el diagnóstico de enfermería. Ejemplo: Etiqueta diagnóstica (ED) Ansiedad y complementarlo con la frase “relacionado con”, agregando la etiología con la frase “manifestado por”, adicionando lo signos y síntomas; así estructuramos el diagnóstico de Enfermería. Ejemplo: Ansiedad R/C amenazas para el estado de salud (madre-feto) M/P Nerviosismo, sobresalto aumento de la tensión arterial.</p>
25	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA	<p>RESULTADO (S)</p> <p>DOMINIO: Situarse en el esquema de dominios y seleccionar él o los dominios correspondientes y registrar. Ejemplo: Salud psicosocial (III).</p>



No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
25	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	<p>CLASE: Situarse en el esquema de clases y seleccionar él o las clases correspondientes y registrar. Ejemplo: Bienestar Psicosocial (M)</p> <p>RESULTADO: Situarse en el esquema de resultados y seleccionar el correspondiente. Ejemplo: Nivel de ansiedad (1211)</p> <p>INDICADORES: Unidades medibles derivadas de la respuesta humana y serán seleccionados con base a las características definitorias del diagnóstico o factor relacionado. Ejemplo: esputo purulento, fiebre y aumento de leucocitos.</p> <p>ESCALA DE MEDICIÓN: Cada resultado debe tener implícita la escala de medición a utilizar; aunque se puede dar el caso que los resultados utilicen la misma escala de medición. Ejemplo: Severidad de la infección, su escala de medición es: grave 1, sustancial 2, moderado 3, leve 4, ninguno 5.</p> <p>PUNTUACIÓN DIANA: Es un primer puntaje basado en la valoración clínica previa a la intervención de enfermería (mantener a:) y un segundo puntaje hipotético basado en lo esperado posterior a la intervención de enfermería (aumentar a:)</p>
26	CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)	<p>CLASE: Situarse en el esquema de clases y seleccionar él o las clases correspondientes y registrar. Ejemplo: T Fomento de la comodidad psicológica</p> <p>CAMPO: Situarse en el esquema de campo y seleccionar el campo correspondiente y registrar. Ejemplo: 3. Conductual</p> <p>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Establecer y registrar las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud.</p> <p>ACTIVIDADES: Poner en práctica y registrar las actividades para lograr los resultados específicos y consta de tres fases: Preparación, ejecución y documentación.</p>



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
27	NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DE LA ENFERMERA (TURNO MATUTINO)	Registrar nombre y apellidos completos de la enfermera obstetra o perinatal iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s). Firmar y registrar su cédula profesional. Con tinta azul.
28	NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DE LA ENFERMERA (TURNO VESPERTINO)	Registrar nombre y apellidos completos de la enfermera obstetra o perinatal iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s). Firmar y registrar su cédula profesional. Con tinta verde.
29	NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DE LA ENFERMERA (TURNO NOCTURNO)	Registrar nombre y apellidos completos de la enfermera obstetra o perinatal iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s). Firmar y registrar su cédula profesional. Con tinta roja.



11.- SOLICITUD RECEPCIÓN DE INTERCONSULTA MÉDICA

Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica

1/ UNIDAD MÉDICA:		2/ FECHA DE SOLICITUD:	3/ HORA:
4/ NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))		5/ EXPEDIENTE:	6/ CAMA:
7/ SERVICIO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA:		8/ NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE:	
9/ MOTIVO DE LA INTERCONSULTA:			
10/ SERVICIO AL QUE SE LE SOLICITA LA INTERCONSULTA:		11/ NOMBRE DEL MÉDICO QUE RECIBE LA SOLICITUD:	
		12/ FECHA DE RECIBIDO:	13/ HORA:
14/ SOLICITÓ		15/ RECIBÍÓ	
_____ (NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)		_____ (NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)	

217B20000-024-12



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:		
SOLICITUD RECEPCIÓN DE INTERCONSULTA MÉDICA		
Objetivo:		
Contar con un instrumento seguro y controlable para formular de manera oportuna y correcta la solicitud y recepción de interconsulta médica del paciente.		
Distribución y Destinatario:		
Se genera en original y copia. El original se le queda al médico que reciba al paciente, y la copia se queda en el archivo clínico.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre de la Unidad Médica en donde se elabora el formato.
2	FECHA DE SOLICITUD:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el formato.
3	HORA:	Anotar la hora en que se solicitó la interconsulta.
4	NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO NOMBRE(S) D	Anotar el nombre completo del paciente en el siguiente orden: apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
5	EXPEDIENTE:	Anotar el número de expediente asignado al paciente.
6	CAMA:	Anotar el número de cama asignada del paciente.
7	SERVICIO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA:	Anotar el servicio que está solicitando la interconsulta médica.
8	NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE:	Anotar el nombre completo del médico que solicita la interconsulta.
9	MOTIVO DE LA INTERCONSULTA:	Anotar la razón por lo que se solicita la interconsulta.
10	SERVICIO AL QUE SE LE SOLICITA LA INTERCONSULTA:	Anotar el nombre del servicio al que se le solicita la interconsulta.
11	NOMBRE DEL MEDICO QUE RECIBE LA SOLICITUD:	Anotar el nombre del médico que recibe la solicitud de la interconsulta médica.
12	FECHA DE RECIBIDO:	Anotar el día, mes y año en que reciben la solicitud de interconsulta médica.
13	HORA:	Anotar la hora del día en que se recibió la solicitud de interconsulta médica.
14	SOLICITÓ (NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)	Anotar nombre completo y firma autógrafa del médico que solicita la interconsulta médica.
15	RECIBIÓ: (NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)	Anotar el nombre completo y firma autógrafa del médico que recibió al paciente en interconsulta médica.



12.- SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA



Referencia y Contrarreferencia

I

2/ ADULTO PEDIÁTRICO

3/ FECHA DE REFERENCIA _____ 4/ No. DE CONTROL _____

5/ EDAD		6/ GÉNERO	
ANOS	MESES	M	F

7/ NOMBRE DEL PACIENTE _____

8/ DOMICILIO DEL PACIENTE _____

9/ MOTIVO DE ENVÍO _____ 10/ DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL _____

11/ URG.	
SI	NO

12/ UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____ 13/ ESPECIALIDAD O SERVICIO _____

14/ NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE: _____ 15/ CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA _____

16/ No. PÓLIZA DE SEGURO POPULAR: _____ 17/ CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES: _____



Hoja de Referencia

19/ ADULTO PEDIÁTRICO

20/ Fecha _____ 21/ No. de control _____ 22/ Clasificación Socioeconómica _____ 23/ URGENCIA SI ___ NO ___

24/ No. PÓLIZA DE SEGURO POPULAR: _____ 25/ CLAVE DE IDENTIFICACIÓN CAUSES: _____

II

26/ NOMBRE DEL PACIENTE (S) _____	APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____	NOMBRE (S) _____
27/ NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE _____	28/ PARENTESCO _____		29/ NUMERO DE EXPEDIENTE _____
30/ EDAD _____	31/ SEXO _____		

III

32/ UNIDAD QUE REFIERE _____

IV

33/ UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____

34/ DOMICILIO _____

CALLE _____	NÚMERO _____	COLONIA _____
-------------	--------------	---------------

35/ SERVICIO AL QUE SE ENVIA _____

36/ NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA _____

V

37/ MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO): T.A. _____ TEMP. _____ F.R. _____
 F.C. _____ PESO _____ TALLA _____ ESCALA DE GLASGOW _____ SILVERMAN _____

38/ LLENADO CAPILAR _____

39/ PADECIMIENTO ACTUAL _____

40/ EVOLUCIÓN _____

41/ ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE _____

42/ IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA _____

43/ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD _____	44/ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE _____
---	---

ORIGINAL PACIENTE

217B20000-181-14



VISITA DOMICILIARIA

VI

45/ FECHA DE VISITA _____ 46/ FECHA DE ALTA _____

47/ SE LE ATENDIÓ: SI _____ NO _____ 48/ NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

49/ ¿POR QUE? _____

50/ OBSERVACIONES: _____



Hoja de Contrarreferencia

VII

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE

51/ NOMBRE: _____
52/ ESPECIALIDAD O SERVICIO: _____ 53/ FECHA _____

VIII

MANEJO DEL PACIENTE

54/ PADECIMIENTO ACTUAL _____

55/ EVOLUCIÓN: _____

56/ ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE: _____

57/ DIAGNÓSTICO DE INGRESO: _____

58/ DIAGNÓSTICO DE EGRESO: _____

59/ INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:

60/ Debe regresar: _____ 61/ Fecha: _____

62/ En caso de dudas comunicarse con el médico que envió al teléfono: _____

<p>_____</p> <p>63/ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE</p>	<p>_____</p> <p>64/ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD</p>
--	---



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:		
Referencia y Contrarreferencia.		
Objetivo: Documentar la referencia y contrarreferencia de pacientes entre las unidades médicas de los distintos niveles de atención del Instituto de Salud del Estado de México.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y dos copias, el original para el paciente, la primera copia para la unidad médica que contrarrefiere y la segunda copia para la unidad médica que refiere (sólo anverso).		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO	Anotar el número consecutivo que corresponda al formato que se elabora.
2	ADULTO/ PEDIÁTRICO:	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda; si el paciente es mayor de 15 años, se indicará como adulto, si es menor de 15 años, se indicará como pediátrico.
I		
3	FECHA DE REFERENCIA:	Anotar el día, mes y año en que se refiere al paciente.
4	No. DE CONTROL:	Escribir el número de control asignado al formato para la identificación del trámite que se realiza.
5	EDAD: AÑOS.... MESES	Indicar el número de años y meses del paciente o, en su caso, el número de meses, cuando el paciente es menor de un año.
6	SEXO: M.....F	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda M (hombre), F (mujer) para indicar el sexo del paciente.
7	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el nombre completo del paciente que es referido.
8	DOMICILIO DEL PACIENTE:	Escribir el nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y localidad donde vive el paciente.
9	MOTIVO DE ENVÍO:	Especificar la causa o causas por las que el paciente es referido
10	DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL:	Anotar el diagnóstico que se sospecha en el paciente.
11	URG.:	Escribir en el espacio (SI), para indicar que el paciente requiere atención médica de urgencia, o (NO), para indicar que no requiere atención de urgencia.
12	UNIDAD A LA QUE SE REFIERE	Indicar el nombre oficial de la unidad médica a la que se refiere al paciente.
13	ESPECIALIDAD O SERVICIO:	Especificar la especialidad o el servicio de la unidad médica, al que se envía al paciente.
14	NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE:	Anotar el nombre completo del médico que envía al paciente.
15	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:	Indicar la clasificación socioeconómica del paciente de conformidad con el tabulador correspondiente en vigor.
16	NÚMERO PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	Incluir el número de póliza del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) del paciente. En caso de que el paciente no esté inscrito al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular),



		anotar NINGUNO.
17	CLAVE INTERVENCIÓN DE CAUSES:	Anotar el número de la intervención que cubre la enfermedad o padecimiento del paciente, según el Catálogo Universal de Salud Vigente del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). En caso de que su enfermedad no esté contemplada en CAUSES, anotar NINGUNO.
HOJA DE REFERENCIA		
18	FOLIO:	Incluir el número consecutivo que corresponda al formato que se elabora.
19	ADULTO/ PEDIÁTRICO:	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda; si el paciente es mayor de 15 años, se indicará como adulto, si es menor de 15 años, se indicarán como pediátrico.
20	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se refiere al paciente.
21	No. DE CONTROL:	Escribir el número de control asignado al formato para la identificación del trámite que se realiza.
22	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:	Indicar la clasificación socioeconómica del paciente de conformidad con el tabulador correspondiente en vigor.
23	URGENCIA:	Anotar en el espacio (SI), para indicar que el paciente requiere atención médica de urgencia, o (NO), para indicar que no requiere atención de urgencia.
24	NÚMERO PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	Incluir el número de póliza del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) del paciente. En caso de que el paciente no esté inscrito al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), anotar NINGUNO.
25	CLAVE INTERVENCIÓN DE CAUSES:	Anotar el número de la intervención que cubre la enfermedad o padecimiento del paciente según el Catálogo Universal de Salud Vigente del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). En caso de que su enfermedad no esté contemplada en CAUSES, anotar NINGUNO
II		
26	NOMBRE(S):	Anotar el nombre completo del paciente que se refiere.
27	NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE:	Escribir el nombre completo del familiar o, en su caso, de la persona responsable del paciente durante la referencia.
28	PARENTESCO:	Indicar el vínculo de consanguinidad entre el paciente y el familiar o responsable (papá, mamá, hijo, hermano, primo, otro). En caso de no haber parentesco, anotar NINGUNO.
29	NÚMERO EXPEDIENTE: DE	Anotar el número de identificación asignado al Expediente Clínico del paciente que se refiere.
30	EDAD:	Especificar el número de años y meses del paciente o, en su caso, el número de meses, si el paciente es menor de un año.
31	SEXO:	Indicar masculino o femenino, según el caso.
III		
32	UNIDAD QUE REFIERE:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica que refiere al paciente.
IV		



33	UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:	Escribir el nombre oficial de la unidad médica a la que se envía al paciente.
34	DOMICILIO:	Anotar el nombre de la calle, número y colonia en donde se localiza la unidad médica a la que se refiere el paciente.
35	SERVICIO AL QUE SE ENVÍA:	Indicar el nombre de la especialidad o servicio de la unidad médica al que se envía al paciente.
36	NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA:	Anotar el nombre completo del médico que recibirá al paciente referido.
V		
37	MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO):	Asentar la información que se solicita relacionada con los signos vitales y datos somatométricos del paciente que se envía.
38	LLENADO CAPILAR:	Anotar los valores detectados por el médico como resultado de ésta prueba realizada al paciente que se contrarrefiere.
39	PADECIMIENTO ACTUAL:	Escribir el nombre de la enfermedad del paciente que se refiere.
40	EVOLUCIÓN:	Anotar las fases que se han observado durante el tratamiento al paciente.
41	ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:	Indicar el tipo de estudio de laboratorio o gabinete que se requiere practicar al paciente.
42	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	Escribir el diagnóstico que se sospecha o presuncional que apoya la referencia.
43	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD:	Escribir el nombre completo y la firma del médico responsable de la unidad médica que refiere.
44	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE:	Anotar el nombre completo y la firma del médico que refiere al paciente.
VISITA DOMICILIARIA		
VI		
45	FECHA DE VISITA:	Anotar el día, mes y año en que se realiza la visita domiciliaria.
46	FECHA DE ALTA:	Escribir el día, mes y año en que se dio de alta al paciente.
47	SE LE ATENDIO: SI ____ NO ____	Señalar con una "X" en el espacio que corresponda, si se atendido o no se atendió al paciente en la unidad médica a donde se refirió.
48	NOMBRE DE LA UNIDAD:	Indicar el nombre oficial de la unidad médica en la que se atendió o no se atendió al paciente.
49	¿PORQUE?:	En caso de haber sido atendido el paciente, anotar la fecha en los renglones en blanco, si no fue atendido, anotar los motivos.
50	OBSERVACIONES:	Asentar los señalamientos relevantes u objeciones a considerar, relacionados con la referencia
HOJA DE CONTRARREFERENCIA		



VII		
51	UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica que contrarrefiere al paciente.
52	SERVICIO:	Indicar el nombre de la especialidad o servicio médico donde se atendió al paciente.
53	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se contrarrefiere al paciente.
MANEJO DEL PACIENTE		
VIII		
54	PADECIMIENTO ACTUAL:	Asentar el nombre de la enfermedad del paciente que se contrarrefiere.
55	EVOLUCIÓN:	Escribir las fases de mejoría que se han observado durante el tratamiento al paciente.
56	ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:	Indicar el tipo de estudios de laboratorio o gabinete que se practicaron al paciente.
57	DIAGNÓSTICO DE INGRESO:	Anotar el diagnóstico con el que se recibe al paciente especificado en la referencia.
58	DIAGNÓSTICO DE EGRESO:	Escribir el diagnóstico con el que se contrarrefiere al paciente.
59	INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	Anotar las sugerencias o comentarios sobre el caso clínico del paciente para el control subsecuente en su unidad de origen, incluir las correspondientes al manejo dietético, higiénico, de terminar o continuar el tratamiento, indicar su regreso o consulta subsecuente al servicio y la fecha, así como informar en caso de que el paciente sea enviado a otra especialidad.
60	DEBE REGRESAR:	Indicar si el paciente debe regresar a la unidad médica que lo contrarrefiere.
61	FECHA:	Anotar la fecha en que debe regresar el paciente.
62	EN CASO DE DUDAS COMUNICARSE.....	Escribir el número telefónico del médico que realiza la contrarreferencia.
63	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:	Asentar el nombre completo y la firma del médico que atendió al paciente (médico que contrarrefiere) en la unidad médica que refiere.
64	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD:	Anotar el nombre completo y la firma del médico responsable de la unidad médica que contrarrefiere.



13.- SOLICITUD DE LABORATORIO

Solicitud de Laboratorio

1/ UNIDAD MÉDICA:		2/ FECHA DE SOLICITUD:	
3/ No. EXPEDIENTE:		4/ SERVICIO:	
5/ No. CAMA:		7/ No. PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	
6/ TIPO DE SERVICIO: <input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> OTROS		10/ GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
8/ NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S)).		9/ EDAD:	10/ GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>
11/ DIAGNÓSTICO REAL O PRESUNTIVO:			
12/ ESTUDIO (S) SOLICITADO (S):			

13/ ELABORÓ

14/ Vo. Bo.

15/ No. DE INTERVENCIONES DE CAUSES

(NOMBRE, CÉDULA PROFESIONAL Y
FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE)

(NOMBRE, CÉDULA PROFESIONAL Y
FIRMA DEL GESTOR DE SEGURO POPULAR)

217B20000-152-14



Solicitud de Laboratorio

1/ UNIDAD MÉDICA:		2/ FECHA DE SOLICITUD:	
3/ No. EXPEDIENTE:		4/ SERVICIO:	
5/ No. CAMA:		7/ No. PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	
6/ TIPO DE SERVICIO: <input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> OTROS		10/ GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
8/ NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S)).		9/ EDAD:	10/ GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>
11/ DIAGNÓSTICO REAL O PRESUNTIVO:			
12/ ESTUDIO (S) SOLICITADO (S):			

13/ ELABORÓ

14/ Vo. Bo.

15/ No. DE INTERVENCIONES DE CAUSES

(NOMBRE, CÉDULA PROFESIONAL Y
FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE)

(NOMBRE, CÉDULA PROFESIONAL Y
FIRMA DEL GESTOR DE SEGURO POPULAR)

217B20000-152-14



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: SOLICITUD DE LABORATORIO		
El formato “Solicitud de Laboratorio” (217B20000-152-14) será llenado por el médico tratante en determinado servicio en el que se requiere estudios de laboratorio para determinado paciente a fin de estar en posición de determinar el padecimiento.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Registrar el nombre completo de la unidad médica en la que es atendido el paciente.
2	FECHA DE SOLICITUD:	Escribir con números arábigos la fecha en que se solicita el estudio, utilizando el siguiente orden dd/mm/aaa.
3	No. EXPEDIENTE:	Anotar el número del expediente que corresponde al paciente.
4	SERVICIO:	Especificar el nombre del servicio en el que está hospitalizado el paciente
5	No. CAMA:	Anotar el número de cama que ocupa el paciente.
6	TIPO DE SERVICIO:	Marcar con una “X” el recuadro que corresponda según el servicio del cual provenga el paciente, (Consulta externa, Urgencias u Hospitalización).
7	No. PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	Anotar el número de póliza que tiene asignado el paciente en base al documento
8	NOMBRE DEL PACIENTE	Anotar el nombre completo del paciente en el siguiente orden: (Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre (s)).
9	EDAD:	Registrar con número arábigo la edad cumplida del paciente. Para menores de un mes anotar en días consignado a continuación la letra “D”; para niños de un mes pero menores de un año anotar en meses consignando a continuación la letra “M”; para pacientes de un año anotar en años consignando a continuación la letra “A”.
10	GÉNERO:	Marcar con una “X” el género al que corresponda.
11	DIAGNÓSTICO REAL O PRESUNTIVO:	Describir el (los) diagnóstico (s) real o presuntivo que presenta el paciente antes del estudio.
12	ESTUDIO SOLICITADO (S):	Describir el tipo de estudio (s) a realizarse, según el diagnóstico que presente el paciente.
13	ELABORÓ	Anotar el nombre completo, cédula profesional (Excepto Médicos Pasantes de Servicio Social) y firma del médico que solicita el estudio.
14	Vo. Bo.	Anotar el nombre completo, cédula profesional y firma del Gestor de Seguro Popular (Omitir este campo en las unidades que no cuenten con Gestores de Seguro Popular).
15	No. INTERVENCIONES DE CAUSES	Anotar la clave de la intervención de CAUSES del catálogo.



14.- SOLICITUD DE ESTUDIO DE GABINETE

Solicitud de Estudio de Gabinete

1/ UNIDAD MÉDICA:			2/ FECHA:	3/ HORA:	4/ EXPEDIENTE:	5/ No. PÓLIZA:
6/ DE: <input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN			7/ SERVICIO:		8/ CAMA:	9/ PACIENTE: <input type="checkbox"/> 1ª. VEZ <input type="checkbox"/> SUBSECUENTE
10/ NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))			11/ EDAD:		12/ GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	
No. INTERVENCIONES DEL CAUSES						
13/ DATOS CLÍNICOS						
14/ DIAGNÓSTICO						
15/ ESTUDIO(S) SOLICITADO(S)						
16/ FECHA DE LA PRÓXIMA CONSULTA	17/ MÉDICO SOLICITANTE		18/ Vo. Bo. GESTOR O RESPONSABLE DE LA TUTELA DE DERECHOS		19/ OBSERVACIONES	
	_____ (NOMBRE Y FIRMA)		_____ (NOMBRE Y FIRMA)			

Interpretación del Estudio de Gabinete

20/ PLACA UTILIZADA: <input type="checkbox"/> 14X17 <input type="checkbox"/> 14X14 <input type="checkbox"/> 11X14 <input type="checkbox"/> 10X12 <input type="checkbox"/> 8X10 <input type="checkbox"/> MASTOGRAFÍA <input type="checkbox"/> ULTRASONIDO <input type="checkbox"/> TOMOGRAFÍA			21/ CLAVE:		
22/ INTERPRETACIÓN					
23/ FECHA DE INTERPRETACIÓN		24/ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO		25/ OBSERVACIONES	



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: SOLICITUD DE ESTUDIO DE GABINETE (217B20000-394-12)

Objetivo: Solicitar estudios de gabinete, tales como la toma de radiografías, mastografía, ultrasonido y tomografías necesarios, dado el padecimiento del paciente.

Distribución y destinatario: El formato se genera en original, mismo que se integra al Expediente Clínico del paciente (con resultados de estudios incluidos) que se archiva en el archivo clínico de la unidad médica.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1.	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre completo de la unidad médica donde se atiende al paciente.
2.	FECHA:	Escribir el día, mes y año en que se solicita el estudio.
3.	HORA:	Registrar la hora y minutos en que se solicita el estudio.
4.	EXPEDIENTE:	Asentar el número de expediente clínico asignado al paciente.
5.	No. DE PÓLIZA:	Escribir el número de póliza de Seguro Popular del paciente, en su caso.
6.	DE:	Marcar con una "X" el cuadro que corresponda al servicio del cual proviene la solicitud de estudios.
7.	SERVICIO:	Asentar el nombre del servicio en el que se encuentra el paciente.
8.	CAMA:	Anotar el número de cama que ocupa el paciente, en su caso.
9.	PACIENTE:	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda para indicar que el paciente es de 1ª vez o subsecuente.
10.	NOMBRE DEL PACIENTE:	Asentar el nombre completo del paciente en el orden que se indica.
11.	EDAD:	Escribir la edad cumplida del paciente. Para menores de un mes; anotar el número días, asentando a continuación la letra "D"; para mayores de un mes, pero menores de un año; anotar el número de meses asentando a continuación la letra "M"; para pacientes mayores de un año; anotar el número de años asentando a continuación la letra "A".
12.	GÉNERO:	Marcar con una "X" el cuadro correspondiente al sexo del paciente.
13.	DATOS CLÍNICOS:	Anotar los datos clínicos más relevantes del paciente derivados de la atención brindada al paciente, antes del estudio solicitado.
14.	DIAGNÓSTICO:	Escribir el(los) diagnóstico(s) que presenta el paciente antes del estudio.
15.	ESTUDIOS SOLICITADOS:	Asentar el tipo de estudio requerido.



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
16.	FECHA DE PRÓXIMA CONSULTA:	Registrar el día, mes y año de la próxima cita para consulta del paciente.
17.	MÉDICO SOLICITANTE:	Registrar el nombre completo y firma del médico que solicita el estudio.
18.	Vo.Bo. GESTOR <input type="radio"/> RESPONSABLE DE LA TUTELA DE DERECHOS:	Anotar el nombre completo y firma del paciente, familiar o su representante legal.
19.	OBSERVACIONES:	Asentar las objeciones o aclaraciones relevantes respecto a los estudios que se realizarán al paciente.
20.	PLACA UTILIZADA	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda al tamaño de la placa utilizada (mastografía, ultrasonido o tomografía).
21.	CLAVE	Anotar la clave correspondiente al estudio realizado, y que identifica la cuota de recuperación a cubrir, de acuerdo al tabulador vigente.
22.	INTERPRETACIÓN	Asentar la interpretación médica del resultado obtenido en el estudio.
23.	FECHA DE INTERPRETACIÓN	Registrar el día, mes y año en que se efectúa la interpretación del resultado del estudio.
24.	MÉDICO	Anotar el nombre completo y la firma del médico radiólogo.
25.	OBSERVACIONES	Asentar las aclaraciones u objeciones relevantes respecto al resultado del estudio que se realiza al paciente.



15.- HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA

D. G.	HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA	F	DÍA				MES																																													
UNIDAD:	EDAD	SEXO	PRIMERA VEZ	NÚMERO DE ASISTENCIA EN EL AÑO	CONTRAREFERIDO	PROGRAMA					CONTROL PRENATAL				ESTADO DE NUTRICIÓN MENOR DE 5				IRA MENOR DE 5		HIDRATACIÓN ORAL		PLANIFICACIÓN FAMILIAR					DETECCIONES				DERECHO-HABIENTE																				
JURISDICCIÓN:						ENF. TRANSMISIBLES	ENF. CRONICOGENERATIVAS	OTRAS ENFERMEDADES	CONSULTA A SANOS	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	ANÁLISIS CLÍNICOS	ALTO RESO	CONSULTA A PUÉRPERA	OBESIDAD Y SOBREPESO	LEVE	MODERADA	GRAVE	SÓLO SINTOMÁTICO	CON ANTIBIÓTICO	PLAN A	PLAN B	PLAN C	RECUPERADOS	SOBRES EN PROMOCIÓN	ORAL	INYECTABLE MENSUAL	INYECTABLE BIMENSUAL	IMPLANTE SUBDÉRMICO	DIU	QUIRÚRGICO	PRESERVATIVO	OTRO	NINGUNO	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	DIABETES MELLITUS	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	OBESIDAD	AGUIJEZA VISUAL	OSTEOPOROSIS	TUBERCULOSIS	SIFILIS	CONDIONES PREVENCIÓN	MIOPAUSA Y CLIMATERIO	IMSS	ISSSTE	SEGURO POPULAR	OTRAS	PROESA
SERVICIO:						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																													
TIPO MED ENF TAP'S																																																				
No.	NOMBRE y/o EXPEDIENTE																																																			



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA (SIS-SS-01-P).		
Objetivo: Registrar la Consulta Externa que se otorga en las Unidades Médicas, llenando para ello dicho formato de acuerdo al siguiente instructivo.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original para control de la Unidad Médica.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FECHA:	Anotar con números arábigos, el día, mes y año a que corresponde la información.
2	UNIDAD:	Anotar el tipo y nombre de la unidad médica.
3	JURISDICCIÓN:	Anotar el número y nombre de la jurisdicción sanitaria de la cual depende la unidad.
4	LOCALIDAD SEDE:	Anotar el nombre oficial de la localidad en la cual se ubica la unidad. Para áreas urbanas, la colonia.
5	SERVICIO:	Anotar el servicio, especialidad o identificación del módulo al que está asignado el médico, enfermera o TAPS.
6	NOMBRE:	Consignar el nombre del personal responsable (médico, enfermera o TAPS), que otorga la consulta.
7	TIPO:	Identificar la profesión de la persona que otorga la consulta, señalando con "X", según corresponda: MED = Médico, ENF = Enfermera y TAPS = Técnico en Atención Primaria a la Salud.
8	No.:	Anotar con números arábigos, en orden sucesivo, el número que corresponda a la consulta en el día que informa. Al usar la misma hoja para informar la consulta de varios días, sólo es necesario dejar un renglón en blanco e iniciar la numeración.
9	NOMBRE Y/O EXPEDIENTE:	Anotar el número del expediente clínico asignado al usuario o el nombre completo de éste, para el caso de usuarios con seguro popular, su número de afiliación.



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
10	EDAD:	Registrar con números arábigos, la edad cumplida del usuario. Para mayores de un mes anote en días, consignando a continuación la letra “D”. Para niños mayores de un mes, pero menores de un año anote en meses consignando a continuación la letra “M”. Para usuarios mayores de un año anote en años, consignando a continuación la letra “A”. Cuando un usuario refiera que no recuerda la fecha de su nacimiento, debe indagar este dato y en caso de no conseguirlo, anotar la edad que estime que tiene el usuario.
11	SEXO:	Anotar el sexo del usuario según corresponda: F=Femenino, M=Masculino.
12	PRIMERA VEZ:	<p>Marcar con una “X” esta columna cuando el motivo de la consulta sea nuevo. En el caso de que el usuario haya curado y solicite atención por haber presentado nuevamente el mismo u otro padecimiento, se considerará como consulta de Primera Vez.</p> <p>En caso de Atención Prenatal se considerará de primera vez la consulta en la que se confirme el embarazo, en caso de puerperio se tomará en cuenta la primera consulta a que acuda la usuaria dentro de los 42 días siguientes al parto.</p> <p>Si una embarazada acude a fecha posterior a consulta por un padecimiento ajeno a la atención y control del embarazo, y esta sea la primera vez que la usuario registra dicha enfermedad, se inscribirá como primera vez en el padecimiento.</p> <p>Para efectos de planificación familiar se considera como consulta de primera vez, la atención otorgada a una persona que en la unidad médico no tiene registro previo de planificación familiar, independientemente de que la persona haya asistido a esa misma unidad por otros motivos; o la atención proporcionada a una persona cuyo registro señala baja o una cita de planificación familiar no cumplida desde hace tres meses o más.</p>



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
13	SUBSECUENTE:	<p>Marcar con “X” cuando el motivo de la consulta sea seguimiento de una enfermedad o de un estado fisiológico en control.</p> <p>Para efectos de planificación familiar se considera como consulta subsecuente si la persona ya tiene registro previo en la unidad médica como usuario de este programa (Tarjeta de control de usuario del programa de Planificación Familiar), independientemente del método anticonceptivo que se trate.</p>
14	NÚMERO DE ASISTENCIA EN EL AÑO:	Anotar con números arábigos el número de veces que el usuario ha sido atendido en el servicio o módulo durante el año; use como apoyo el expediente clínico.
15	REFERIDO:	Marcar con “X” el espacio cuando el usuario sea canalizado a una unidad de mayor complejidad.
16	CONTRARREFERIDO:	Marcar con “X” este espacio cuando al usuario una vez tratado se envía a la unidad que lo refirió (de origen). Se considera unidad de origen aquella a la que debe estar adscrito el usuario por su domicilio habitual.
17	DIAGNÓSTICO:	<p>Anotar con toda claridad el padecimiento o enfermedad que originó la consulta.</p> <p>En caso de infecciones respiratorias agudas, especifique claramente el tipo de infección de que se trata (neumonía, amigdalitis, faringitis, etc.)</p> <p>En el caso de enfermedades de transmisión sexual, anote claramente el nombre de ésta cuando el diagnóstico se haya confirmado.</p> <p>Para los casos de paludismo y dengue, anote si al enfermo se le realizó toma de muestras. Anote además, si se otorgó Tratamiento de Cura Radical, al usuario con paludismo.</p> <p>Anote claramente en este espacio, las personas que solicitaron tratamiento por picadura de alacrán.</p> <p>Si la persona solicita tratamiento por contacto con algún animal con rabia, anótelo en este espacio.</p>



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
18	PROGRAMA:	Toda consulta otorgada debe ser registrada en un programa (rubros 1 al 5) éstos son excluyentes entre sí por lo que debe marcar con “X” sólo uno de ellos. Esto indica que si en la consulta se brinda atención por más de un padecimiento o motivo, sólo se registra como programa aquél que a juicio del otorgante es la que la generó. Para el registro del programa considere lo siguiente:
19	ENFE. TRANSMISIBLES:	Referido a la atención de casos de cualquiera de las enfermedades consideradas como transmisibles. Para los casos nuevos, llene además el reporte epidemiológico correspondiente.
20	ENF. CRÓNICO – DEGENERATIVAS:	Referido a la atención de casos de enfermedades crónico-degenerativas sujetas a programa; como son: diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, etc.
21	OTRAS ENFERMEDADES:	Referido a la atención de casos de otras enfermedades (excluyendo transmisibles y crónico – degenerativas).
22	CONSULTA A SANOS:	Referido al caso en que el diagnóstico fue de sano. Especialmente a las consultas impartidas para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño, control del embarazo y del puerperio; apoyo para la expedición de tarjetas de salud y certificados escolares o de trabajo.
23	PLANIFICACIÓN FAMILIAR:	Se refiere a la promoción o vigilancia de métodos para el control de la fecundidad. Registre este programa cuando esta actividad es la que motivó la demanda del servicio. En caso de que adicionalmente a la atención brindada se otorgue información o métodos de control de la fecundidad, anote el programa que corresponda al padecimiento tratado como principal y en el apartado PLANIFICACIÓN FAMILIAR consigne lo correspondiente al método y a la característica de la atención.



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
24	CONTROL PRENATAL TRIMESTRE GESTACIONAL	Consulta otorgada a una embarazada. Cruce el número que corresponda al trimestre gestacional en el que se encuentre la embarazada en el momento de la consulta. En caso de presentar preeclampsia, eclampsia o hemorragia, anótelos en el diagnóstico. No omitir marcar las columnas 3 ó 4 de acuerdo al estado de salud de la embarazada.
25	ANÁLISIS CLÍNICOS:	Marcar con “X” si la embarazada presenta los resultados de sus análisis de laboratorio.
26	ALTO RIESGO:	Marcar además con “X” si la embarazada es de alto riesgo considerando los valores de la hoja o instrumentos específicos para calificar el riesgo.
27	CONSULTA A PUERPERA:	Consulta otorgada para la vigilancia del puerperio, que se brinda durante las 6 semanas o 42 días que siguen al parto, en caso de presentar infección, anótelos en el diagnóstico. No omitir marcar las columnas 3 ó 4 de acuerdo a su estado de salud.
28	ESTADO DE NUTRICIÓN: MENOR DE 5 AÑOS OBESIDAD/SOBREPESO NORMAL CON DESNUTRICIÓN LEVE CON DESNUTRICIÓN MODERADA CON DESNUTRICIÓN GRAVE	<p>Este rubro capta la información de la valoración y seguimiento del estado de nutrición de todos los menores de 5 años que acuden a consulta. En la valoración nutricional utilice siempre las gráficas de peso/edad, talla/edad y complementariamente la de peso/talla.</p> <p>En la primera consulta, incorpórelo a la vigilancia nutricional llenando la tarjeta de control y realice seguimiento en las consultas subsecuentes con la periodicidad establecida en la Norma Oficial Mexicana respectiva.</p> <p>Cruzar el número que corresponda a estado nutricional del niño (columnas 12 a la 16), considerando el resultado de la gráfica de peso para la edad, según el sexo.</p>



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
29	IRA .MENOR DE 5 AÑOS. TRATAMIENTO: SOLO SINTOMÁTICO CON ANTIBIÓTICO	Considerar en este rubro a los usuarios menores de 5 años que presentan todo tipo de infecciones respiratorias agudas. Marque con "X" la columna correspondiente al tipo de tratamiento prescrito al usuario. Caso atendido sin prescripción de uso de antimicrobianos. Caso en el que se prescribió el uso de antimicrobianos.
30	HIDRATACIÓN ORAL:	Se refiere a la identificación de casos de diarrea y al reparto de sobres de hidratación oral para prevenir o promover la recuperación de los niños deshidratados.
31	DIARREA AGUDA MENOR DE 5 AÑOS:	Considerar a todos los usuarios menores de 5 años, atendidos por diarrea, enfermedad diarreica, síndrome diarreico, infección intestinal, gastroenteritis aguda o cualquier padecimiento en el que se observe la presencia de heces líquidas, o acuosas, en número mayor de 3 en 24 horas.
32	NÚMERO DE SOBRES : PLAN A PLAN B PLAN C	Tratamiento preventivo de la deshidratación en el cual se prescribe la solución oral en usuarios sin deshidratación. Tratamiento curativo de la deshidratación, cuando se prescribe la solución oral para recuperar al niño deshidratado. Tratamiento curativo del choque (manejo del choque hipovolémico), para corregir la deshidratación grave por vía intravenosa.
33	RECUPERADOS:	Marcar con "X" si el usuario fue recuperado de la deshidratación debida a enfermedad diarreica.
34	SOBRES EN PROMOCIÓN:	Anotar el número de sobres distribuidos por cualquier otro motivo distinto a la atención de casos de diarrea en menores de 5 años.



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
35	PLANIFICACIÓN FAMILIAR:	Registrar todas las consultas en que otorgue el servicio de Planificación Familiar, independientemente del motivo que haya generado dicha consulta. Esta sección está dividida en dos rubros: Método y Atención.
36	MÉTODO:	Permite identificar el método anticonceptivo que usará la persona entre la consulta que se le está proporcionando y la siguiente consulta. Asimismo, permite llevar un control del consumo de anticonceptivos en la unidad médica. Registre en la columna correspondiente, la cantidad de anticonceptivos que otorgó al usuario durante la consulta, de acuerdo con lo siguiente:
37	ORAL:	El número de ciclos prescritos.
38	INYECTABLE MENSUAL: INYECTABLE BIMENSUAL:	El número de inyecciones proporcionadas según se trate de evitar el embarazo durante un lapso de uno o dos meses.
39	IMPLANTE SUBDÉRMICO:	Anotar 1 (uno), si durante la consulta realiza una inserción o reinserción de implante subdérmico. 0 (cero), si durante la consulta sólo revisa el implante subdérmico.
40	DIU:	Anotar 1 (uno), si durante la consulta se realiza una inserción o reinserción del dispositivo intrauterino. 0 (cero), si durante la consulta sólo revisa el dispositivo intrauterino.
41	QUIRÚRGICO:	Anotar 1 (uno) si en la consulta realizó una vasectomía sin bisturí, y 0 (cero) si se trata de una revisión posterior a la intervención quirúrgica (OTB o vasectomía).
42	PRESERVATIVO:	El número de condones proporcionados (en unidades).
43	OTRO:	El número según presentación.



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
44	NINGUNO:	<p>Marcar con “X” cuando sólo se da información o cuando la persona no desea usar ningún método de apoyo antes de la intervención quirúrgica.</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si durante la consulta únicamente extiende receta para que el material anticonceptivo se adquiriera en una farmacia particular, registre 0 (cero), en la columna correspondiente al método. - Si la persona manifiesta su interés por adoptar el método quirúrgico, registre el método anticonceptivo que estará usando entre la presente consulta y la fecha de la intervención quirúrgica.
45	ATENCIÓN:	<p>Marcar con “X” el tipo de atención que se le otorgó al usuario, de acuerdo con la siguiente clasificación.</p>
46	PRIMERA VEZ:	<p>Atención otorgada a una persona que en la unidad médica no tiene registro previo de <u>Planificación Familiar</u>. Independientemente de que exista padecimiento de primera vez o subsecuente.</p> <p>También se considera de primera vez, aquélla que se proporciona a una persona cuyo expediente o registro señala baja o una cita no cumplida de planificación familiar, por tres meses.</p>
47	SUBSECUENTE:	<p>Atención otorgada a una persona que ya tiene registro previo de Planificación Familiar, independientemente del método anticonceptivo con que se controle.</p>
48	DETECCIONES:	<p>Búsqueda intencionada de un padecimiento en personas aparentemente sanas a través de la toma de muestras, exámenes o signos que permitan su identificación temprana. Anotar en la columna que corresponda al padecimiento buscado de acuerdo al resultado:</p> <p>P= Positivo N= Negativo</p>



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
49	DIABETES MELLITUS:	Debe realizar tamizaje una vez al año a los usuarios de 20 años y más que acudan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, considere positiva si se obtiene una glucemia capilar casual mayor a 140mg/dl. El registro en este formato se realizará únicamente cuando no sea aplicado el cuestionario de detección integrada.
50	HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	La detección debe realizarse una vez al año a los usuarios de 20 años y más que asistan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, considere positiva si se identifica en la detección presencia de la presión arterial mayor a 140 mm Hg (sistólica) y/o 90mm Hg (diastólica) . El registro en este formato se realizará únicamente cuando no sea aplicado el cuestionario de detección integrada.
51	OBESIDAD:	La detección debe realizarse una vez al año a los usuarios de 20 años y más que asistan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, de acuerdo al índice de masa corporal (IMC) anote: N (normal), si el valor es < 25; S (sobrepeso) 25.0 a 26.9 y O (obesidad) ≥ 27.
52	AGUDEZA VISUAL:	La detección debe realizarse una vez al año a los usuarios de 20 años y más que asistan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, marque con "X" esta columna en caso de haberse llevado a cabo esta actividad.
53	OSTEOPOROSIS:	La detección debe realizarse una vez al año a los usuarios de 60 años y más que asistan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, en base a <u>cuestionario</u> considere positiva o negativa la detección.
54	TUBERCULOSIS:	Deberá practicarse baciloscopía a toda persona con tos y expectoración, o hemoptisis sin importar el tiempo de evolución y de acuerdo al resultado anote la letra correspondiente.



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
55	SIFILIS:	Deberá practicarse PRR (Prueba Rápida de Reagina), en grupos de riesgo tales como: embarazadas, prostitutas, homosexuales y para la expedición de certificados médicos, anote la letra que corresponda al resultado.
56	CONDONES PREVENCIÓN ITS:	Anotar el número de condones entregados a población en riesgo, para prevenir las infecciones de transmisión sexual.
57	MENOPAUSIA CLIMATERIO: Y	En caso de que la usuario de 40 o más años de edad que acude a consulta por cualquier motivo y presente signos o síntomas característicos de la menopausia y/o climaterio como son: bochornos, sudoración nocturna, angustia o ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño, resequedad o comezón en la vagina, depresión o tristeza, desinterés por la actividad sexual, irregularidad en la menstruación o ausencia de la misma, marque con "X" esta columna; si el motivo de la consulta es la menopausia y/o climaterio, márquelo también.
58	DERECHOHABIENTE: IMSS ISSSTE SEGURO POPULAR OTRAS	Este espacio está destinado a cuantificar las consultas otorgadas a personas que tienen derecho a servicios médicos en la seguridad social; marque con "X" la columna de la institución de la cual sea derechohabiente el consultante. En el concepto "Otras" no incluya a los usuarios de población abierta.
59	PROESA:	Registrar este componente, marcando con "X" el espacio correspondiente, cuando la atención a la persona contempla orientación sobre el componente, historia clínica, pruebas de capacidad física, determinación del índice de masa corporal (IMC), programa personalizado de actividad física y entrega de guía de ejercicio.



16.- RECETA MÉDICA



Receta Médica

1/FOLIO

2/ORDINARIA <input type="checkbox"/>		MEDICAMENTOS CONTROLADOS GRUPO II Y III <input type="checkbox"/>			
3/NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN:		4/NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:		5/DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA:	
6/ <input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN		7/CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO:	8/No. LICENCIA SANITARIA	9/COBERTURA*: <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> OP	10/FECHA DE ELABORACIÓN:
11/NÚMERO DE EXPEDIENTE Y DE AFILIACIÓN		19/CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CÁLOGO)		20/CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)	
12/NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:		21/INDICACIONES (DOSIS)	22/DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	23/CANTIDAD SOLICITADA	24/CANTIDAD SURTIDA (LETRA)
13/EDAD:	14/GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CÁLOGO)		CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)	
15/NOMBRE DEL MÉDICO:		INDICACIONES (DOSIS)	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD SURTIDA (LETRA)
16/R.F.C.	17/No. CÉDULA PROFESIONAL	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CÁLOGO)		CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)	
18/FIRMA DEL MÉDICO		INDICACIONES (DOSIS)	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD SURTIDA (LETRA)
EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA		25/FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD	26/ENTREGUÉ CAJAS	27/RECIBÍ CAJAS	28/FECHA DE RECIBIDO

*SP=SEGURO POPULAR PA=POBLACIÓN ABIERTA OP=OPORTUNIDADES

217B20000-001-12

NOTA IMPORTANTE:

EN CASO DE QUE NO SE CUENTE CON ALGUNO DE LOS MEDICAMENTOS. EL PROVEEDOR TENDRÁ 60 MINUTOS PARA SURTIR LA RECETA TOTALMENTE.



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: Receta Médica

Objetivo:

Proporcionar al paciente las indicaciones de los medicamentos y la ingesta de los mismos.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y tres copias. El original y una copia lo conserva la farmacia, una copia se queda en la unidad médica y la otra se entrega al paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO:	Anotar el número consecutivo de folio, como medida de control interno.
2	ORDINARIA:	Marcar con una X el recuadro correspondiente, cuando se extienda una receta médica en forma normal u ordinaria o cuando se receten medicamentos controlados del grupo I y III.
3	NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN:	Anotar el nombre y clave de la jurisdicción en donde se elabora la receta médica.
4	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:	Escribir el nombre y clave de la unidad médica en donde se elabora el formato.
5	DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA:	Asentar el nombre de la localidad en donde se encuentra ubicada la unidad médica.
6	CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN:	Marcar con una "X" el recuadro correspondiente al servicio donde se genera.
7	CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO:	Anotar la clave y nombre del servicio interno en el cual se genera el formato.
8	NO. DE LICENCIA SANITARIA:	Asentar el número de la licencia sanitaria de la unidad médica.
9	COBERTURA:	Marcar con una "X" la cobertura que corresponda (Seguro Popular, Población Abierta, Oportunidades).
10	FECHA DE ELABORACIÓN:	Indicar el día, mes y año en que se genera el formato.
11	NÚMERO DE EXPEDIENTE Y AFILIACIÓN:	Anotar el número de expediente y afiliación correspondiente al paciente, en caso de pertenecer al seguro popular.
12	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:	Escribir el nombre(s) y apellidos del paciente.
13	EDAD:	Anotar los años cumplidos del paciente.
14	GÉNERO:	Marcar con un "X" el género del paciente.
15	NOMBRE DEL MÉDICO:	Asentar el nombre(s) y apellidos del médico tratante.
16	R.F.C.:	Anotar el Registro Federal de Causantes del Médico.
17	NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL:	Escribir el número de la cédula profesional del médico tratante.



18	FIRMA DEL MÉDICO:	Plasmar la firma autógrafa del médico tratante.
19	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATALOGO):	Anotar el nombre genérico del medicamento de conformidad con el cuadro básico.
20	CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10):	Registrar la clave relacionada con el diagnóstico dictaminado.
21	INDICACIONES (DÓSIS):	Anotar las indicaciones al paciente, respecto a la dosificación del medicamento.
22	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:	Indicar el tiempo en que el paciente habrá de consumir el medicamento.
23	CANTIDAD SOLICITADA:	Asentar la cantidad de medicamentos solicitados.
24	CANTIDAD SURTIDA:	Escribir con letra la cantidad de medicamentos surtidos.
25	FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD:	Colocar la firma autógrafa del paciente al momento de recibir de conformidad el medicamento.
26	ENTREGUÉ:	Anotar el número de cajas que corresponden al medicamento entregado al paciente.
27	RECIBÍ:	Indicar con letra el número total de cajas de medicamento que le son proporcionadas al paciente.
28	FECHA DE RECIBIDO:	Anotar el día, mes y año en que se surten los medicamentos al paciente.



17.- TABLA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CONTROL PRENATAL



Tabla de Valoración de Riesgo del Control Prenatal

UNIDAD MÉDICA:	FECHA:
NOMBRE DE LA PACIENTE	No. EXPEDIENTE:
DOMICILIO:	TELÉFONO:

INSTRUCCIONES: Responda las siguientes preguntas marcando con una cruz el casillero correspondiente.

DATOS GENERALES		BAJO RIESGO	ALTO RIESGO
1	Edad (años)	≥ 19 a ≤ 34	≤ 20 o > 34
2	IMC al inicio del embarazo		≤ 24 o ≥ 30
3	Embarazo planeado	Si	No

ANTECEDENTES		BAJO RIESGO	ALTO RIESGO
3	Paridad	1 a 3	4 o más
4	Parto anterior	Normal	Complicado
5	Hemorragia obstétrica	No	Si
6	Aborto previo complicado	No	Si
7	Cesárea	No	1 o más
8	Preeclampsia-Eclampsia	No	Si
9	Hijos con peso al nacimiento	≥ 2500 ≤ 3900	≤ 2500 ≥ 3900
10	Muertes Perinatales	No	Si
11	Hijos con malformaciones	No	Si
12	Cirugía genitourinaria	No	Si
13	Trombosis venosa	No	Si

EMBARAZO ACTUAL		BAJO RIESGO	ALTO RIESGO
14	Hemoglobina en g.	10 y más	< 10
15	Toxicomanías	No	Si
16	Diabetes Mellitus	No	Si
17	Hipertensión crónica	No	Si
18	VIH +	No	Si
19	VDRL +	No	Si
20	Fondo uterino (cms/mes)	Dentro de rango	Fuera de rango
21	Infección urinaria	No	Refractaria o recurrente
22	Redes de apoyo	Presente	Ausente
23	Estado socioeconómico		Precario

EMBARAZO DE BAJO RIESGO MINIMO 5 CONSULTAS EN 1er NIVEL DE ATENCIÓN, REFIRIENDO A LA SEMANA 32 PARA VALORACIÓN AL NIVEL DE ATENCIÓN DONDE SE RESOLVERÁ SU PARTO.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO REFERENCIA AL SIGUIENTE NIVEL RESOLUTIVO Y SEGUIMIENTO MINIMO 5 CONSULTAS EN 1er NIVEL Y MINIMO 5 CONSULTAS EN EL SIGUIENTE NIVEL DE ATENCIÓN



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:		
TABLA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CONTROL PRENATAL.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	EDAD (AÑOS):	Preguntar edad en años y anotar en casilla correspondiente acorde al rango como bajo o alto riesgo.
2	IMC AL INICIO DEL EMBARAZO	Preguntar peso antes del embarazo y talla y calcular peso en Kg/el cuadrado de la talla. Anotar en casilla.
3	EMBARAZO PLANEADO	Preguntar: ¿Planeó el embarazo? Y anotar en casilla correspondiente sí o no.
ANTECEDENTES		
3	PARIDAD	Preguntar el número de embarazos previos + agregar el presente y anotar en casilla correspondiente.
4	PARTO ANTERIOR	Preguntar: ¿en el parto/cesárea anterior tuvo sangrado o alguna complicación?
5	HEMORRAGIA OBSTÉTRICA	Preguntar: ¿En el embarazo/parto anterior le transfundieron o pusieron sangre?
6	ABORTO PREVIO COMPLICADO	Preguntar: Si en alguno de los embarazos previos presentó un aborto, ¿Fue necesario transfundirla o tuvo alguna complicación?
7	CESÁREA	Preguntar: ¿Le han realizado alguna cesárea?
8	PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	Preguntar: En los embarazos previos ¿Presentó alta de la presión o Preeclampsia?
9	HIJOS CON PESO AL NACIMIENTO	Preguntar: ¿Cuánto pesaron sus hijos al nacer? Anotar en la casilla de alto riesgo si hay uno con alto o bajo peso. Anotar en bajo riesgo si el peso de todos fue normal en casilla de bajo riesgo.
10	MUERTES PERINATALES	Preguntar: ¿Se lograron todos los productos/bebés de sus embarazos? ¿Perdió uno durante embarazo o en el primer mes de vida? Señalar si o no.
11	HIJOS CON MALFORMACIONES	Preguntar: ¿Algún bebé tuvo o tiene malformaciones?
12	CIRUGÍA GENITOURINARIA	Preguntar: ¿Le han realizado/practicado alguna cesárea, embarazo ectópico, operación en la matriz o en los ovarios? Señalar sí o no en la casilla que corresponda.
13	TROMBOSIS VENOSA	Preguntar: ¿Ha tenido problemas en las venas de las piernas? Anotar sí o no en casilla correspondiente.
EMBARAZO ACTUAL		
14	HEMOGLOBINA EN G	Investigar en examen de laboratorio y anotar en rango respectivo.
15	TOXICOMANÍAS	Preguntar: ¿Usted fuma y/o toma alcohol y/o utiliza alguna droga? Anotar sí o no.
16	DIABETES MELLITUS	Preguntar: ¿Se conoce diabética o ha tenido diabetes en embarazos anteriores? Anotar sí o no.
17	HIPERTENSIÓN CRÓNICA	Preguntar: ¿Padece alta de la presión o toma medicamento para la presión? Anotar sí o no.



18	VIH +	Investigar con examen de laboratorio y anotar.
19	VDRL +	Investigar con examen de laboratorio y anotar.
20	FONDO UTERINO (CMS/MES)	Utilizar cinta métrica, colocar el cero de la escala en borde superior de la sínfisis del púbis y en una línea recta medir hasta el fondo uterino. La medición deberá traspolarse a la tabla de crecimiento uterino del apéndice A de la NOM-007 de embarazo, parto, puerperio. Anotar en casilla correspondiente como dentro o fuera de rango.
21	INFECCIÓN URINARIA	Documentar con sintomatología urinaria (ardor, tenesmo, nicturia) y/o exploración física (Giordano positivo o dolor en flancos), examen general de orina y/o urocultivo con uno positivo a pesar de tratamiento se clasificará como recurrente.
22	REDES DE APOYO	Preguntar: ¿Quién le ayuda durante su embarazo? Si la respuesta es ninguna persona, anotar en ausente.
23	ESTADO SOCIOECONOMICO	Preguntar: ¿El dinero que tienen les alcanza para comer 3 veces al día? Si la respuesta es no. Anotar precario.



18.- MOTIVO DE ENVIO INMEDIATO AL NIVEL RESOLUTIVO EN CALIDAD DE URGENCIA CON ACOMPAÑAMIENTO DE LA UNIDAD INFORME PRIORITARIO AL DIRECTOR Y GESTOR DE RED

MOTIVO DE ENVIO INMEDIATO AL NIVEL RESOLUTIVO EN CALIDAD DE URGENCIA CON ACOMPAÑAMIENTO DE LA UNIDAD INFORME PRIORITARIO A DIRECTOR Y GESTOR DE RED

01	Presión arterial sistólica mayor o igual a 140 o más	
02	Presión arterial diastólica mayor o igual a 90 o más	
03	PAM	elevación de 20 mm Hg o más sobre las cifras previas durante el primer trimestre
		elevación igual o mayor a 95, en el 2o trimestre
		cifra absoluta igual o mayor a 106 mm Hg
04	Proteinuria > de 300 mg/l	
05	Tira reactiva igual o mayor 30 mg/dl (1 +)	
06	Cefalea intensa o alteraciones visuales o cerebrales persistentes	
07	Epigastralgia	
08	Ganancia excesiva de peso a lo esperado a edad gestacional	
09	Ruptura prematura de membranas	
10	Temperatura < de 36 ó > 38	
11	Somnolencia	
12	FR > 20	
13	FC igual o mayor a 90	
14	Índice de choque (FC/sistólica) > 0.8	
15	Sangrado transvaginal	
16	Trabajo de parto en embarazo de 36 SDG o menos	
17	Trabajo de parto en una mujer con cesárea previa	
18	Glucemia \geq a 105 mg/dl	
19	Hb < de 8 gr/100 ml	
20	Creatinina sérica \geq 1.2	
21	Rh - Coombs +	
22	Cardiopatía	
23	Nefropatía	
24	Hepatopatía	
25	Trombosis venosa profunda	
26	VIH (linfopenia < 1500)	
27	Depresión	
28	Código 046	

EMBARAZO DE BAJO RIESGO MINIMO 5 CONSULTAS EN 1er NIVEL DE ATENCIÓN, REFIRIENDO A LA SEMANA 32 PARA VALORACIÓN AL NIVEL DE ATENCIÓN DONDE SE RESOLVERÁ SU PARTO.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO REFERENCIA AL SIGUIENTE NIVEL RESOLUTIVO Y SEGUIMIENTO MINIMO 5 CONSULTAS EN 1er NIVEL Y MINIMO 5 CONSULTAS EN EL SIGUIENTE NIVEL DE ATENCIÓN.

MOTIVO DE ENVIO INMEDIATO AL NIVEL RESOLUTIVO EN CALIDAD DE URGENCIA CON ACOMPAÑAMIENTO DE LA UNIDAD INFORME PRIORITARIO AL DIRECTOR Y GESTOR DE RED		
01	PRESIÓN ARTERIAL SISTOLICA	En posición sentada con espalda a 45 grados aplicar brazaletes (1.5 veces la circunferencia del brazo) en brazo izquierdo y con estetoscopio en región cubital identificar el primer ruido (sistólico) a la auscultación. Anotar en casilla.
02	PRESIÓN ARTERIAL DIASTOLICA	En posición sentada con espalda a 45 grados aplicar brazaletes (1.5 veces la circunferencia del brazo) en brazo izquierdo y con estetoscopio en región cubital identificar el último ruido (diastólico) a la auscultación. Anotar en casilla.
03	PRESIÓN ARTERIAL MEDIA	Calcular tensión arterial sistólica menos tensión arterial diastólica, dividir entre tres y sumar a tensión arterial diastólica. Anotar resultado en el rango correspondiente.
04	PROTEINURIA	Medición en orina de 24 hrs. Solicitar que el día de inicio de recolección descarte la primera micción y a partir de entonces recolecte durante todo el día hasta la primera micción del día siguiente. Enviar a laboratorio.
05	TIRA REACTIVA LABSTIX	Solicitar a la paciente orine en tira reactiva y el resultado igual o mayor 30 mg/dl (1+) se anotará en casilla respectiva.
06	CEFALEA INTENSA O ALTERACIONES VISUALES O CEREBRALES	Dolor de cabeza continuo que se acompaña de vista borrosa y/o manchas en la visión y/o zumbido de oídos.
07	EPIGASTRALGÍA	Dolor en la boca del estómago.
08	GANANCIA EXCESIVA DE PESO A LO ESPERADO EDAD GESTACIONAL	Aumento de peso mayor a 500 gr. cada mes en el primer trimestre y/o un kilo cada mes en el segundo trimestre y/o hasta 2 kilos cada mes en el tercer trimestre.
09	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Salida de líquido transvaginal por referencia de la mujer o visualización directa (Olor a cloro).
10	TEMPERATURA	Después de verificar que la escala de mercurio se encuentre debajo de la escala, colocar termómetro en axila derecha durante 5 minutos, leer y registrarlo.
11	SOMNOLENCIA	Tendencia al sueño o adormilamiento.
12	FRECUENCIA RESPIRATORIA	En posición sentada o acostada observar el número de movimientos de amplexión de caja torácica durante 15 segundos y multiplicarlo por 4.
13	FRECUENCIA CARDIACA	En posición sentada o acostada auscultar en área cardíaca el número de latidos cardíacos durante 15 segundos y multiplicarlo por 4.
14	INDICE DE CHOQUE (FC/SISTOLICA)	Dividir el valor de la tensión arterial sistólica entre el valor obtenido de la frecuencia cardíaca de la paciente y registrar.



15	SANGRADO TRANSVAGINAL	Identificación de cualquier cantidad de sangrado transvaginal sin importar las características del sangrado.
16	TRABAJO DE PARTO EN 36 SDG O MENOS	Sensación de dolor cólico semejante a la menstruación en embarazos menores a 37 semanas con o sin dilatación.
17	TRABAJO DE PARTO EN UNA MUJER CON CESÁREA PREVIA	Sensación de dolor cólico semejante a la menstruación con dilatación (apertura de orificio cervical interno) y cesárea anterior.
18	GLUCEMIA	Medición de glucosa en sangre en ayunas mayor a 105 mg/dl.
19	HEMOGLOBINA	Medición de hemoglobina en sangre menor a 8 gr/dl.
20	CREATININA SERICA	Medición de creatinina en sangre igual o mayor a 1.2 mg/dl.
21	RH-COOMBS+	Identificar paciente con Rh negativo y prueba coombs positiva no importando el título.
22	CARDIOPATÍA	Embarazada con dificultad respiratoria al subir una escalera de un piso, y/o al reposo, y/o solplo a la exploración cardiaca.
23	NEFROPATÍA	Embarazada con enfermedad conocida del riñón.
24	HEPATOPATÍA	Embarazada con enfermedad conocida del hígado.
25	TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	Embarazada con antecedente o enfermedad presente de trombosis venosa profunda.
26	VIH (LINFOPENIA MENOR 1500)	VIH (LINFOPENIA MENOR 1500)
27	DEPRESIÓN	Embarazada con enfermedad depresiva conocida con o sin tratamiento actual.
28	CÓDIGO 046	Embarazada con tamizaje positivo a herramienta de detección.



19.- HOJA DE REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Hoja de Registro Clínico de Enfermería para Primer Nivel de Atención

DATOS DE IDENTIFICACION											
Jurisdicción: (1)		Municipio: (2)			Localidad: (3)						
Unidad de Salud: (4)		No. Afiliación/Expediente: (5)			Género: (7)		M H				
Nombre: (6)		Ocupación: (10)			Edad: (9)						
Fecha Nacimiento: (8)		DD	MM	AAAA	Teléfono: (12)						
Domicilio Actual: (11)											
IDENTIFICACION DE DETERMINANTES DE RIESGO											
Condiciones de la Vivienda		Sociales y Familiares		Heredo Familiar		Personales					
Disposición de Excretas (13)		Opciones de Recreación (23)		Diabetes Mellitus (26)		Estado Civil (31)					
Abastecimiento de Agua (14)				Hipertensión Arterial (27)		Ejercicio (32)					
No. Cuartos (15)		Grupos de Apoyo (24)		Enfermedad Mental (28)		Religión (33)					
Piso (16)		No. Integrantes de la Familia (25)		Cáncer (29)		Grupo Rh (34)					
Techo (17)		Enfermedades Endémicas de Riesgo (30)				Alergias (35)					
Paredes (18)						Higiene Personal (36)					
Exposición de Humo de Leña (19)						Cartilla Nacional de Salud (37)					
Disposición de Basura (20)							SI	NO	P		
Animales Domésticos (21)						Fecha					
Fauna Nociva (22)						Fecha					
VALORACIÓN SOMATOMETRÍA Y SIGNOS VITALES											
Indicador	Fecha (38)	Dato	Fecha	Dato	Indicador	Fecha (38)	Dato	Fecha	Dato		
Peso (39)					Perímetro Abdominal (44)						
Talla (40)					Pulso (45)						
Índice de Masa Corporal (41)					Respiración (46)						
Circunferencia de Cintura (42)					Tensión Arterial (47)						
Perímetro Cefálico (43)					Temperatura (48)						
NUTRICION		VACUNACIÓN (62)				PROMOCIÓN DE LA SALUD (64)					
Bajo Peso (49)		Esquema Completo Según Edad				Incorporación al Programa de Salud					
Peso Normal (50)		Vacuna		Fecha / Dosis		Alimentación Correcta					
Sobrepeso (51)				1a.	2a.	3a.	Refuerzo	Higiene Personal			
Obesidad Grado I (52)		V a c u n a s	BCG					Actividad Física			
Obesidad Grado II (53)			Pentavalente					Cuidados al Recién Nacido del Niño y Lactancia Materna			
Obesidad Grado III (54)			Rotavirus					Salud Bucal			
Desparasitación (55)			Hepatitis B					Desarrollo y Estimulación Temprana			
Vitamina "A" Recién Nacido (56)			Sabin					Prevención de Cáncer Mamario			
Vitamina "A" Lactante (57)			Neumococo Conjugado					Prevención de Cáncer Cérvico Uterino			
Vitamina "A" Niño (58)			Influenza					Salud Sexual y Reproductiva			
Ácido Fólico (59)			DPT					Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA			
Vida Suero Oral (60)		SRP					Consejería Anticonceptiva				
Hierro (61)		VPH					Envejecimiento Saludable				
Niños de 6 meses a 9 años		SR					Prevención y Tratamiento de Adicciones				
Adolescentes		Neumococo 23 Valente					Prevención de Enfermedad Prostática				
Embarazada		TD					Signos y Síntomas de Alarma (IRAS y EDAS) a madres y/o responsables				
Embarazada con anemia		Otros					Sobrepeso, Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Dislipidemias				
INGESTA DE MEDICAMENTOS (63)											
DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD											
Detección	Fecha	Normal	Sospechoso	Detección	Fecha	Normal	Sospechoso	Entorno Favorable a la Salud (Vivienda, Áreas de Trabajo, Escuelas)			
Colesterol (65)				Agudeza Visual (72)				Dueños Responsables de Animales de Compañía			
Hipertensión (66)				Tuberculosis (73)				Prevención de Tuberculosis			
Diabetes Mellitus (67)				Tamiz Metabólico. (Fecha/Folio/Resultado) (74)				Cultura para la Donación de Órganos			
Triglicéridos (68)										Capacitación a Madres (Estimulación, Prevención de Accidentes en menores de 5 Años, Obesidad y Sobrepeso, Cuidados del RN, desnutrición)	
Cáncer Cérvico Uterino (69)										Prevención de Accidentes	
Cáncer Mamario (70)										Incorporación a Sesiones o Grupos de Ayuda Mutua	
Virus Papiloma Humano (71)											



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO										ISEM			
SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER				SIGNOS DE ALARMA EN LA EMBARAZADA (86)				SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PUERPERIO (87)			Detección de Sífilis (88)	Detección de VIH (89)	
Inicio de Vida Sexual Activa (Edad) (75)				Dolor abdominal				Sangrado Vaginal abundante o permanente	1 ^a	2	3 ^a	Fecha	Fecha
Ciclo Menstrual (76)				Fiebre				Sangrado o salida de líquidos (loquios con mal olor)				Dato	Dato
Planificación Familiar Actual (77)				Acúfenos				Náuseas o vomito					
Menarca (78)				Fosfenos				Dolor abdominal					
Dismenorrea (79)				Céfalea				Fiebre					
Prácticas de Riesgo (80)				Edema de cara manos y pies				Dolor en el pecho o en alguna de las piernas					
Gestas (81)				Convulsiones o ataques				Palidez de la piel					
Fecha del Último Parto (82)				Vómitos incontrolables				Grietas o enrojecimiento y dolor de los senos					
Cesáreas/Fecha Última Cesárea (83)				Salida de líquido amniótico									
Abortos/Fecha de Último Aborto (84)				Presencia de sangrado vaginal									
Fecha Última Menstruación (85)				Contracciones uterinas antes del término del embarazo									
				Ausencia de movimiento fetal después del 5 ^o mes									
SALUD REPRODUCTIVA DEL HOMBRE													
Inicio de Vida Sexual Activa del Hombre (Edad) (91)		Prácticas de Riesgo (92)		Detección de cáncer de Próstata (93)		Disfunción Eréctil (94)		Método actual de Planificación Familiar (95)					
PROBLEMA (96)	<h1>Página 1</h1>												
ETIOLOGÍA/ORIGEN (97)													
SIGNOS Y SÍNTOMAS (98)													
PLANEACIÓN													
Diagnóstico de Enfermería (99)	Objetivo (100)	Intervenciones (101)								Evaluación (102)			
Fecha (103)		Enfermera Responsable/Nombre Completo (104)					Cédula Profesional (105)						
PROBLEMA (96)													
ETIOLOGÍA/ORIGEN (97)													
SIGNOS Y SÍNTOMAS (98)													
PLANEACIÓN													
Diagnóstico de Enfermería (99)	Objetivo (100)	Intervenciones (101)								Evaluación (102)			
Fecha (103)		Enfermera Responsable/Nombre Completo (104)					Cédula Profesional (105)						



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: HOJA DE REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (217B20000-466-13)

Objetivo: Registrar todas las intervenciones de enfermería al usuario de forma integral, clara, veraz y oportuna

Distribución y destinatario: El formato se genera en original para control de la Unidad Médica

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Jurisdicción	Anotar el número y nombre completo de la Jurisdicción Sanitaria a la cual corresponde la unidad.
2	Municipio	Anotar el nombre completo del Municipio a la cual corresponde la unidad.
3	Localidad	Anotar el nombre de la localidad en la cual se ubica la unidad. Para áreas urbanas, registre el nombre de la colonia.
4	Unidad de Salud	Anote el tipo y nombre de la unidad médica donde se da la atención.
5	No. de Expediente/ Afiliación	Anotar el número del expediente clínico asignado al usuario o en su caso su número de afiliación al seguro popular.
6	Nombre	Anotar nombre y apellidos completos, del usuario iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s).
7	Género	Marcar con una X el cuadro correspondiente a M si es mujer y H si es hombre.
8	Fecha de Nacimiento	Anotar con números arábigos día, mes y año de la fecha de nacimiento. Utilizando dos números para el día, dos para el mes y cuatro para el año (ejemplo 02/05/2007).
9	Edad	Registre con números arábigos la edad cumplida del usuario. Para menores de un mes anote en días asignando a continuación la letra "D", para niños mayores de un mes, pero menores de un año anote los meses asignando la letra "M", para usuarios mayores de un año, los años consignando la letra "A" ejemplo 2D (2 días).
10	Ocupación	Asentar la ocupación del usuario.
11	Domicilio Actual	Anotar domicilio del usuario calle, número exterior e interior, colonia, municipio o localidad y código postal.
12	Teléfono	Registrar el teléfono fijo o celular que refiera el usuario, incluir lada. En caso de no tener teléfono anotar un número donde se pueda localizar.
13	Disposición de Excretas	Especificar si cuenta con excusado con drenaje o fosa séptica, letrina o excreta al ras del suelo.
14	Abastecimiento de Agua	Registrar las fuentes de obtención del agua. Ejemplo: potable, pozo, deposito, arroyo , etc.



15	Número de Cuartos	Anotar el número de cuartos con los que cuenta la vivienda. Incluyendo cocina.
16	Piso	Registrar si el piso es de cemento, tierra, madera u otros.
17	Techo	Registrar si el techo es de concreto, lámina o material de la región.
18	Paredes	Registrar si las paredes son de block, ladrillo, adobe, cartón, lámina o material de la región.
19	Exposición de Humo de Leña	Anotar Si está o No expuesta al humo de leña, material inflamable, etc.
20	Disposición Basura	Registrar si se deposita la basura a cielo abierto, la queman, entierran o utilizan camión recolector.
21	Animales Domésticos	Registrar el número y tipo de animales domésticos en su domicilio.
22	Fauna Nociva	Registrar el tipo de animales nocivos que se encuentran en la vivienda.
23	Opciones de Recreación	Registrar si el lugar cuenta con cines, parques, canchas deportivas u otros lugares de recreación.
24	Grupos de Apoyo	Registrar si pertenece a un grupo de apoyo y especificar.
25	Número de Integrantes de la Familia	Anotar el número de personas que habitan en la vivienda.
26	Diabetes Mellitus	Escribe el parentesco familiar de la persona que padece Diabetes mellitus.
27	Hipertensión Arterial	Escribe el parentesco familiar de la persona que padece Hipertensión Arterial.
28	Enfermedad Mental	Escribe el parentesco familiar de la persona que padece alguna enfermedad mental.
29	Cáncer	Escribe el parentesco familiar de la persona que padece algún tipo de cáncer.
30	Enfermedades Endémicas de Riesgo	Registrar el tipo de enfermedad, de acuerdo a la región y prevalencia.
31	Estado Civil	Anotar si el usuario es soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.
32	Ejercicio	Registrar si el usuario realiza ejercicio, cuantas veces a la semana. Ejemplo: anotar 3x7 (3 días a la semana).
33	Religión	Anotar el tipo de creencias y prácticas considerada como espirituales o sagradas para la persona.
34	Grupo Rh	Solicitar al usuario se realice este estudio de laboratorio y que lo presente el día de la consulta para anotar de manera correcta esta información.
35	Alergias	Registrar el tipo de sustancia (alimento, fármaco o sustancias del medio ambiente) ante la cual se altera el organismo de la persona.
36	Higiene personal	Anotar la frecuencia de la higiene corporal: días/semana.



37	Cartilla Nacional de Salud	Registrar de acuerdo a grupo etareo, y a la fecha de expedición:
		“SI” se la entregó en el momento de la valoración.
		“NO” no tiene cartilla y no se cuenta con material para entrega
		“P” la presenta en el momento de la atención
38	Fecha	Registrar la fecha en que acude el usuario a la atención.
39	Peso	Registrar en kilogramos el peso del usuario.
40	Talla	Registrar en metros y centímetros la talla del usuario.
41	IMC	<p>Calcular el Índice de Masa Corporal de acuerdo a la siguiente fórmula :</p> <p>$\text{Peso} \div 50 \text{ kg}$</p> <p>$\text{Talla al cuadrado} = (1.50 \text{ mts.} \times 1.50 \text{ mts})$ =22.2 IMC)</p> <p>Se clasifica de acuerdo a los siguientes resultados:</p> <p>IMC <de 18.5 bajo peso IMC de 18.5 A 24.9 normal IMC > de 25.0 a 29.9 sobrepeso IMC > de 30.0 a 34.9 obesidad grado I IMC > de 35 a 39.9 obesidad grado II IMC >de 40 o más obesidad grado III</p>
42	Circunferencia de Cintura	Registrar el resultado de la medición de la cintura en centímetros ejemplo 90 cms, 1.10 cms.
43	Perímetro Cefálico	Registrar la medición obtenida de la circunferencia de la cabeza (pasa por los meatos auditivos externos y los bordes superiores de las órbitas) registrando en centímetros.
44	Perímetro abdominal	Registrar la medición obtenida del punto medio entre la última costilla y la parte superior de la cresta iliaca (cadera). Registrando en centímetros.
45	Pulso	Registrar el número de veces que pasa la sangre por las arterias en un minuto (pulsaciones por minuto).
46	Respiración	Anotar el número de veces en que se expanden los pulmones del usuario al inspirar y expirar por minuto.
47	Tensión Arterial	Indicar las cifras sistólica y diastólica, mínima y máxima ejemplo: 120/80.
48	Temperatura	Anotar la temperatura corporal del usuario en grados centígrados.
49	Bajo Peso	Marcar con una “X” a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal, con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.
50	Peso Normal	Marcar con una “X” a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.



51	Sobrepeso	Marcar con una "X" a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.
52	Obesidad Grado I	Marcar con una "X" a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.
53	Obesidad Grado II	Marcar con una "X" a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.
54	Obesidad Grado III	Marcar con una "X" a que grupo pertenece después de obtener el índice de masa corporal con referencia en los valores de la tabla en el número 41 de este instructivo.
55	Desparasitación	Administrar vía Oral albendazol dos veces al año en semanas nacionales de salud, registrando la dosis administrada con una "X".
56	Vitamina "A" Recién Nacido	Registrar con una "X" la aplicación de vitamina "A" a recién nacidos 1 gota.
57	Vitamina "A" lactantes	Registrar con una "X" la aplicación de vitamina "A" 6 a 11 meses 2 gotas.
58	Vitamina "A" niños	Registrar con una "X" la aplicación de vitamina "A" 1 a 4 años 4 gotas.
59	Ácido Fólico	Registrar la dotación entregada.
60	Vida Suero Oral	Registrar dotación entregada de forma permanente y en semanas nacionales de salud.
61	Hierro	Registrar con una "X" la aplicación de Hierro : En los niños de 6 meses a 4 años de edad cuando por datos clínicos o por laboratorio se diagnostique anemia se administrarán por vía oral, 2 ml del suplemento una vez al día, durante seis meses. En los niños de 5 a 9 años de edad, únicamente cuando por clínica o por laboratorio se diagnostique anemia; la dosis será de 2 ml del suplemento al día por vía oral, durante seis meses. Adolescentes de 10 a 19 años de edad, únicamente cuando por clínica o por laboratorio se diagnostique anemia; la dosis será de una tableta vía oral diaria durante tres meses. Tabletas para adolescentes, mujeres embarazadas, caja con 30 (Clave de Medicamentos del Sector Salud 2710)
62	Vacunación	Identificar las vacunas correspondientes de acuerdo a la edad y registrando la fecha de administración con números arábigos dos números para el día, dos para mes y dos para el año (Ejemplo: 15/08/10).
63	Ingesta de Medicamentos	Anotar tipo y dosis de medicamentos que actualmente ingiere.



64	Promoción de la salud	Anotar una "X" dentro de la columna de la izquierda el tema otorgado al usuario.
65	Colesterol	Anotar las cifras obtenidas en el dispositivo.
		Normal 150-200mg/dl
		Bajo riesgo 200mg/dl
		Riesgo Intermedio 200-300 mg/dl
		Alto riesgo +300mg/dl
66	Hipertensión Arterial	Anotar las cifras obtenidas
		120/80mg Ag óptima
		121-129/ 81-84mg Ag normal
		-130-139/-85-89 mgAg normal alta
		Arriba de 139/89 mgAg sospechoso
67	Diabetes Mellitus	Anotar las cifras obtenidas del glucómetro.
		Ayuno 8 hrs 60-99 Normal
		+ 100 sospechoso
		Sin ayuno 70-139 Normal
		+ 140 sospechoso
68	Triglicéridos	Anotar las obtenidas del dispositivo .
		Normal - 150 mg/dl
		Limítrofe alto 150-199mg/dl
		Alta 200- 449mg/dl
		Muy alto + 500 mg/dl
69	Detección Cáncer Cérvicouterino	Registrar la fecha de la última citología realizada y en cuanto lleguen los resultados registrar con una "X" si es normal, o especificar el resultado si es sospechoso
70	Detección Cáncer de Mamarío	Registrar la fecha la última: 1=exploración mamaria y 2 = mastografía y si es normal o sospechoso se anota una "X".
71	Detección de Virus de Papiloma Humano	Registrar la fecha de la última toma de híbrido y en cuanto lleguen los resultados registrar con una "X" si es normal, o especificar el resultado si es sospechoso.
72	Detección de Agudeza Visual	Registrar la fecha de valoración, y marcar con una "X" si se encuentra dentro de los parámetros normales o si es sospechoso.
73	Detección de Tuberculosis	Registra una "X" si la basíloscopia da como resultado negativo, sospechoso ó es un caso.
74	Detección de Tamiz Metabólico	Registrar la fecha de la detección, número de folio y el resultado en cuanto se obtengan.



75	Inicio de Vida Sexual Activa	Registrar la edad de la usuaria cuando inició su actividad sexual.
76	Ciclo Menstrual	Registrar duración y frecuencia del ciclo menstrual de la usuaria (ejemplo: 5X28 = 5 días cada 28).
77	Método de planificación familiar actual	Registrar el tipo de método de planificación familiar y el tiempo de uso. Ejemplo: DIU 6 meses.
78	Menarca	Registrar la edad de la primera menstruación.
79	Dismenorrea	Anotar si presenta o no dolor durante su período menstrual.
80	Prácticas de riesgo	Registrar si existen factores de riesgo que condicionen la salud de la usuaria como relaciones sexuales con múltiples parejas o con parejas del mismo sexo, ITS, VIH, Hepatitis C, perforaciones (percing) o tatuajes en diferentes partes del cuerpo.
81	Gestas	Indicar el número de embarazos que ha tenido a la fecha. Es preciso tomar en cuenta el actual.
82	Paras /Fecha Último de Parto	Registrar el total de partos y la fecha del último parto, anotando con números arábigos(ejemplo: 4 partos 15-07-2012).
83	Cesárea/Fecha Última Cesárea	Registrar el total de cesáreas que se le han realizado y especificar la fecha del último (ejemplo: 2 cesáreas /19-02-2012).
84	Aborto/Fecha Último de Aborto	Registrar el número de interrupciones de embarazo con los que ha cursado, independientemente de la variedad y especificar la fecha de este último, colocando dos dígitos para el día, dos para el mes y dos para el año. (ejemplo:1 aborto/ 25-11-10).
85	Fecha Última de Menstruación	Registrar la fecha cuando se presentó la última menstruación.
86	Signos de Alarma en la Embarazada	Registrar el número que corresponda si presenta datos de alarma que se detectan en la atención y poner en riesgo la salud de la madre y el producto.
		Dolor abdominal
		Fiebre
		Acúfenos
		Fosfenos
		Cefalea
		Edema de cara, manos y pies
		Convulsiones o ataques
		Vómitos incontrolables
		Salida de líquido amniótico
		Presencia de sangrado vaginal
		Contracciones uterinas antes del término del embarazo
Ausencia de movimiento fetal después del 5º mes		



87	Signos de Alarma Durante el Puerperio	Sangrado vaginal abundante o permanente
		Sangrado o salida de líquidos (loquios) con mal olor
		Náuseas o vómito
		Dolor abdominal
		Fiebre
		Dolor en el pecho o en alguna de las piernas
		Palidez de la piel
		Grietas o enrojecimiento y dolor en los senos
88	Detección de Sífilis	Anotar la fecha y el resultado de detección de sífilis.
89	Detección de VIH	Anotar la fecha y el resultado de detección de VIH.
90	Climaterio y Menopausia	Registrar si la usuaria se encuentra en esta etapa post reproductiva y si ha recibido atención o tratamiento, escribir la fecha en la que presento amenorrea.
91	Inicio de Vida Sexual Activa del Hombre	Registrar la edad del usuario cuando inició su actividad sexual.
92	Prácticas de Riesgo	Registrar si existen factores de riesgo que condicionen la salud del usuario como relaciones sexuales con múltiples parejas o con parejas del mismo sexo, ITS, VIH, Hepatitis C, perforaciones (percing) o tatuajes en diferentes partes del cuerpo.
93	Detección de Cáncer de Prostata	Anotar la fecha con números arábigos, ejemplo (15-05-2012) y el resultado obtenido
94	Disfunción Eréctil	Registrar si o no existe incapacidad total o parcial para lograr una erección. En caso de que aplique mencionar el origen del problema.
95	Método Actual de Planificación Familiar	Registrar el tipo de método y el tiempo de uso

Proceso de Enfermería

En el siguiente apartado realizar mediante el formato Plan de Cuidados de Enfermería (PAE) el registro correspondiente a cada rubro.

96	Problema	Escribir el problema de salud detectado al momento de la valoración.
97	Etiología /Origen	Detectar que ocasiona el problema y registrarlo.
98	Signos y Síntomas	Signos: registrar las manifestaciones objetivas; Síntomas; registrar aquellos datos que sólo puede sentir el usuario al momento de la exploración y que influyan en algún cambio en su salud.
99	Diagnóstico de Enfermería	Este se estructura identificando el problema y complementando con la frase “relacionado con”, agregando la etiología con la frase “manifestado por”, adicionando lo signos y síntomas; así estructuramos el diagnóstico de Enfermería
		Ejemplo: diarrea relacionado con hábitos higiénicos deficientes manifestado por dolor y evacuaciones.



20.- PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD 20 A 59 AÑOS MUJER

Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud



Registro de seguimiento de las acciones

SALUD

Instrucciones

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Mujeres de 20 a 59 años

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente

No. de Expediente

No.	Acciones	Acción	Fecha	Acción	Fecha	Acción	Fecha	Acción	Fecha
			(día, mes año)		(día, mes año)		(día, mes año)		(día, mes año)
1	Entrega y/o actualiza la Cartilla Nacional de Salud Mujer de 20 a 59 años								
2	Informa sobre cáncer cérvico-uterino y si corresponde, toma Papanicolaou								
3	Informa sobre cáncer de mama, realiza exploración mamaria y en su caso, prescribe mastografía								
4	Aplica vacunas Td, SR, Influenza estacional y administra ácido fólico, según corresponda								
5	Orienta sobre salud sexual y reproductiva								
6	Informa sobre planificación familiar y promueve el uso de condones								
7	Detecta ITS y VIH/SIDA, brinda tratamiento de ITS y refiere los casos de VIH/SIDA								
8	Evalúa y vigila estado nutricional								
9	Aplica cuestionario para detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad y osteoporosis. Si corresponde, mide colesterol								
10	Verifica riesgo de TB y en presencia de tos y flemas, toma muestra para baciloscopia								
11	Administra quimioprofilaxis para tuberculosis pulmonar								
12	Identifica climaterio y menopausia a partir de los 40 años, y orienta según el caso								
13	Promueve actividad física y prevención de accidentes e informa sobre riesgos por consumo de alcohol y tabaco								
14	Informa sobre salud bucal								
15	Detecta y refiere casos de violencia familiar o de pareja								
(día/mes/año)		Observaciones							

PROMOCIÓN DE LA SALUD
UNA NUEVA CULTURA

217B20000-351-11

Nombre y firma del responsable





21.- PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD EN EL EMBARAZO

Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud

Registro de seguimiento de las acciones

SALUD

Instrucciones

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Consulta de primera vez durante el embarazo

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLINICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente

No. de Expediente

No.	Acciones	Acción		Acción		Acción		Acción	
		Fecha (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Fecha (día, mes año)		
1	Confirma embarazo								
2	Elabora Historia Clínica Perinatal y Carnet Perinatal								
3	Indica riesgos y refiere a la embarazada, en su caso								
4	Valora y controla peso y tensión arterial								
5	Promueve salud bucodental								
6	Indica estudios de laboratorio (Sífilis, BH, QS, EGO completo, tipo sanguíneo y Rh)								
7	Aplica vacuna Td, Influenza estacional e investiga aplicación de vacuna SR								
8	Administra complementos nutricionales								
9	Previene y detecta ITS y VIH/SIDA, brinda tratamiento de ITS y refiere casos de VIH/SIDA								
10	Orienta y promueve la participación paterna								
11	Previene, detecta y refiere casos de violencia familiar y de pareja								

(día/mes/año)	Observaciones

217B20000-350-11

Nombre y firma del responsable _____





Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud

Registro de seguimiento de las acciones

SALUD

Instrucciones

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Consulta Subsecuente durante el embarazo

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLINICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente

No. de Expediente

Segunda consulta

No.	Acciones	Acción	Fecha	Acción	Fecha	Acción	Fecha	Acción	Fecha
		(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)
1	Realiza exploración física completa								
2	Identifica signos y síntomas de alarma								
3	Solicita examen general de orina								
4	Proporciona complementos nutricionales								
5	Administra primera dosis de toxoide tetánico y diftérico								
6	Proporciona orientación a la embarazada y a su pareja								
7	Registra todas las actividades en la Historia Clínica Perinatal y en el Carnet Perinatal								

Tercera consulta

No.	Acciones	Acción	Fecha	Acción	Fecha	Acción	Fecha	Acción	Fecha
		(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)
1	Realiza exploración física completa								
2	Valora presentación fetal								
3	Identifica signos y síntomas de alarma								
4	Solicita exámenes de laboratorio (BH, Glucemia y VDRL)								
5	Proporciona complementos nutricionales								
6	Orienta a la embarazada y a su pareja								
7	Registra todas las actividades en la Historia Clínica Perinatal y en el Carnet Perinatal								

217B20000-349-11

Nombre y firma del responsable _____





Cuarta y Quinta consulta

No.	Acciones	Acción	Fecha	Acción	Fecha	Acción	Fecha	Acción	Fecha
			(día, mes año)		(día, mes año)		(día, mes año)		(día, mes año)
1	Realiza exploración física completa								
2	Valora presentación fetal								
3	Identifica signos y síntomas de alarma								
4	Aplica segunda dosis de toxoide tetánico y diftérico								
5	Proporciona complementos nutricionales								
6	Refuerza orientación a la embarazada y a su pareja o familia								
7	Registra todas las actividades en la Historia Clínica Perinatal y en el Carnet Perinatal								

PROMOCIÓN DE LA SALUD
UNA NUEVA CULTURA

(día/mes/año)	Observaciones

217B20000-349-11

Nombre y firma del responsable





22.- PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD EN EL EMBARAZO

20

Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud

Registro de seguimiento de las acciones


SALUD

Puerperio

Instrucciones

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLINICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente

No. de Expediente

No.	Acciones	Acción	Fecha	Acción	Fecha	Acción	Fecha	Acción	Fecha
			(día, mes año)		(día, mes año)		(día, mes año)		(día, mes año)
1	Elabora o actualiza Historia Clínica Perinatal								
2	Promueve alojamiento conjunto y lactancia materna								
3	Examina heridas quirúrgicas								
4	Vigila sangrado obstétrico								
5	Detecta HTA y edema								
6	Verifica presencia de fiebre								
7	Maneja y refiere oportunamente complicaciones								
8	Oferta métodos de planificación familiar								
9	Proporciona capacitación a la madre sobre cuidados del recién nacido								
10	Promueve la participación paterna en el cuidado del recién nacido, planificación familiar y estimulación temprana								
11	Promueve la detección de violencia familiar o de pareja, detecta y refiere casos								

PROMOCIÓN DE LA SALUD
UNA NUEVA CULTURA

(día/mes/año)	Observaciones

217B20000-348-11

Nombre y firma del responsable _____



23.- PLAN DE SEGURIDAD

Embarazo saludable..... para vivir mejor

Si requieres apoyo de transporte o cualquier otro tipo de ayuda, puedes comunicarte con:

Miembros del Comité Local de Salud: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____

Encargados en la Presidencia Municipal: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____

Personal de la Jurisdicción Sanitaria: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____

Otros: _____

Embarazo saludable..... para vivir mejor
 Plan de seguridad
 Embarazo, parto y cuarentena

360 x 245 mm

Tienes derecho a recibir servicios de salud sin costo durante tu embarazo, parto y cuarentena.

Recuerda que cualquier mujer embarazada o en la cuarentena se puede complicar, por eso es importante que el personal de salud te ayude a elaborar un **Plan de Seguridad**.

Responde con el médico, la enfermera o la trabajadora social las siguientes preguntas:

¿Cuál es la fecha probable de tu parto? _____

¿Quién va a atender tu parto? _____

¿En dónde van a atender tu parto? _____

Si tienes otros hijos ¿quién los va a cuidar? _____

En caso de que tuvieras alguna complicación o urgencia:

¿A quién le vas a avisar? _____ y a _____

¿A dónde vas acudir? _____ y a _____

¿Quién te va a acompañar? _____

¿Qué transporte vas a utilizar? _____

¿Sabes quién te puede ayudar? _____

DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y CUARENTENA:

Si se te hinchan la cara, las manos o los pies, te duele la cabeza, escuchas zumbidos, ves lucositas, tienes calentura y escalofríos...

Acude inmediatamente a:

Centro de salud: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Contactos: _____

Si no se mueve el bebé por más de 6 horas, tu parto tarda más de 12 horas y no nace el bebé, pierdes mucha sangre, tienes ataques, te sale líquido por la vagina, o la placenta no sale después de media hora de que nació el bebé...

Acude inmediatamente a:

Hospital: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Contactos: _____

REGISTRO DE EMBARAZADA

Nombre: _____
 Fecha: _____
 Localidad: _____
 Municipio: _____
 Edad: _____



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: PLAN DE SEGURIDAD

Tienes derecho a recibir servicios de salud sin costo durante tu embarazo, parto y cuarentena.

Recuerda que cualquier mujer embarazada o en cuarentena se puede complicar, por eso es importante que el personal de salud te ayude a elaborar un plan de seguridad.

Responde con el médico, la enfermera o la trabajadora social las siguientes preguntas.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	¿CUÁL ES LA FECHA PROBABLE DE TU PARTO?	Anotar la fecha probable de parto con números arábigos, el día, mes y año a que corresponde la información. En caso de no contar con el dato preguntar: Fecha de última menstruación (Primer día) más 7 días menos 3 meses.
2	¿QUIÉN VA ATENDER TU PARTO?	Anotar el nombre de la persona quién va atender tu parto.
3	¿EN DONDE VAN ATENDER TU PARTO?	Anotar el nombre de la Unidad Médica en donde van atender tu parto.
4	SI TIENES OTROS HIJOS ¿QUIÉN LOS VA A CUIDAR?	Anotar el nombre y parentesco de la persona quién va a cuidar a sus otros hijos.

EN CASO DE QUE TUVIERAS ALGUNA COMPLICACIÓN O URGENCIA

5	¿A QUIÉN LE VAS AVISAR?	Anotar el nombre y parentesco de la persona a quién le avisará.
6	¿A DONDE VAS ACUDIR?	Anotar el nombre de la Unidad Médica donde acudir.
7	¿QUIÉN TE VA ACOMPAÑAR?	Anotar el nombre y parentesco de la persona que te acompañara.
8	¿QUÉ TRANSPORTE VAS A UTILIZAR?	Anotar el tipo de transporte que utilizará para llegar a la Unidad Médica.
9	¿SABES QUIÉN TE PUEDE AYUDAR?	Anotar el nombre y parentesco de la persona quién la pueda ayudar.

DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Si se te hinchan la cara, las manos o los pies, te duele, te duele la cabeza, escuchas zumbidos, ves lucecitas, tienes calentura y escalofríos.

Acude inmediatamente a:

10	CENTRO DE SALUD:	Anotar el nombre de la Unidad Médica que otorga el servicio.
11	DIRECCIÓN:	Anotar la dirección completa (calle, número exterior, colonia o barrio, código postal, municipio o localidad).
12	TELEFONO:	Anotar el número telefónico de la Unidad Médica.
13	CONTACTOS:	Anotar el nombre de los contactos de la Unidad Médica.

Si no se mueve el bebé por más de 6 horas, tu parto dura más de 12 horas y no nace el bebé, pierdes mucha sangre, tienes ataques, te sale líquido por la vagina, o la placenta no sale después de media hora de que nació el bebé.

Acude inmediatamente a:

14	HOSPITAL:	Anotar el nombre de la Unidad Médica que otorga el servicio.
----	-----------	--



15	DIRECCIÓN:	Anotar la dirección completa (calle, número exterior, colonia o barrio, código postal, municipio o localidad).
16	TELEFONO:	Anotar el número telefónico de la Unidad Médica.
17	CONTACTOS:	Anotar el nombre de los contactos de la Unidad Médica.
18	FOLIO:	Anotar el número del expediente que tiene asignada la usuaria.
19	FECHA:	Anotar con números arábigos, el día, mes y año a que corresponde la información.

REGISTRO DE EMBARAZADA

20	NOMBRE:	Anotar el apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
21	FECHA:	Anotar con números arábigos, el día, mes y año a que corresponde la información.
22	LOCALIDAD:	Anotar el nombre de la Localidad de la usuaria.
23	MUNICIPIO:	Anotar el nombre del Municipio de la usuaria.
24	ESTADO	Anotar el nombre del Estado de la usuaria.

Embarazo saludable...para vivir mejor

Si requieres apoyo de transporte o cualquier otro tipo de ayuda, puedes comunicarte con:

25	MIEMBROS DEL CÓMITE LOCAL DE SALUD:	Anotar el nombre de los Miembros del comité local de salud.
26	DIRECCIÓN:	Anotar la dirección completa (calle, número exterior, colonia o barrio, código postal, municipio o localidad).
27	TELÉFONOS:	Anotar el número telefónico del local de salud.
28	ENCARGADOS EN LA PRESIDENCIA MUNICIPAL:	Anotar el nombre de los Encargados en la presidencia municipal.
29	DIRECCIÓN:	Anotar la dirección completa (calle, número exterior, colonia o barrio, código postal, municipio o localidad).
30	TELÉFONOS:	Anotar el número telefónico de la Presidencia municipal.
31	PERSONAL DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA:	Anotar el nombre del personal de la Jurisdicción sanitaria.
32	DIRECCIÓN:	Anotar la dirección completa (calle, número exterior, colonia o barrio, código postal, municipio o localidad).
33	TELÉFONO:	Anotar el número telefónico de la Jurisdicción sanitaria.
34	OTROS:	Anotar el nombre de otro tipo de apoyo.



**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: TARJETA DE CONTROL DE LA MUJER
EMBARAZADA Y EN LACTANCIA, SIS-SS-38-P**

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	ANTECEDENTES	<p>Gesta: Anote el número de embarazos que ha tenido la señora, incluyendo abortos.</p> <p>Para: Registre el número total de partos por vía vaginal que ha tenido la señora (incluyendo los nacidos muertos). En caso de ser primigesta anotar cero.</p> <p>Cesáreas: Anote el número de nacimientos resueltos por vía abdominal, en caso de no haber tenido, anotar NINGUNO.</p> <p>Abortos: Anote el número de abortos que ha tenido la señora, en caso de no haber tenido, anotar NINGUNO.</p> <p>Hijos nacidos vivos: Registre el número de hijos de la señora que hayan nacido vivos, sin importar si después murieron, en caso de no haber tenido, anotar NINGUNO.</p> <p>Hijos nacidos muertos: Registre el número de hijos de la señora que hayan nacido muertos, en caso de no haber tenido, anotar, NINGUNO.</p> <p>Uso Previo de anticonceptivos: Si la señora usaba algún método anticonceptivo antes del embarazo, especifique el tipo de método y tiempo de uso. Si se embarazó mientras usaba ese método anticonceptivo, señálelo en la sección dedicada a OBSERVACIONES GENERALES, ubicada en el reverso de la tarjeta.</p> <p>Hábito tabáquico: Marque con "X" el cuadro correspondiente a la respuesta.</p> <p>Fecha:</p> <p>Última menstruación: Anote el día, mes y año en que comenzó el sangrado de la última menstruación de la señora.</p> <p>Probable de parto: Anote la fecha probable de parto, día, mes y año. Para obtener este dato, sume nueve meses y siete días a la fecha de inicio de la menstruación de la señora. Esta fecha se puede modificar cuando ya se conozca con mejor exactitud.</p> <p>Aplicación TTD: Anote en primera, segunda o refuerzo, la fecha que la señora refiera le fue aplicado el biológico. Si no se aplicó esta vacuna, registre NO en la dosis. Si se le aplica durante el control, borre NO y escriba la fecha.</p>
2	INTEGRANTE DE FAMILIA OPORTUNIDADES	<p>Sólo se llena en caso de que la señora sea miembro de una familia OPORTUNIDADES.</p> <p>No. Tarjeta: Escriba el número de la tarjeta OPORTUNIDADES de la familia.</p>
3	LA FAMILIA DECLARA PERTENECER A UNA ETNIA INDIGENA	<p>Pregunte a la señora si la familia considera pertenecer a una etnia indígena; ello independientemente sea hablante o no de la lengua de la etnia a la que pertenece. Recuerde que la señora podrá ser beneficiaria del programa de nutrición respectivo en cuanto se maneje en el área de adscripción médica. Anote una "X" según corresponda.</p>
4	CONTROL PRENATAL	<p>Esta sección se debe llenar en toda atención prenatal. Utilice solamente un renglón para registrar los datos que se generen en cada consulta.</p> <p>Fecha de inicio de control: Anote con números arábigos, el día, mes y año en que la señora inicia su control prenatal.</p> <p>Semanas de gestación y Trimestre: Registre el número de semanas de gestación en que se encuentra la señora al recibir la primera atención, contando a partir de la fecha de inicio de la última menstruación, a continuación calcule el trimestre:</p>



		<p>Primero: 0 a 13 semanas, Segundo: 14 a 26 semanas; Tercero: 27 y más semanas.</p> <p>A partir del primer renglón registre en cada cita: Fecha: Anote la fecha de la consulta de control iniciando por día, mes y las dos últimas cifras del año. Anote con lápiz la fecha para la próxima cita, una vez que acuda anote la fecha definitiva con tinta. Semanas de gestación: Registre el número de semanas de gestación en que se encuentra la señora al recibir la atención. Peso (kg): Registre el peso en kilogramos, obtenido al momento del control. Tensión arterial: Registre el resultado de la toma de presión arterial, separando con una diagonal la sistólica de la diastólica. Fondo uterino: Anote la longitud desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta donde llegue el fondo del útero, (en centímetros). Frecuencia cardiaca fetal: Registre el número de latidos cardiacos por minuto del producto, en caso de no escucharse, anotar cero. Signos y síntomas de alarma: Si en el interrogatorio o la exploración física se encuentra alguna alteración que afecte a la madre y/o al producto, anótela. En caso de no existir, escriba NINGUNO. Medicamentos: En caso de prescribir fármaco(s) anote el nombre genérico, así como la dosis. Si no se receta durante el control, escriba NINGUNO. Análisis Clínicos: Anote el nombre del análisis clínico solicitado al recibir el resultado, en caso de que alguna cifra no se encuentre dentro del rango establecido, anótelo. Excluya examen general de orina. Examen general de orina: Registre con una "X" si la paciente presenta el resultado del examen general de orina, en caso de que alguna cifra no se encuentre dentro del rango establecido, anótela. Ministración de ácido fólico: Anote el número de dosis de ácido fólico que se le otorgó a la señora. Hágalo también en el formato Registro de Ministración de micronutrientes SIS-SS-28-P. Ayuda alimentaria: Si la ayuda alimentaria a la señora es entregada por OPORTUNIDADES, para complemento anote "C" y el número de sobres, si son de micronutrientes es "M" y el número de cajas; si el apoyo corresponde a Indígena anote "I" y la dotación de multivitamínicos.</p> <p>Observaciones: En este apartado solicite firma de la señora que recibió la ayuda alimentaria</p>
5	ENFERMEDADES PRESENTES	Anotar el(los) padecimiento(s) que diagnostique durante el control, que puedan alterar a la madre y/o producto.
6	BAJA: MOTIVO Y FECHA	Anote el motivo y la fecha en que la señora cause baja de control prenatal. Si la señora se vuelve a embarazar, se debe abrir una nueva tarjeta para registrar el control prenatal que recibirá durante su



		nuevo embarazo.
7	DATOS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO QUE ESTUVO EN CONTROL PRENATAL	<p>Atención de nacimiento: Marque con "X" el cuadro correspondiente al tipo de atención recibida por la mujer. Esta información debe ser congruente con el motivo de la baja indicado en control prenatal. En caso de aborto, la señora es dada de baja de todo control en el Programa. Si la atención recibida fue por nacimiento, continuar con el llenado de esta sección.</p> <p>Marque con "X" según corresponda: eutócico, distócico vaginal o cesárea. Atendido: Escriba la institución y unidad médica donde se atendió el nacimiento. En caso de haber ocurrido en lugar diferente a un establecimiento de salud, anote dónde y quién lo atendió. Complicaciones: Estos renglones están destinados para anotar los problemas presentes durante la atención del nacimiento, tanto en la mujer como del producto. En caso de no haber existido, escriba NINGUNO.</p> <p>Fecha de nacimiento: Anote con números arábigos el día, mes y año de ocurrencia del nacimiento. Producto: Marque con "X" el cuadro que corresponda a la situación del producto en el momento del nacimiento, nacido vivo o muerte fetal. Cuando se trate de parto con producto múltiple, indique nacido vivo si al menos uno estuvo en dicha situación y escriba en OBSERVACIONES GENERALES el número de niños y la situación de cada uno de ellos; para los nacidos vivos y el peso al nacer.</p> <p>Semanas de gestación: Indique la edad del producto de la concepción, en número de semanas. Peso al nacer: Especifique para los nacidos vivos, el peso en gramos, la talla en centímetros obtenida al nacer, así como el sexo. Inició alimentación al seno materno: Marque con "X" el cuadro que corresponda según lo siguiente: SI, cuando la madre ya esté amamantando al niño y lo continuará en el futuro mediano. En caso contrario marque NO.</p> <p>Fecha de obtención de los datos de la atención obstétrica: Anote con número arábigos, el día, mes y año en que se obtuvo la información sobre la atención.</p>
8	ATENCIÓN EN EL PERIODO DE LACTANCIA	<p>Esta sección deberá ser llenada sólo cuando el niño esté recibiendo leche materna. Registrar la información en cada consulta que se le otorgue a la mujer. Utilice solamente un renglón para registrar los datos que se generan en cada atención.</p> <p>Fecha de inicio de control: anote con números arábigos, el día, mes y año en que la señora se</p>



		<p>ingresa a control del periodo de lactancia.</p> <p>A partir del primer renglón registre en cada cita: Fecha: Anote la fecha de la consulta de control iniciando por día, mes y las dos últimas cifras del año. Anote con lápiz la fecha de la próxima cita, una vez que acuda se anota la fecha definitiva con tinta. Peso (kg): Registre el peso en kilos y gramos, obtenido al momento del control. Signos y síntomas de alarma: Si durante el interrogatorio o la exploración física se encuentra alguna alteración que afecte a la señora y/o al niño, anótela. En caso de no existir, escriba NINGUNO. Medicamentos: En caso de prescribir fármaco (s) anote el nombre genérico, así como la dosis. Si no se receta durante el control, escriba NINGUNO. Ayuda alimentaria: Si la ayuda alimentaria es entregada por OPORTUNIDADES, para complemento anote "C" y el número de sobres, si son micronutrientes es "M" y el número de cajas; si el apoyo corresponde a Indígena anote "I" y la dotación de multivitamínicos.</p> <p>Observaciones: En este apartado solicite firma de la señora que recibió la ayuda alimentaria.</p>
9	ENFERMEDADES PRESENTES	Anotar el (los) padecimiento(s) que diagnostique durante el control, que puedan alterar a la madre y/o producto.
10	BAJA: MOTIVO Y FECHA	Anote el motivo y la fecha en que la señora cause baja de control.
11	OBSERVACIONES GENERALES	Registre en esta sección cualquier observación que sirva para aclarar la información originada durante la vigencia del control de la señora.



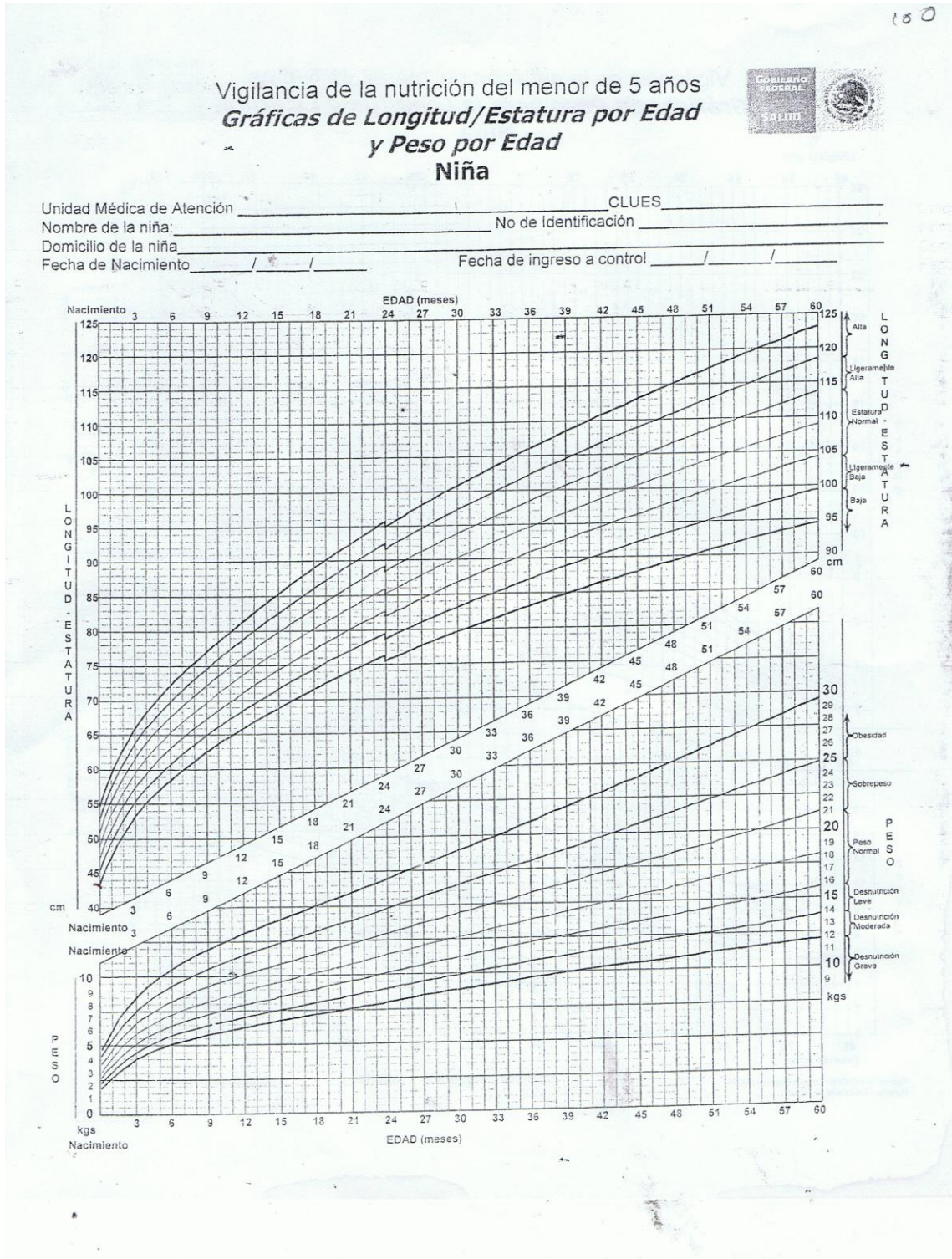
INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: TARJETA DE CONTROL DE USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR		
A. IDENTIFICACION DE LA USUARIA		
No	CONCEPTO	DESCRIPCION
1	MADRE SOLTERA DE LA USUARIA	Anotar el apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
2	No. EXPEDIENTE	Anotar el número del expediente que tiene asignado el usuario.
3	MÉTODO I FECHA DE INICIO	Anotar la fecha de inicio del método I con números arábigos.
4	MÉTODO II FECHA DE INICIO	Anotar la fecha de inicio del método II con números arábigos.
5	MÉTODO I FECHA DE INICIO	Anotar la fecha de inicio del método I con números arábigos.
B. FECHA DE CITAS Y CONSULTAS.		
6	AÑO	Anotar el año.
7	MES	Anotar el día con números arábigos de acuerdo al mes (Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre).
C. DATOS DE LOCALIZACION, GINECOBISTRICOS Y SOCIODEMOGRAFICOS.		
8	DOMICILIO	Anotar la dirección completa del usuario (calle, número exterior, colonia o barrio, código postal, municipio o localidad).
9	TELÉFONO	Anotar el número telefónico.
10	FEHA DE NACIMIENTO DIA/MES/AÑO	Anotar con números arábigos, el día, mes y año de la fecha de nacimiento.
11	ESCOLARIDAD	Anotar el último grado de estudios concluido.
12	OCUPACION	Anotar la ocupación.
13	NÚMERO DE EMBARAZOS	Anotar el número de embarazos, contando el actual.
14	PARTOS	Anotar el número de parto (s).
15	ABORTOS	Anotar el número de aborto (s).
16	HIJOS VIVOS	Anotar el número de hijos vivos.
17	EDAD DEL HIJO MENOR	Anotar la edad del hijo menor.
18	CUANTOS HIJOS MÁS DESEA TENER	Anotar cuantos hijos más desea tener.
19	MOTIVO POR EL CUÁL DESEA PLANIFICAR SU FAMILIA	Anotar el motivo de la usuaria por el cuál desea planificar su familia.



20	OBSERVACIONES	Anotar las observaciones que no se haya preguntado.
D. VISITAS DOMICILIARIAS.		
21	FECHA	Anotar con números arábigos, el día, mes y año que corresponde la información.
22	MOTIVO	Anotar el motivo de la visita domiciliaria,
23	RESULTADO	Anotar el resultado que se obtuvo con la visita domiciliaria.
E. BAJAS		
24	FECHA	Anotar con números arábigos, el día, mes y año que corresponde la información.
25	MOTIVO	Anotar el motivo de la baja.

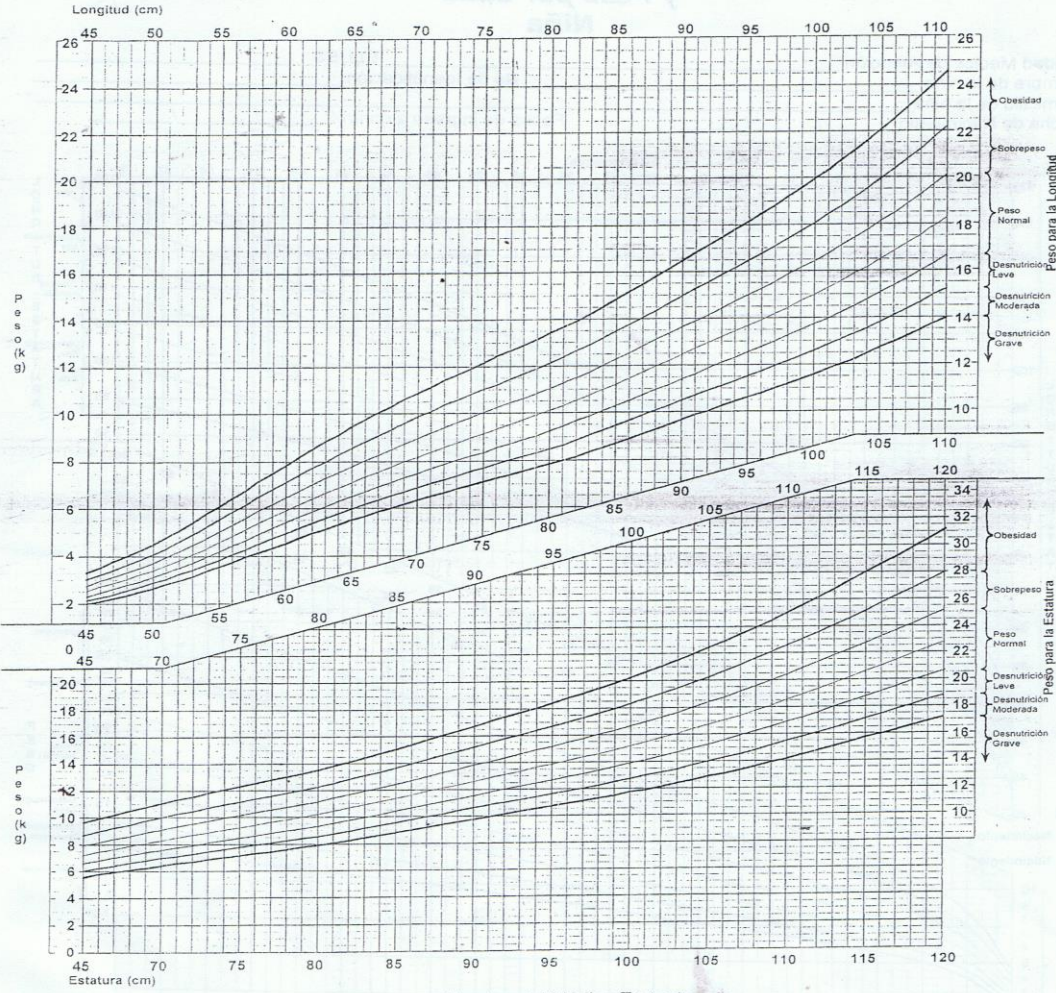


26.- VIGILANCIA DE LA NUTRICIÓN DEL MENOR DE 5 AÑOS. GRÁFICAS DE LONGITUD/ESTATURA POR EDAD Y PESO POR EDAD NIÑA/NiÑO





Vigilancia de la nutrición del menor de 5 años
Gráficas de Peso para la Longitud o Estatura
Niña



Fuente: WHO Child Growth Standards 2006
Diseño: modificado de NCHS

Nombre del Médico Tratante _____

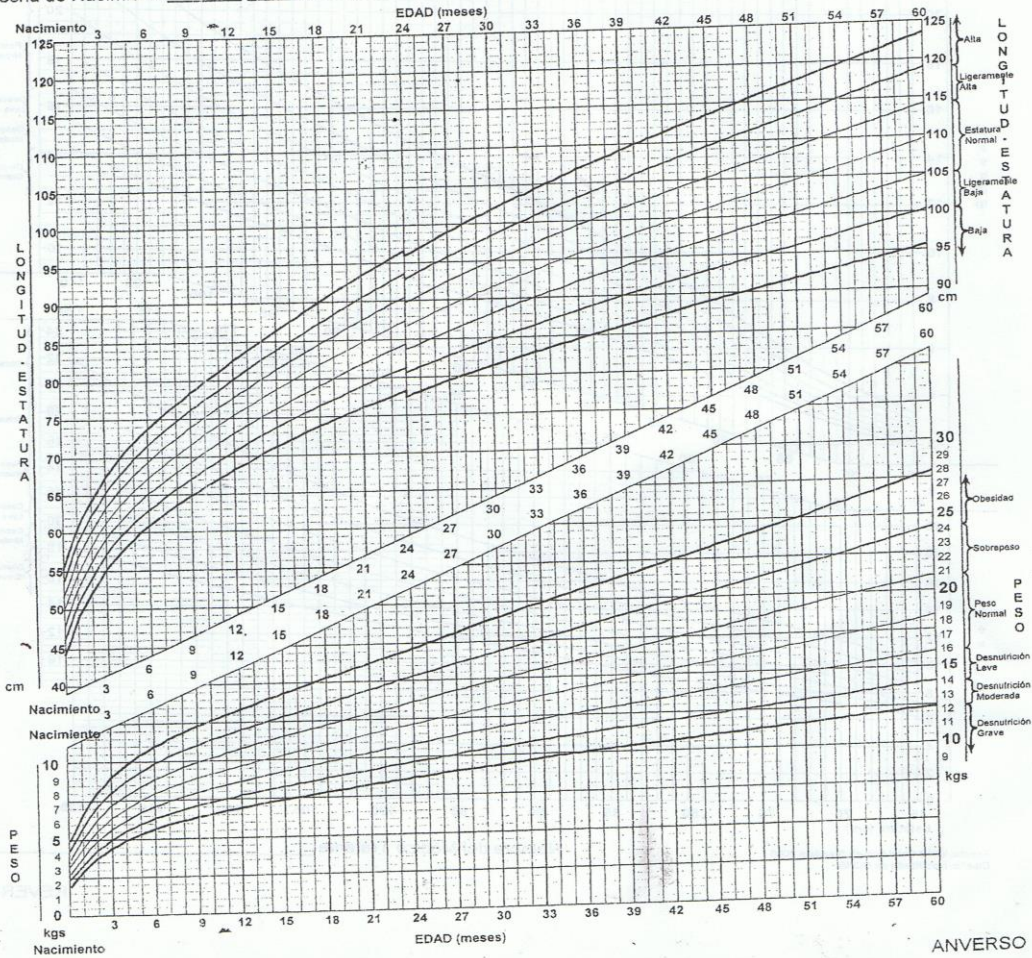
REVERSO



Vigilancia de la nutrición del menor de 5 años Gráficas de Longitud/Estatura por Edad y Peso por Edad Niño



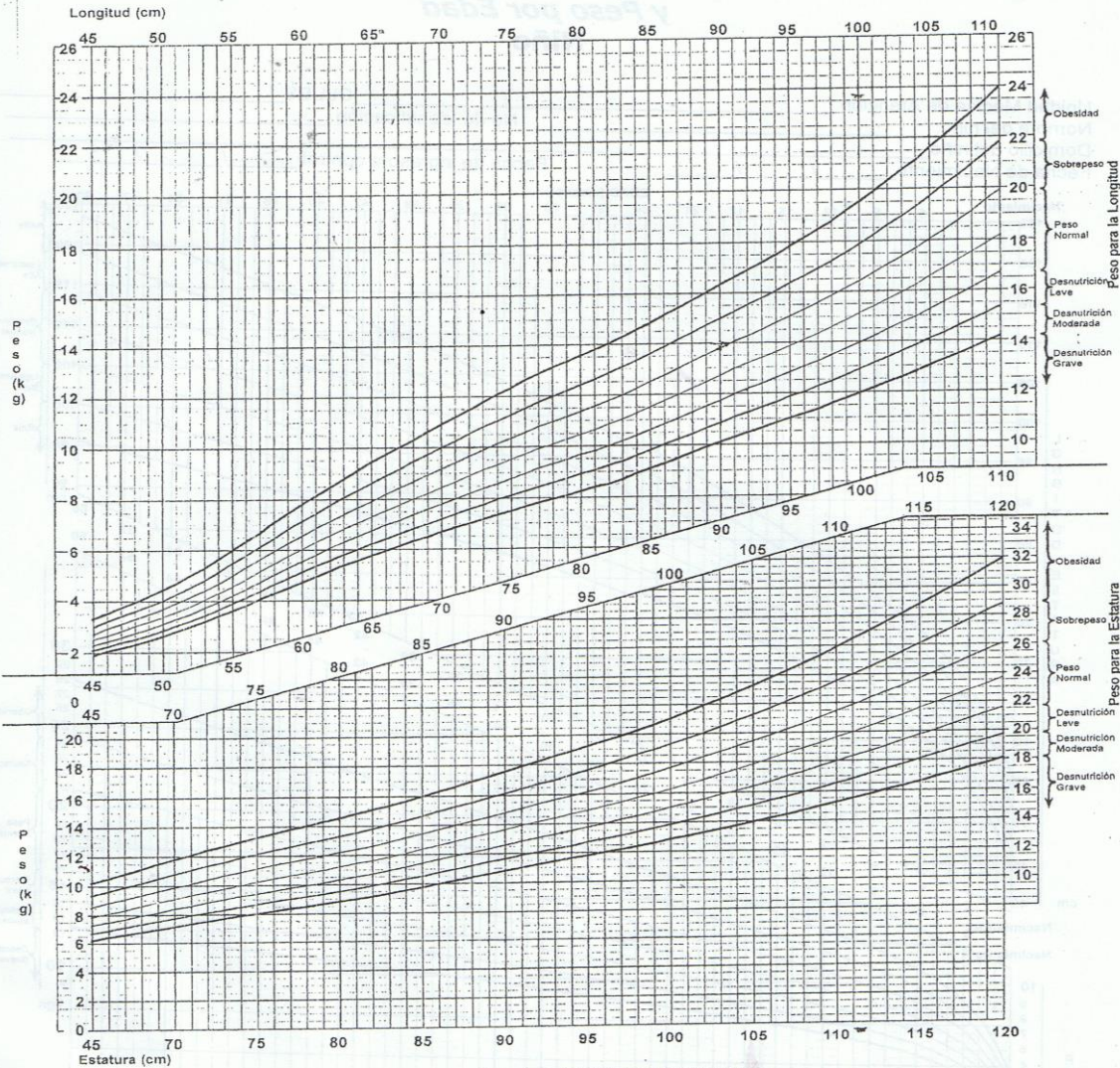
Unidad Médica de Atención CLUES
Nombre del niño:
Domicilio del niño:
Fecha de Nacimiento:
Fecha de ingreso a control:



ANVERSO



Vigilancia de la nutrición del menor de 5 años
Gráficas de Peso para la Longitud o Estatura Niño



Fuente: WHO Child Growth Standards 2006
Diseño: modificado de NCHS

Nombre del Médico Tratante _____

REVERSO



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: VIGILANCIA DE LA NUTRICIÓN DEL MENOR DE 5 AÑOS. GRAFICAS DE LONGITUD/ESTATURA POR EDAD Y PESO POR EDAD NIÑA/NIÑO

Objetivo: Tener un registro y control del crecimiento en el menor de 5 años.

Distribución y Destinatario: Se elabora en original y se integra al expediente clínico.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MEDICA DE ATENCIÓN	Anotar el nombre completo de la Unidad Médica en la que se brinda la atención.
2	CLUES:	Anotar con números arábigos y letra mayúscula la Clave CLUES correspondiente a la unidad médica.
3	NOMBRE DE LA NIÑA/NIÑO:	Registrar el nombre de la usuaria/usuario, empezando por apellido paterno, materno y nombre o nombres.
4	NO. DE IDENTIFICACIÓN:	Registrar con números arábigos el número de expediente correspondiente a la usuaria/usuario.
5	DOMICILIO DE LA NIÑA/NIÑO:	Registrar el domicilio de la niña/niño, calle, numero interior y/o exterior
6	FECHA DE NACIMIENTO:	Registrar con números arábigos la fecha de nacimiento de la niña/niño, iniciando por el año, mes y día de nacimiento.
7	FECHA DE INGRESO A CONTROL:	Registrar con números arábigos la fecha de ingreso a control de crecimiento y desarrollo de la niña/niño.
8	NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE:	Registrar el nombre de la enfermera que aplico la gráfica.
9	GRAFICAR LONGITUD/ESTATURA POR EDAD:	Identificar la edad de la niña/niño en meses, identificar la longitud de la niña/niño en centímetros, trazar una línea imaginaria para unir ambas y clasificar de acuerdo al formato establecido (baja, ligeramente baja, estatura normal, ligeramente alta y alta). Registrar en el expediente clínico.
9	GRAFICAR PESO POR EDAD:	Identificar la edad de la niña/niño en meses, identificar el peso de la niña/niño en kilogramos, trazar una línea imaginaria para unir ambas y clasificar de acuerdo al formato establecido (Desnutrición grave, desnutrición moderada, desnutrición leve, peso normal, sobrepeso y obesidad). Registrar en el expediente clínico.



27.-RECIBO ÚNICO DE PAGO

t

R.F.C. ISE-870331-CR6

RECIBO ÚNICO

1/ No.:

2/ FECHA: _____ 3/ No. DE EXP.: _____ 4/ T. DE ATENCIÓN _____

5/ CUOTA: _____

6/ RECIBIMOS DE: _____

7/ CON DOMICILIO: _____ 8/ R.F.C.: _____

POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

9/ CLAVE DE SERVICIO	10/ DESCRIPCIÓN	11/ CANTIDAD	12/ VALOR UNITARIO	13/ IMPORTE
18/ CANTIDAD CON LETRA:			14/ TOTAL:	\$

PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN

15/ SELLO

16/ NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO

17/ CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:		
Recibo Único		
Objetivo: Sustentar el pago de los servicios otorgados a los pacientes.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y dos copias. El original se entrega al paciente y las dos copias las resguarda el área de caja para trámite interno.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No.:	Anotar el número consecutivo que le corresponda.
2	FECHA:	Indicar el día, mes y año en que se expide el recibo.
3	No. DE EXPEDIENTE:	Asentar el número de expediente que tiene asignado el paciente.
4	T. DE ATENCIÓN:	Especificar el tipo de atención que requiere o se otorgará al paciente.
5	CUOTA:	Anotar el nivel del tabulador sobre el cual le cobrará la cuota.
6	RECIBIMOS DE:	Escribir el nombre completo de la persona que realiza el pago del servicio.
7	CON DOMICILIO:	Anotar el domicilio completo de la persona que solicita el servicio.
8	R.F.C.:	Asentar el Registro Federal de Contribuyentes del paciente.
POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:		
9	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar las claves de los servicios que se van a proporcionar al paciente.
10	DESCRIPCIÓN	Describir cada uno de los servicios proporcionados al paciente.
11	CANTIDAD	Asentar con número arábigo la cantidad correspondiente de servicios otorgados.
12	VALOR UNITARIO	Anotar el valor del servicio solicitado.
13	IMPORTE	Indicar con número arábigo el importe correspondiente al servicio que solicita el paciente.
14	TOTAL	Anotar el monto total del importe de los servicios proporcionados al paciente.
15	SELLO	Colocar el sello de la unidad aplicativa.
16	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Escribir el nombre completo y firma del cajero que recibe el pago correspondiente.
17	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar la clave de identificación geográfica de la unidad aplicativa.
18	CANTIDAD CON LETRA:	Asentar la cantidad total a pagar con letra.

28.- TABLA DE RIESGO DE TRIAGE OBSTETRICO

TRIAGE OBSTETRICO

SIGNO	ROJO	AMARILLO	VERDE
FRECUENCIA RESPIRATORIA	≤ 10 o ≥ 24	>20-23	13-20
FRECUENCIA CARDIACA (FC)	< 40 o ≥ 120	<60 o >90 <120	60-90
TENSION ARTERIAL SISTOLICA (TAS)	≤ 90 o ≥ 160	130-159	91-129
TENSION ARTERIAL DIASTOLICA	≤ 60 o ≥ 110	90-109	61-89
ESCALA GLASGOW	<12	No aplica	>12
VASOESPASMO	Presente	No aplica	Ausente
TEMPERATURA AXILAR	<35 o >40	<36.5 o ≥ 38	36-37
OXIMETRIA	<90	No aplica	≥ 90
INDICE DE CHOQUE (FC/TAS)	≥ 1	>0.8	≤ 0.8
GLUCEMIA CAPILAR	<60	>180	60-100
ACTIVIDAD UTERINA	Hipertonía	Presente <37 semanas	Presente en ≥ 37 semanas.
CONVULSIONES	Presente o estado postictal	No Aplica	Ausente
DIURESIS	Anuria < 0.5 ml/kg/hr	Oliguria 0.5-0.9 ml/kg/hr	≥ 1 ml/kg/hr
DOLOR ABDOMINAL	Epigástrico	Flanco o fosa iliaca	Ausente
SANGRADO	Presente con signos vitales alterados	Presente con signos vitales normales	Ausente

EL COLOR DEL TRIAGE SE ESTABLECE CON EL VALOR MAS GRAVE

TIEMPO DE ATENCION: ROJO INMEDIATO, AMARILLO C/10 MINUTOS, VERDE C/30 MINUTOS



ESCALA DE GLASGOW	
APERTURA OCULAR	
De forma espontánea	4
Tras una orden verbal	3
Al estímulo doloroso	2
No los abre	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA	
Obedece la orden	6
Localiza el estímulo	5
Retira	4
Flexión anormal	3
Extensión	2
Ninguna	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientado	5
Conversación confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Ninguna	1

TOMA DE SIGNOS VITALES EN LA ELABORACION DEL TRIAGE

SIGNO	PROCEDIMIENTO
FRECUENCIA RESPIRATORIA	En posición sentada o acostada observar el número de movimientos de amplexión de caja torácica durante 15 segundos y multiplicar por 4.
FRECUENCIA CARDIACA (FC)	En posición sentada o acostada auscultar en área cardiaca el número de latidos cardiacos durante 15 segundos y multiplicar por 4.
TENSION ARTERIAL SISTOLICA (TAS)	En posición sentada con espalda a 45° aplicar brazaletes (1.5 veces la circunferencia del brazo) en brazo izquierdo y con estetoscopio en región cubital identificar el primer ruido (sistólico) a la auscultación.
TENSION ARTERIAL DIASTOLICA	En posición sentada con espalda a 45° aplicar brazaletes (1.5 veces la circunferencia del brazo) en brazo izquierdo y con



	estetoscopio en región cubital identificar el último ruido (diastólico) a la auscultación.
ESCALA GLASGOW	Identificar el puntaje correspondiente la sumatoria de escala de Glasgow en: apertura ocular, mejor respuesta motora y respuesta verbal.
VASOESPASMO	Interrogar la presencia o ausencia de cefalea, acúfenos y/o fosfenos.
TEMPERATURA AXILAR	Después de verificar que la escala de mercurio se encuentre debajo de la escala, colocar termómetro en axila derecha durante 5 minutos, leer y registrarlo en hoja de Triage.
OXIMETRIA	Colocar durante 15 segundos oxímetro en dedo medio de mano derecha asegurándose que no tenga barniz en la uña.
INDICE DE CHOQUE (FC/TAS)	Dividir el valor de la tensión arterial sistólica entre el valor obtenido de la frecuencia cardiaca de la paciente y registrar
GLUCEMIA CAPILAR	Si se cuenta con glucómetro: Puncionar el borde lateral de la falange distal del dedo medio izquierdo, entonces colocar en tira reactiva una gota de sangre dentro del glucómetro y registrar
ACTIVIDAD UTERINA	Preguntar a la mujer la presencia de cólico de tipo menstruación y registrar
CONVULSIONES	Identificar la presencia o ausencia actual o reciente de contracciones generalizadas y/o pérdida del conocimiento
DIURESIS	En mujeres que se reciben con sonda de Foley 16fr, cuantificar el volumen de orina obtenido en ml por hora , (Ej. Si desde la colocación de la sonda transcurrieron 30 minutos multiplicar mililitros por dos y dividir por el peso estimado de la mujer)
DOLOR ABDOMINAL	Preguntar la presencia o ausencia de dolor abdominal y solicitarle a la mujer identifique con un dedo el sitio del dolor
SANGRADO	Preguntar la presencia o ausencia de dolor



29.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Ficha de Identificación del Paciente

UNIDAD MÉDICA:

No. EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

GÉNERO:

MASCULINO

FEEENINO

FECHA DE INGRESO:

SERVICIO:

No. CAMA:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

DIETA:

MÉDICO TRATANTE

217B20000-183-08



30.- HOJA DE INDICACIONES MÉDICAS

Hoja de Indicaciones Médicas						HOJA No.
UNIDAD MÉDICA:					No. EXPEDIENTE:	
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)):				EDAD:	GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	
SERVICIO:			FECHA:		HORA:	
SIGNOS VITALES						
T/A:	TEMP.	FREC. C.	FREC. R.	PESO:	TALLA:	
FECHA	HORA	INDICACIONES MÉDICAS			NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	

NOTA: TODAS LAS NOTAS MÉDICAS DEBERÁN ESTAR FIRMADAS POR EL MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO.



31.- PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD RN MENOR DE 1 MES

24

Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud

SALUD

Registro de seguimiento de las acciones

Instrucciones

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma ✓ las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLINICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente

No. de Expediente

Recién nacido menor de 1 mes

No.	Acciones	Acción		Acción		Acción		Acción	
		Fecha (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Fecha (día, mes año)		
1	Identifica signos de alarma								
2	Verifica condiciones del parto								
3	Efectúa exploración física completa								
4	Detecta defectos al nacimiento y refiere en su caso								
5	Revisa cordón umbilical								
6	Realiza tamiz neonatal								
7	Verifica aplicación de vitaminas K y A; comprueba profilaxis oftálmica								
8	Aplica vacuna BCG y primera de Hepatitis B								
9	Capacita a los padres sobre alimentación al seno materno y estimulación temprana								
10	Entrega y/o actualiza la Cartilla Nacional de Salud Niñas y niños de 0 a 9 años								

(día/mes/año) Observaciones

217B20000-347-11

Nombre y firma del responsable _____

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Compromiso
Gobierno que cumple

Vivir Mejor



32.- PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD MENOR DE 5 AÑOS.

Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud

Registro de seguimiento de las acciones

SALUD

Instrucciones

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma ✓ las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Menores de 5 años

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLINICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente

No. de Expediente

No.	Acciones	Acción		Acción		Acción		Acción	
		Fecha (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Fecha (día, mes año)		
1	Identifica factores de mal pronóstico del entorno familiar								
2	Realiza exploración física completa								
3	Toma peso y estatura; anótalos en la Cartilla Nacional de Salud Niñas y niños de 0 a 9 años								
4	Evalúa el desarrollo psicomotor								
5	Orienta, identifica problemas posturales								
6	Promueve la salud bucodental								
7	Actualiza esquema de vacunación								
8	Administra complementos nutricionales								
9	Realiza desparasitación intestinal								
10	Orienta, administra quimioprofilaxis para tuberculosis pulmonar, si es el caso								
11	Capacita a los padres sobre cuidados de la niña o niño, alimentación y estimulación temprana								
12	Promueve actividad física y prevención de accidentes								
13	Promueve prevención de violencia familiar y detecta casos								

(día/mes/año)

Observaciones

Nombre y firma del responsable





33.- AVISO DE ALTA



Aviso de Alta

UNIDAD MÉDICA:		FECHA DE INGRESO:	HORA:	FECHA DE EGRESO:	HORA:
NOMBRE DEL PACIENTE(APELLIDO PATERNO, APELLIDOMATERNOY NOMBRE(S))				NÚMERO DE EXPEDIENTE:	
EDAD:	GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE CAMA:	ÁREA DE EGRESO:		

ALTA POR:

- MEJORÍA.....
- CURACIÓN.....
- VOLUNTARÍA.....
- DEFUNCIÓN.....
- TRASLADO A OTRA INSTITUCIÓN.....

ORDEN DE SALIDA

PUEDE SALIR: SI NO

FECHA: _____

HORA: _____

NOMBRE DEL JEFE DEL SERVICIO

NOMBRE Y SELLO DEL CAJERO

NOTA: Cuando sea dado de alta el paciente, el médico deberá llenar esta forma y será enviada a trabajo social cuanto antes. En caso de fallecimiento deberá ser anexada al Certificado de Defunción.

217B20000-250-09



34.- HOJA DE IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO.

Hoja de Identificación del Recién Nacido

1/ NOMBRE DE LA MADRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))						2/ NÚMERO DE EXPEDIENTE DE LA MADRE:	
3/ DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD Y MUNICIPIO DONDE VIVE)							
FECHA DEL NACIMIENTO	4/ DÍA	5/ MES	6/ AÑO	7/ HORA Y MINUTOS DEL NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO:		8/ GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	
9/ TIPO DE NACIMIENTO: <input type="checkbox"/> EUTÓCICO <input type="checkbox"/> DISTÓCICO (ESPECIFICAR CAUSA)				10/ HALLAZGOS FÍSICOS PARTICULARES DEL RECIÉN NACIDO			
SOMATOMETRIA							
11/ PESO:		12/ TALLA:		13/ PERÍMETRO CEFÁLICO:	14/ PERÍMETRO TORÁCICO:	15/ PERÍMETRO ABDOMINAL:	16/ PIE:
APGAR				SILVERMAN / ANDERSEN			
17/ AL MINUTO:		18/ A LOS CINCO MINUTOS:		19/ CERO:	20/ UNO:	21/ DOS:	
22/ DIAGNÓSTICO:							
23/ BRAZALETE DE LA MADRE (VERIFICAR DATOS COMPLETOS DE LA MADRE) <input type="checkbox"/> CORRECTOS <input type="checkbox"/> INCORRECTOS				24/ BRAZALETE DEL RECIÉN NACIDO (VERIFICAR DATOS COMPLETOS DEL RECIÉN NACIDO) <input type="checkbox"/> CORRECTOS <input type="checkbox"/> INCORRECTOS			
25/ HUELLA DEL PIE IZQUIERDO DEL RECIÉN NACIDO:			26/ HUELLA DEL DEDO PULGAR DE LA MANO DERECHA DE LA MADRE:		27/ HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO:		

28/ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:		
Hoja de Identificación del Recién Nacido.		
Objetivo: Proporcionar al médico y/o enfermera un documento para el registro de identificación del recién nacido.		
Distribución y Destinatario: El documento se genera en original y se ingresa al Expediente Clínico del usuario.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	NOMBRE DE LA MADRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S):	Anotar el nombre completo de la madre del recién nacido.
2	NUMERO DE EXPEDIENTE DE LA MADRE:	Anotar el número del expediente clínico asignarlo a la madre.
3	DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, LOCALIDAD Y MUNICIPIO DONDE VIVE):	Anotar el nombre de la colla, número, localidad y municipio de residencia de la madre del recién nacido.
4	DIA:	Anotar con número arábigo el día del nacimiento del recién nacido
5	MES:	Anotar el mes de nacimiento del recién nacido.
6	AÑO:	Anotar con número arábigo (cuatro dígitos) el año de nacimiento del recién nacido.
7	NORA Y MINUTOS DEL NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO:	Anotar con número arábigo la hora y minutos del nacimiento del recién nacido
8	GÉNERO:	Marcar con una "X" el género del recién nacido.
9	TIPO DE NACIMIENTO:	Marcar con una "X" el tipo de nacimiento del recién nacido eutócico o distócico (para el nacimiento distócico especificar la causa).
10	HALLAZGOS FÍSICOS PARTICULARES DEL RECIÉN NACIDO	Registrar los hallazgos físicos detectados en el recién nacido.
SOMATOMETRIA		
11	PESO:	Registrar en kilogramos y oramos el peso del recién nacido.
12	TALLA:	Registrar en centímetros la talla del recién nacido.
13	PERÍMETRO CEFÁLICO:	Registrar en centímetros el perímetro cefálico del recién nacido.
14	PERÍMETRO TORÁCICO:	Registrar en centímetros el perímetro torácico del recién nacido.
15	PERÍMETRO ABDOMINAL:	Registrar en centímetros el perímetro abdominal del recién nacido.
16	PIE:	Registrar en centímetros la medición de la planta del recién nacido.
APGAR		
17	AL MINUTO:	Registrar el apgar al minuto de nacido.



18	A LOS CINCO MINUTOS:	Registrar el apgar a los cinco minutos de nacido.
SILVERMAN		
19	CERO:	Registrar la evaluación de la escala de Silverman en el recién nacido.
20	UNO:	
21	DOS:	
22	DIAGNÓSTICO:	Registrar el diagnóstico que presenta el recién nacido.
23	BRAZALETE DE LA MADRE:	Marcar con una "X" si es correcta o incorrecta la información.
24	BRAZALETE DEL RECIÉN NACIDO:	Marcar con una "X" si es correcta o incorrecta la información.
25	HUELLA DEL PIE IZQUIERDO DEL RECIÉN NACIDO:	Entintar el pie izquierdo del recién nacido y colocar la huella en esta columna.
26	HUELLA DEL DEDO PULGAR DE LA MADRE:	Entintar el dedo pulgar de la madre del recién nacido y colocar la huella en esta columna.
27	HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO:	Entintar el pie derecho del recién nacido y colocar la huella de esta columna.
28	NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO RESPONSABLE:	Anotar el nombre completo y firma del médico responsable del llenado del formato.



35.- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CÁNCER DE MAMA ESTUDIO DE DETECCIÓN

33

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA
ESTUDIO DE DETECCIÓN

Centro Nacional de
Equidad de Género
y Salud Reproductiva



I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD 1. Institución: _____ FECHA <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table> 2. Entidad/delegación/Subdelegación/Zona Militar: _____ 3. Jurisdicción: _____ 4. Municipio: _____ 5. Unidad médica: _____					Día	Mes	Año	1. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 2. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 3. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 4. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 7. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 8. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 9. Fecha Nacimiento <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table> 10.1 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 10.2 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 10.3 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 11. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 12. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> años 13. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 14. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> años 15. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 15.1 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> años 16. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 17. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 18. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> años 19. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 20. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 21. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 22. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 23. <table border="1"><tr><td>A</td><td>B</td></tr><tr><td><table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td><td><table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td></tr><tr><td>C</td><td>D</td></tr><tr><td><table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td><td><table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td></tr></table> 24. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table> 25. <table border="1"><tr><td>A</td><td>B</td></tr><tr><td><table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td><td><table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td></tr><tr><td>C</td><td>D</td></tr><tr><td><table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td><td><table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td></tr></table> 26. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 27. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 28. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 29. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>																Día	Mes	Año																																	A	B	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			C	D	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						Día	Mes	Año	A	B	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			C	D	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				Día	Mes	Año
Día	Mes	Año																																																																																																																		
Día	Mes	Año																																																																																																																		
A	B																																																																																																																			
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																	
C	D																																																																																																																			
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																	
Día	Mes	Año																																																																																																																		
A	B																																																																																																																			
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																	
C	D																																																																																																																			
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																	
Día	Mes	Año																																																																																																																		
II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE 6. Nombre: _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____ 7. Entidad de nacimiento: _____ 8. CURP: _____ 9. Fecha de nacimiento: _____ 10. Residencia actual: _____ Domicilio: _____ Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ 10.1 Municipio o delegación _____ 10.2 Entidad federativa _____ 10.3 Jurisdicción _____ Teléfono _____ 11. Tiempo de residencia actual: 1) Menos de 1 año 2) De 1 a 5 años 3) Más de 5 años Derechohabiciencia <input type="checkbox"/> 1.IMSS 2.ISSSTE 3.PEMEX 4.SEGURO POPULAR 5.SSA 6.SEDENA 7.SEDEMAR 8.IMSS OPORT 9.DIF 10.NINGUNA																																																																																																																				
III. FACTORES DE RIESGO (1=Si, 2=No, 3=No aplica o según corresponda) 12. Edad de presentación de la menarca 13. Nuligesta 14. Edad del primer embarazo a término 15. Presento menopausia 15.1 Edad de presentación de la menopausia 16. Antecedente de detección 1) Autoexploración 2) Examen clínico 3) Mamografía 4) Otra _____ 6) Ninguna 17. Antecedente de Terapia de reemplazo hormonal 18. Tiempo de utilización 19. En que familiares tiene antecedentes de cáncer mamario 1) Madre 2) Hermana 3) Hija 4) 1 y 2 5) 1 y 3 6) 2 y 3 7) Otro _____ 8) Ninguno 20. Antecedente personal de cáncer mamario 21. Antecedente personal de hiperplasia atípica 22. Otros factores de riesgo																																																																																																																				
IV. DATOS CLÍNICOS 23. Signos clínicos 1) Tumoración palpable 5) Piel de Naranja 9) Retracción Cutánea 2) Ulcera y/o eczema del pezón 6) Ganglios axilares y/o supraclav. Palpables 10) Ninguno 3) Secreción por el pezón 7) Cambios en la coloración de la piel 4) Retracción o fijación del pezón 8) Asimetría en las mamas 24. Fecha de inicio de los síntomas o signos 25. Localización AXILA 6 HUECO SUPRACLAVICULAR 14 HUECO SUPRACLAVICULAR 7 MAMA IZQUIERDA 15 MAMA DERECHA 8 Derecha Izquierda 																																																																																																																				
26. Nombre, Firma y RFC del responsable de la Exploración Clínica: _____ VI. REFERENCIA 27. Conducta a seguir 1) Cita de seguimiento en 6 meses 2) Toma de mamografía y/o U.S.G. 3) Detección de rutina en un año 4) Otro 28. Motivo de la referencia 1) Tumoración palpable 2) Signos sugestivos 3) Mamografía anormal 4) Más de 2 factores de riesgo 29. Fecha de la referencia <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>					Día	Mes	Año																																																																																																													
Día	Mes	Año																																																																																																																		



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO “ESTUDIO DE DETECCIÓN” DEL CÁNCER DE MAMA

INDICACIONES GENERALES.- Este formato debe llenarse de manera completa (original y copia) de acuerdo a las definiciones operacionales de detección, caso probable y caso confirmado de cáncer de mama. Complete únicamente los rubros faltantes de la columna de la izquierda y llene todas las casillas de la columna de la derecha según corresponda; utilice una casilla para cada letra o número (con bolígrafo de tinta oscura, letra de molde en mayúsculas y sin acentos o símbolos y números arábigos). Los incisos del 1 al 27 serán llenados en detecciones y se enviará únicamente la primera hoja (copia) al nivel correspondiente para su captura. Toda la primera hoja se llenará en casos probables, enviándose dos copias del formato completo (dos páginas) para la referencia. El médico responsable de confirmar el diagnóstico (incluyendo laboratorio) llenará la segunda página y estará ubicado por lo general en un nivel de atención superior. El instructivo solo contempla los incisos que requieren explicación.

I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD (1-5).- Debe disponerse de las claves de los niveles y áreas correspondientes a la unidad que realizó la detección (unidad, municipio, jurisdicción, entidad y/o delegación/subdelegación/zona militar e institución); registre los datos de la unidad en la columna izquierda y en la derecha las claves de todos los niveles.

II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE (6-11).- Se refiere a los datos de la mujer a la que se realiza la detección de cáncer de mama. Este inciso debe llenarse obligatoriamente en forma completa, clara y con letra de molde en los espacios correspondientes ya que con la información obtenida se integrará la clave de la paciente independientemente de que se llene el rubro de la CURP.

6. Nombre: Debe anotar el nombre completo de soltera de la paciente, en mayúsculas sin acentos, sin abreviaturas.

7. Entidad de nacimiento: Anote el nombre y la clave de la entidad de nacimiento.

8.- CURP: Anote la clave única de registro de población (CURP).

9. Fecha de Nacimiento: En caso de ignorar la fecha de nacimiento anote en la casilla del año el correspondiente a la edad aproximada de la paciente y la fecha en que refiere cumplir años (datos de la credencial de elector), o en su defecto complete las casillas del día y el mes con los números 01/01.

10. Residencia actual: Anote el lugar en el que la paciente ha vivido los últimos 6 meses; en municipio y entidad anote los nombres en la izquierda y las claves en los recuadros de la derecha (10.1, 10.2).

11. Tiempo de residencia actual: Debe anotar el tiempo que lleve de residir en el domicilio actual conforme al inciso que le corresponda.

Derechohabiencia: Debe anotar la Institución a la que esta adscrita

III. FACTORES DE RIESGO (12-22).- Características de los antecedentes.

12. Edad de presentación de la menarca: Anote la edad en años de presentación de la menarca referida por la paciente.

13. Nuligesta: Anote 1 en afirmativo y 2 en negativo.



14. Edad del primer embarazo a término: Anote la edad en años referida por la paciente.

15. Presento Menopausia: Anote 1 en afirmativo y 2 en negativo.

15.1 Edad de la menopausia: Anote la edad en años de presentación de la menopausia referida por la paciente.

16. Antecedente de detección: Elija las opciones referidas por la paciente.

17. Antecedente de Terapia de Reemplazo: Anote 1 en afirmativo y 2 en negativo.

18. Tiempo de utilización: Describa en años el tiempo de utilización (si es en meses poner un año).

19. En que familiares tiene antecedentes de cáncer mamario: Elija la respuesta referida por la paciente (opciones del 1 al 8).

20. Y 21. Antecedente personal de cáncer mamario o de hiperplasia atípica: Anote 1 en afirmativo y 2 en negativo.

22. Otros factores de riesgo: Anote 1 afirmativo, 2 Negativo

IV. DATOS CLINICOS (23-26).-Marque en la columna de la derecha lo que corresponda.

23. Signos clínicos: Anotar en el (los) recuadros lo encontrado por el médico o enfermera en la exploración de las mamas. Signo o síntoma A, B, C, y D.

24. Fecha de inicio de los síntomas y signos: Anotar la fecha referida por la paciente (si se desconoce día y mes poner 01/01 y año referido).

25. Localización: Elija las opciones correspondientes de acuerdo a lo encontrado en la exploración física de las mamas (derecha e izquierda), especificando con números arábigos de acuerdo a los señalados en el esquema, el sitio (cuadrante) de localización del dato clínico en la mama correspondiente. Esta información esta correlacionada con la 23 y deben ser correspondientes con la localización A,,B, C y D.

26. Nombre, Firma y RFC del responsable de la exploración física

VI. REFERENCIA (27-29).-Características de la referencia.

27. Conducta a seguir: Elija la indicada por la norma de acuerdo a lo encontrado en la exploración física de la paciente.

28. Motivo de la referencia: Elija una sola opción.

29. Fecha de la referencia: Anote la fecha (con números arábigos: día, mes y año) en que indicó a la paciente su referencia a otra unidad para la continuación del estudio de su enfermedad.



36.- SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO

SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

FOLIO

I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD

1. Institución 4. Municipios
 2. Entidad / Delegación 5. Unidad Médica
 3. Jurisdicción

II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE

CLAVE DE LA PACIENTE

6.- Nombre Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)
 7.- Entidad de nacimiento CURP
 8.- Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA 9.- Edad
 10.- Domicilio Calle y Número Colonia Localidad/Municipio/Delegación
 Entidad Federativa Jurisdicción Teléfono
 11.- Otro Domicilio Calle y Número Colonia Localidad/Municipio/Delegación

III. ANTECEDENTES

12.- Citología 1.- Primera vez en la vida 2.- Primera vez después de 3 años 3.- Subsecuente

13.- Situación ginecoobstétrica 13.1.- Inicio de vida sexual 1.- Si 2.- No Edad
 1.- Puerperio o postaborto 4.- DIU 7.- Embarazo actual
 2.- Postmenopausia 5.- Histerectomía 8.- Tratamiento colposcópico previo
 3.- Uso de hormonales 6.- Tratamiento farmacológico 9.- Ninguno 13.2.- Antecedentes de vacunación VPH 1.- Si 2.- No Edad
 Número de dosis 1.- Una 2.- Dos 3.- Tres 4.- Completo

14.- Fecha de la última regla DD/MM/AAAA 15.- A la exploración se observa
 16.- Utensilio con el que tomó la muestra 1.- Cuello aparentemente sano 4.- Cervicitis 7.- No se observa cuello
 2.- Citobrush 5.- Leucorrea
 3.- Hisopo Especifique 6.- Sangrado anormal
 4.- Otros

17.- Responsable de la toma citológica

18.- Fecha de toma de la muestra DD/MM/AAAA 19.- Factores de riesgo
 1.- Inició de relaciones sexuales antes de los 18 años 4.- Tabaquismo
 2.- Cuenta con la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer 1.- Si 2.- No 2.- Múltiples parejas sexuales 5.- Ninguno
 3.- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual

20.- Cuenta con la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer 1.- Si 2.- No 21.- Muestra repetida? 1.- Si 2.- No 21.1 Número citológico anterior

IV. RESULTADO DE CITOLGÍA CERVICAL

22.- Fecha de interpretación DD/MM/AAAA 23. Número citológico

24. Laboratorio 25.- Características de la muestra 1.- Adecuada 2.- Inadecuada

26.- Diagnóstico Citológico

1. Dentro de límite normal } Negativo a cáncer
 2. Cambios celulares benignos Infección Tricomonas
 3. Cambios celulares benignos Infección Candidiasis
 4. Cambios celulares benignos Infección Coccobacilos
 5. Cambios celulares benignos Infección Actinomyces sp
 6. Cambios celulares benignos Infección Herpes
 7. Cambios celulares benignos Cambios reactivos inflamación } Negativo con proceso inflamatorio
 8. Cambios celulares benignos Cambios reactivos Atrofia
 9. Cambios celulares benignos Cambios reactivos Radiación
 10. Cambios celulares benignos Cambios reactivos DIU

27.- Repetir estudio 1.- Si 2.- No

28.- Motivo

1.- Artificios, hemorragias, inflamación y/o necrosis 4.- Muestra mal fijada en más del 75% del extendido
 2.- Laminilla rota 5.- Otro Especifique
 3.- Frotis grueso

30.- La muestra fue revisada por el patólogo 1.- Si 2.- No

30.1 Diagnóstico del Patólogo

1. Dentro de límite normal } Negativo a cáncer
 2. Cambios celulares benignos Infección Tricomonas
 3. Cambios celulares benignos Infección Candidiasis
 4. Cambios celulares benignos Infección Coccobacilos
 5. Cambios celulares benignos Infección Actinomyces sp
 6. Cambios celulares benignos Infección Herpes
 7. Cambios celulares benignos Cambios reactivos inflamación } Negativo con proceso inflamatorio
 8. Cambios celulares benignos Cambios reactivos Atrofia
 9. Cambios celulares benignos Cambios reactivos Radiación
 10. Cambios celulares benignos Cambios reactivos DIU

31.- RFC del Patólogo

32.- Prueba de hibridación 1.- Si 2.- No

32.1 Resultado de hibridación

1.- Negativo 2.- Positivo VPH bajo riesgo (6,11,42,43,44) 3.- Positivo VPH alto riesgo (16,18,31,33,35,39,45,51,52,58,58,59,68)

Células Escamosas:
 11. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC
 12. Lesión intraepitelial de bajo grado LIBG VPH
 13. Lesión intraepitelial de bajo grado LIBG Displasia Leve (NIC1)
 14. Lesión intraepitelial de bajo grado LIBG Displasia Leve (NIC1)/VPH
 15. Lesión intraepitelial de alto grado LIAG Displasia Moderada (NIC2)
 16. Lesión intraepitelial de alto grado LIAG Displasia Grave (NIC3)
 17. Lesión intraepitelial de alto grado LIAG Cáncer In Situ (NIC 3)
 18. Carcinoma de células escamosas Cáncer Invasor

Células Glandulares:
 19. Células endometriales citológicamente benignas en mujeres postmenopáusicas
 20. Células glandulares atípicas de significado incierto AGC
 21. Adenocarcinoma In Situ
 22. Adenocarcinoma Endometrial } Adenocarcinoma
 23. Adenocarcinoma Endocervical

29.- RFC del Citotecnólogo


Células Escamosas:
 11. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC
 12. Lesión intraepitelial de bajo grado LIBG VPH
 13. Lesión intraepitelial de bajo grado LIBG Displasia Leve (NIC1)
 14. Lesión intraepitelial de bajo grado LIBG Displasia Leve (NIC1)/VPH
 15. Lesión intraepitelial de alto grado LIAG Displasia Moderada (NIC2)
 16. Lesión intraepitelial de alto grado LIAG Displasia Grave (NIC3)
 17. Lesión intraepitelial de alto grado LIAG Cáncer In Situ (NIC 3)
 18. Carcinoma de células escamosas Cáncer Invasor

Células Glandulares:
 19. Células endometriales citológicamente benignas en mujeres postmenopáusicas
 20. Células glandulares atípicas de significado incierto AGC
 21. Adenocarcinoma In Situ
 22. Adenocarcinoma Endometrial } Adenocarcinoma
 23. Adenocarcinoma Endocervical



37.- SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE LA PRUEBA DE PAPILOMA VIRUS

35




PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

GOBIERNO FEDERAL

SALUD



SOLICITUD Y REPORTE DEL RESULTADO DE LA PRUEBA DE PAPILOMA VIRUS

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

1.- INSTITUCIÓN _____

2.- ENTIDAD/DELEGACIÓN _____

3.- JURISDICCIÓN _____

4.- MUNICIPIO _____

5.- UNIDAD MÉDICA _____

6.- CLUES _____

CÓDIGO DE BARRAS

II.- IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

CLAVE DE LA PACIENTE _____

7.- NOMBRE _____

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

8.- ENTIDAD DE NACIMIENTO _____ CURP _____ 9.- FECHA DE NACIMIENTO _____ 10.- EDAD _____

DÍA MES AÑO

11.- DOMICILIO _____

CALLE NÚMERO COLONIA C.P. LOCALIDAD/MUNICIPIO/DELEGACIÓN

ENTIDAD FEDERATIVA JURISDICCIÓN TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

12.- DERECHOHABIENTIA 1. SEGURO POPULAR 3. ISSSTE 5. SEDENA 7. IMSS OPORTUNIDADES 9. OTRO
2. IMSS 4. PEMEX 6. SEDEMAR 8. NINGUNO

CALLE NÚMERO COLONIA

CLAVE OPORTUNIDADES/SEDESOL _____

III. PRUEBA PAPILOMA VIRUS

13.- FICHA DE ESTUDIO ANTERIOR (PAPILOMA VIRUS) _____ 14.- FECHA DE TOMA _____

DÍA MES AÑO DIA MES AÑO

NÚMERO DEL CÓDIGO DE BARRAS _____

15.- MOTIVO DE DETECCIÓN _____

TAMIZAJE

11) INVITACIÓN ORGANIZADA

12) DERIVADA POR PERSONAL DE SALUD

13) ESPONTÁNEA (DE LA MUJER)

SEGUIMIENTO:

21) VPH POSITIVO PREVIO

22) ASCUS O LEI (LESIÓN PRECURSORA)

23) CONTROL DE CÁNCER

16.- TIPO DE LA TOMA 1) DIRIGIDA 2) AUTÓNOMA

17.- RESPONSABLE DE LA TOMA (RFC) _____ FIRMA: _____

18.- FECHA DE ANÁLISIS _____ 19.- RESULTADO 1) NEGATIVO 2) POSITIVO

DÍA MES AÑO DIA MES AÑO

20.- FECHA DE ENTREGA DE RESULTADO _____

DÍA MES AÑO

21.- OBSERVACIONES 1) MUESTRA EXTRAVIADA 2) FRASCO ABIERTO OTRO: _____

ORIGINAL



VIII.- ANEXOS

- 1 VALORACIÓN DE CRECIMIENTO UTERINO (ALTURA DE FONDO UTERINO)
- 2 MANIOBRAS DE LEOPOLD
- 3 VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD FETAL (AUSCULTACIÓN FRECUENCIA CARDIACA FETAL).
- 4 VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD UTERINA
- 5 TACTO VAGINAL
- 6 INVOLUCIÓN UTERINA
- 7 EDUCACIÓN SOBRE CUIDADOS EN LA MADRE EN EL HOGAR
- 8 EDUCACIÓN PARA LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN SU CASA
- 9 EXPLORACIÓN FÍSICA DEL RECIÉN NACIDO
- 10 EVALUACIÓN DE FACTORES RIESGO BIOLÓGICO
- 11 MÉTODO DE RECOGIDA DE LA MUESTRA DE SANGRE PARA DETECCIÓN DE GLUCOSA CAPILAR
- 12 EXPLORACIÓN CLÍNICA DE MAMAS
- 13 DETECCIÓN DE CANCER CERVICOUTERINO
- 14 TAMIZ NEONATAL METABOLICO
- 15 HIGIENE DE MANOS TÉCNICA DE HIGIENE DE LAS MANOS CON SOLUCIONES ALCOHOLADAS O CLORHEXIDINA AL 2%.
- 16 TIEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA DE TRIAGE OBSTETRICO
- 17 REGISTRO CARDIOTOCOGRAFICO
- 18 PRECLAMSIA
- 19 ECLAMPSIA
- 20 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA
- 21 BALON DE POS PARTO DE BAKRI
- 22 PARTO EN POSICION VERTICAL
- 23 POSICIONES PARA LA ATENCIÓN DE PARTO
- 24 TRABAJO DE PARTO
- 25 POSICION CORRECTA DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)
- 26 VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO MÉTODO APGAR
- 27 VALORACIÓN DE REFLEJOS DEL RECIÁN NACIDO
- 28 PSICOPROFILAXIS PERINATAL
- 29 RUTINA DE EJERCICIO
- 30 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN
- 31 TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN
- 32 MUSICOTERAPIA
- 33 BENEFICIOS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA
- 34 ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA
- 35 TIPO DE PEZONES
- 36 POSICIONES PARA AMAMANTAR
- 37 EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA
- 38 CONSEJERÍA PARA MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

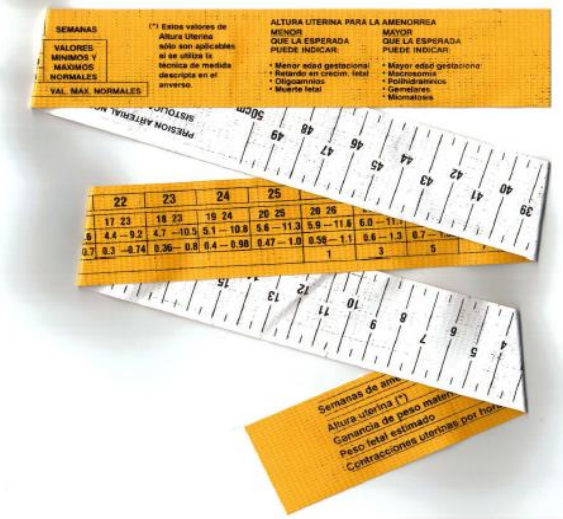
ANEXO 1.

VALORACIÓN DE CRECIMIENTO UTERINO (ALTURA DE FONDO UTERINO)

Altura de fondo uterino: Es la distancia en centímetros desde la parte superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino.

- Procurar que las palmas de las manos del examinador no se encuentren frías o húmedas.
- Mantener la privacidad de la usuaria en todo momento.
- Colocar a la usuaria en posición supina y cómoda.
- Por medio de la palpación identificar el fondo uterino.
- Posteriormente localizar el borde superior de la sínfisis del pubis.
- Tomar la cinta métrica donde inicia la numeración (misma que se colocará en la parte superior de la sínfisis del pubis) la cinta métrica debe estar entre el dedo índice y medio.
- Deslizar la cinta métrica hasta el fondo uterino, colocándola entre el dedo índice y medio, interpretando y valorando el crecimiento intrauterino.
- Observar y registrar en centímetros en los formatos correspondientes.

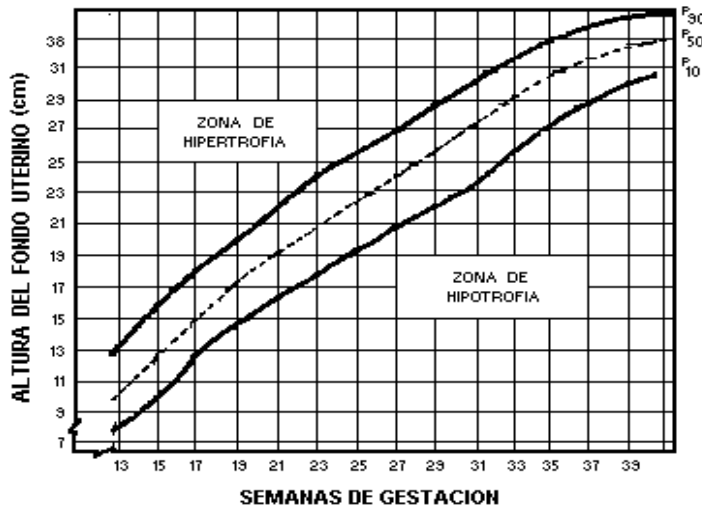




Cinta métrica OPS

APENDICE A (NORMATIVO)

ALTURA DEL FONDO UTERINO
SEGUN LA EDAD GESTACIONAL



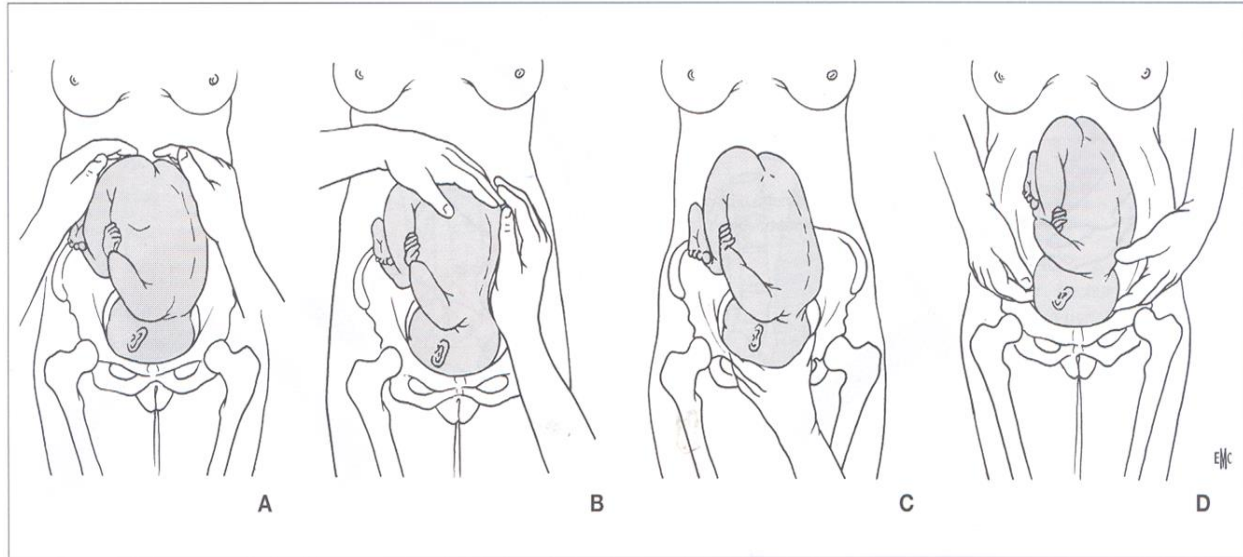
FUENTE: FESCINA, R.N. y COLS ; CLAP ; 1990

De acuerdo con los hallazgos encontrados se clasifica de la siguiente manera:
Normal: Cuando esté entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional.

Anormal: Cuando se encuentre por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional.

ANEXO 2.

MANIOBRAS DE LEOPOLD:



PRIMERA MANIOBRA

- Determina la altura del fondo uterino y qué parte fetal lo ocupa.
- La enfermera se coloca de preferencia a la derecha y de frente a la usuaria y realiza palpación del fondo uterino de manera gentil con las puntas de los dedos de ambas manos.



SEGUNDA MANIOBRA

- Permite valorar la situación y la posición del feto.
- La enfermera se coloca de preferencia a la derecha y de frente a la usuaria y realiza palpación del abdomen sosteniendo el útero con una mano y palpa el lado opuesto con la otra para localizar el dorso fetal (espalda) se debe percibir firme, liso, convexo y resistente.



TERCERA MANIOBRA

Permite valorar qué presentación tiene el producto: cefálica o pélvica.

- La Enfermera se coloca frente a la paciente y con la mano más diestra realiza palpación del hipogastrio, la presentación es lo que se aboca o tiende abocarse al estrecho superior de la pelvis.
- Coloca las puntas de los primeros tres dedos y el pulgar de una mano en cada lado del abdomen, justo por arriba de la sínfisis, pedir que inhale profundamente y exhale lentamente, se podrá observar como los dedos de hundir con lentitud y profundidad.
- Para cerciorarse que es la presentación, ya sea cefálica o podálica, revisar contorno, tamaño y consistencia.
- Si la presentación es cefálica se siente regular, resistente y redonda si no está encajada y puede realizarse el peloteo. Si la presentación es podálica se siente blanda con contornos irregulares.



CUARTA MANIOBRA

La enfermera se coloca viendo hacia los pies de la paciente y con ambas manos trata de rechazar la presentación, si se palpa toda la presentación por arriba de la sínfisis púbica y la punta de los dedos se puede colocar bajo ésta, se considera que el producto ésta libre, de lo contrario se considera encajado.

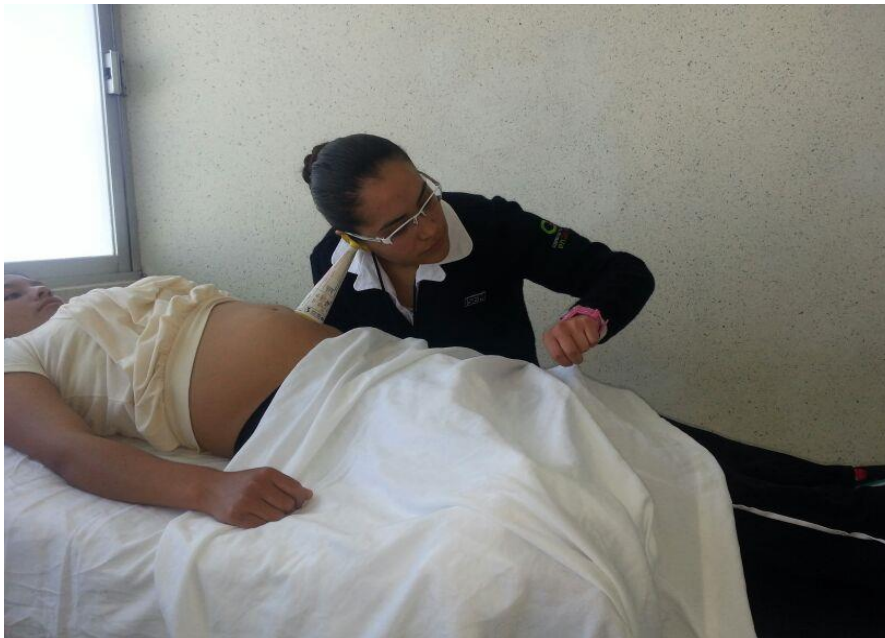


ANEXO 3.

VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD FETAL (AUSCULTACIÓN FRECUENCIA CARDIACA FETAL)

CON ESTETOSCOPIO DE PINARD

- Se puede valorar después de la vigésima semanas con estetoscopio de Pinard.
- La frecuencia cardiaca fetal se mide en un minuto completo y es el número de latidos del corazón del bebé.
- Colocar a la usuaria en decúbito supino con los miembros torácicos y pélvicos extendidos de manera cómoda.
- Mantener la privacidad en todo momento.
- Una vez realizada las maniobras de Leopold identificar la presentación cefálica y el dorso fetal.
- Colocar el estetoscopio de Pinard por la base del cono por debajo de la línea horizontal que pasa por la cicatriz umbilical de la madre.
- En presentaciones pélvicas colocar el estetoscopio de Pinard por encima de la línea horizontal que pasa por la cicatriz umbilical de la madre.
- El sonido se propaga a la pared abdominal por medio de la región dorsal del feto.
- Valorar, interpretar y registrar el resultado en los formatos correspondientes.



Auscultación de la Frecuencia cardiaca fetal con estetoscopio de Pinard

Estetoscopio de Pinard: Instrumento de aluminio o plástico con un cono captor, alargado y hueco de 20 cm aproximadamente, con un disco y una perforación en el centro.



Plástico



Aluminio

VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD FETAL (AUSCULTACIÓN FRECUENCIA CARDIACA FETAL)

CON DOOPLER

- Se puede valorar después de las 10 semanas de gestación con Doppler.
- La frecuencia cardiaca fetal se mide en un minuto completo y es el número de latidos del corazón del bebé.
- Colocar a la usuaria en decúbito supino con los miembros torácicos y pélvicos extendidos de manera cómoda.
- Mantener la privacidad en todo momento.
- Una vez realizada las maniobras de Leopold identificar la presentación cefálica y el dorso fetal.
- Colocar el transductor del Doppler por debajo de la línea horizontal que pasa por la cicatriz umbilical de la madre.
- En presentaciones pélvicas colocar el transductor del Doppler por encima de la línea horizontal que pasa por la cicatriz umbilical de la madre.
- El sonido se propaga a la pared abdominal por medio de la región dorsal del feto.
- Valorar, interpretar y registrar el resultado en los formatos correspondientes.



Doppler

Localización de la Frecuencia cardiaca fetal



Valoración de la frecuencia cardiaca fetal con Doppler

PARAMETROS DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL

NORMAL	120-160 lpm.
TAQUICARDIA	Más de 160 lpm.
BRADICARDIA	Menos de 120 lpm.

ANEXO 4.

VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD UTERINA

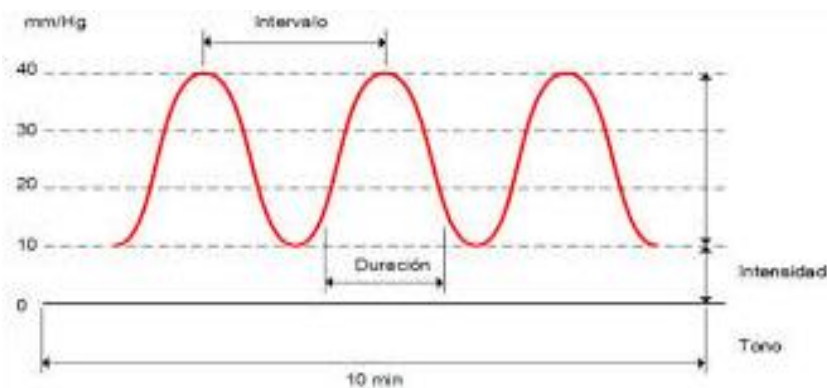
- Colocar a la usuaria en posición supina y cómoda.
- Procurar que las palmas de las manos del examinador no se encuentren frías y húmedas.
- Pararse del lado de la usuaria y colocar la palma de una mano en el abdomen y esperar el inicio de la contracción.
- Valorar la actividad uterina durante 10 minutos.
- Valorar las siguientes características:

Frecuencia: Es el número de contracciones que se presentan en un intervalo de 10 minutos, la cifra normal es de 3-5 contracciones durante el trabajo de parto.

Duración: Es el tiempo transcurrido en segundos desde que inicia una contracción hasta que recupera el tono basal existente antes de su inicio, la cifra normal es de 45-60 segundos.

Tono: Es la relajación entre cada contracción se mide por medio de miligramos de mercurio, la cifra normal es de 8-12 mmHg.

Intensidad: Se mide en miligramos de mercurio desde el tono basal hasta el punto más alto de cada contracción, la cifra normal es de 30-50 mmHg. y solamente se mide con un transductor interno.



CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD UTERINA

FRECUENCIA	3-5 en 10 minutos.
DURACIÓN	45-60 segundos.
TONO	8-12 mmHg
INTENSIDAD	30-50 mmHg

ANEXO 5.

TACTO VAGINAL

- Favorecer un ambiente de seguridad e individualidad.
- Explicar el procedimiento a realizar.
- Interrogar si es alérgica al látex.
- Colocar a la mujer embarazada en posición Ginecológica.
- Realizar lavado de manos.
- Colocar guante estéril.
- Mencionar que relaje sus piernas y muslos.
- De manera gentil realizar el tacto vaginal con el dedo pulgar y anular separar los labios mayores y menores y entreabrir el introito vaginal.
- Juntar el dedo índice y medio (en caso necesario aplicar lubricante) introducir ambos dedos en la vagina hasta tocar el cérvix deprimiendo el periné hacia abajo.
- Valorar pelvimetría, Dilatación en centímetros y borramiento en porcentaje, Integridad de las membranas amnióticas, Variedad de posición y encajamiento. (En caso necesario).



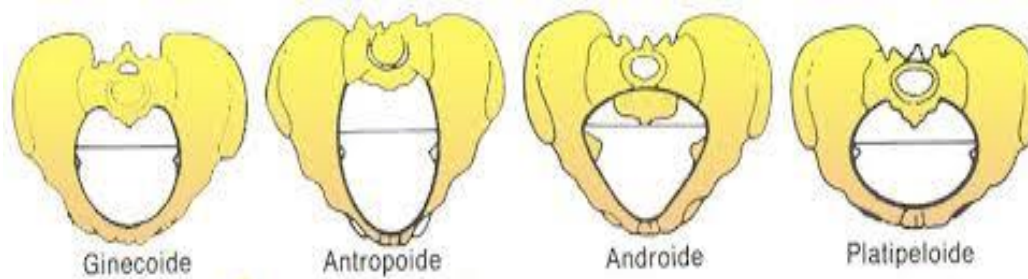
Realización del tacto vaginal

PELVIMETRÍA:

PELVIS ÓSEA: Formada por 2 huesos iliacos, un sacro y un coxis.

Cada hueso iliaco se compone de un ilion, un isquion y un pubis.

Tipos de pelvis.



Estrecho superior: Por arriba de la sínfisis del pubis siguiendo la línea innominada y hasta el promontorio.

Valoración: si se palpa promontorio o más allá de $\frac{3}{4}$ partes de la línea innominada se considera una pelvis no útil.

Diámetros conjugados:

Conjugado diagonal: se introducen el dedo índice y medio y se trata de palpar promontorio y se marca con la otra mano la distancia del borde inferior de la sínfisis al promontorio en promedio son 13cm.

Conjugado obstétrico: al conjugado diagonal se le restan 2cm, 11cm aproximadamente va de la cara posterior de la sínfisis del pubis al promontorio.

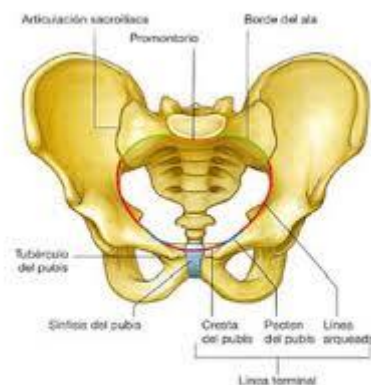
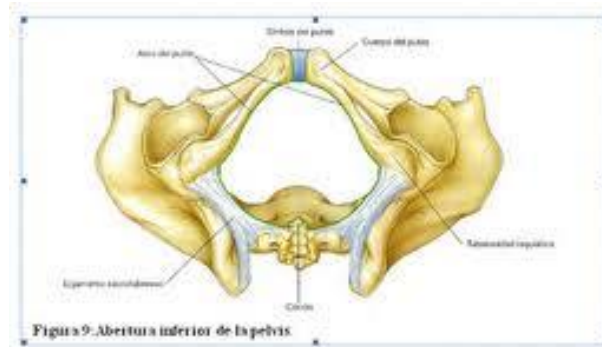


Figura 8: Abertura superior de la pelvis.

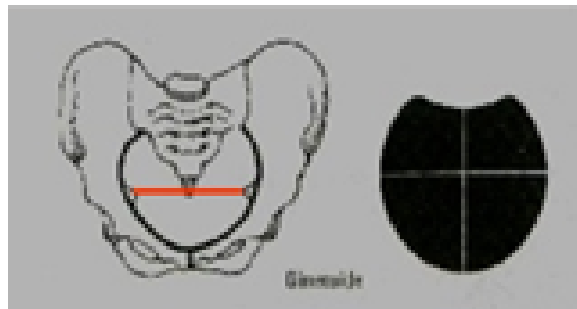
+



Conjugado diagonal (CD)

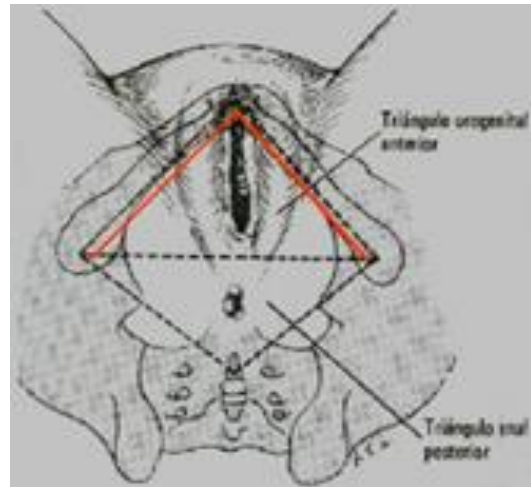
Conjugado obstétrico (CO)

Medida: 11 cm CD-2cm=CO

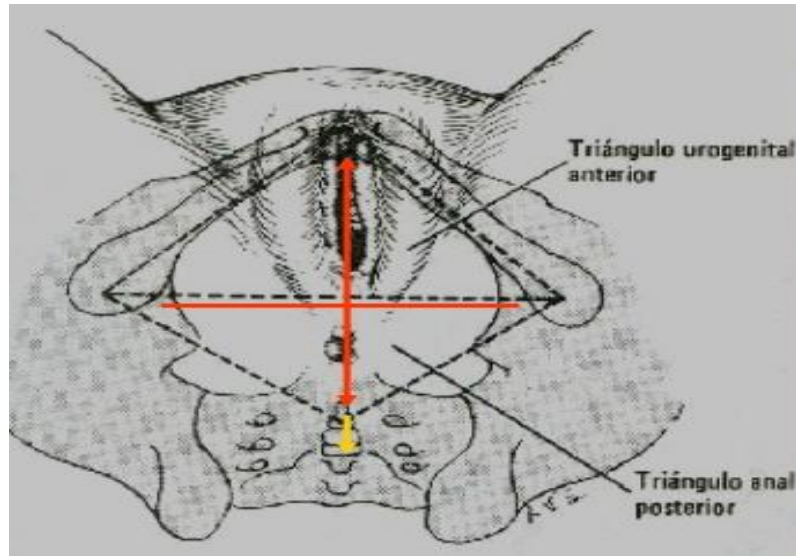


Diametro biciatico

Medida: 10 cm

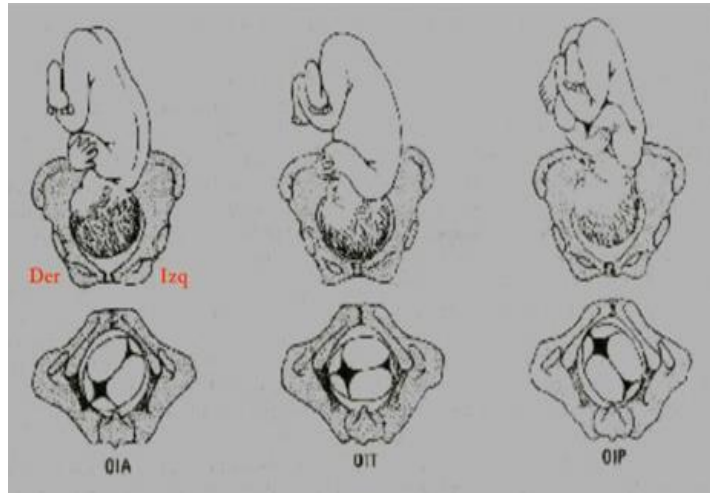


Angulo subpúbico
Angulo: 90 grados

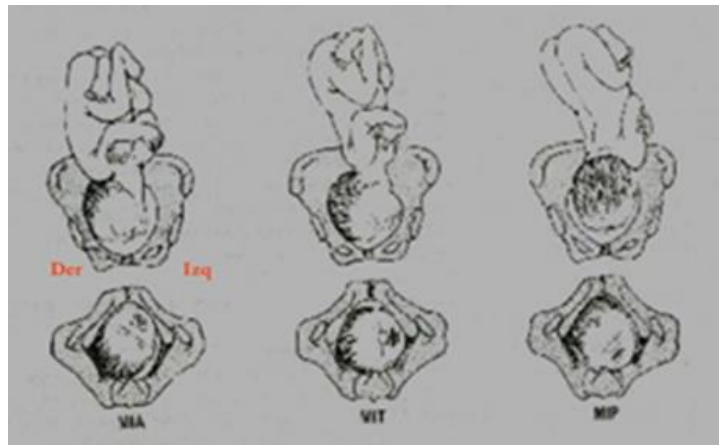


Diámetro bisquiatico es de 8.5cm
Diámetro anteroposterior del estrecho inferior es de 9cm

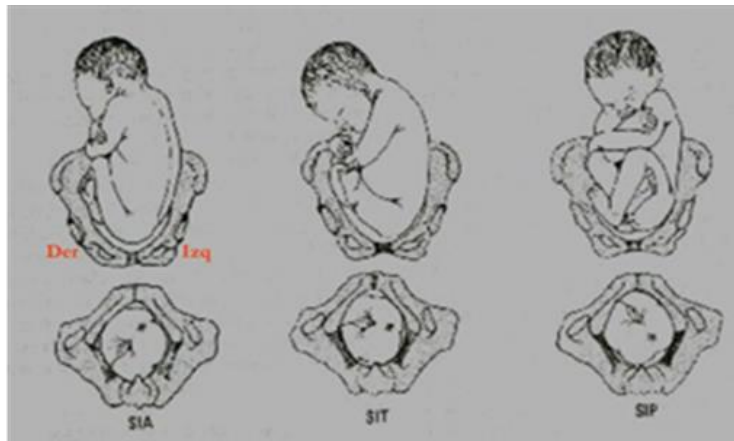
VARIEDAD DE POSICIÓN



Variiedad de posición: presentación cefálica



Variiedad de posición: presentación cara (deflexión G-3)

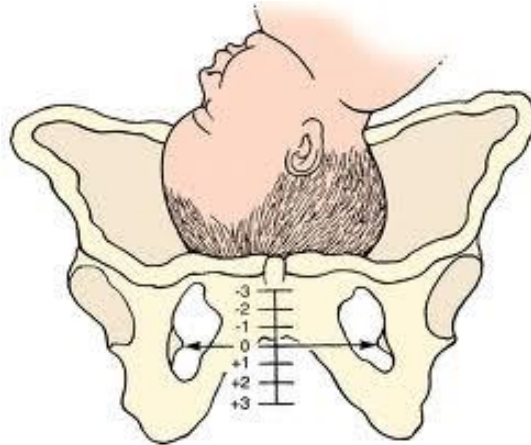


Variedad de posición presentación pélvica

ALTURA DE LA PRESENTACIÓN: ubicación de la presentación por el canal de parto se puede definir por estaciones o por planos

Estaciones de -4 a 4

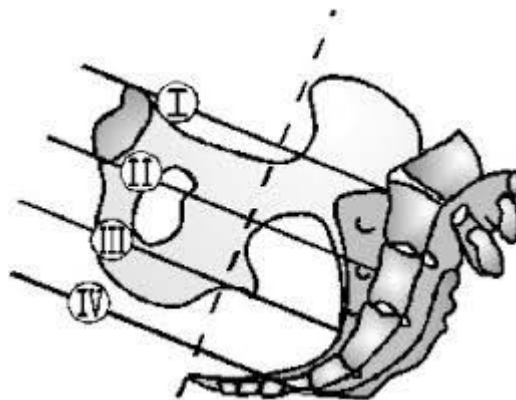
Planos de Hodge: I-IV



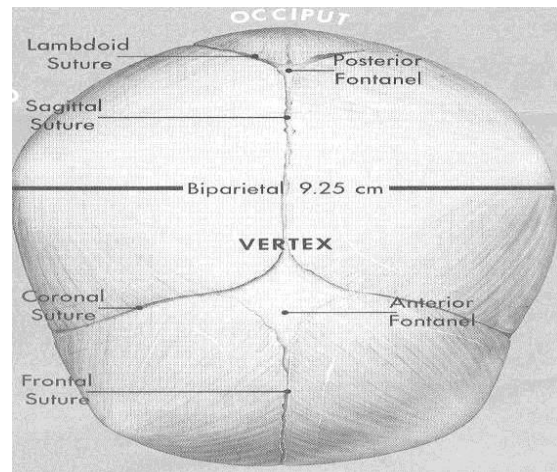
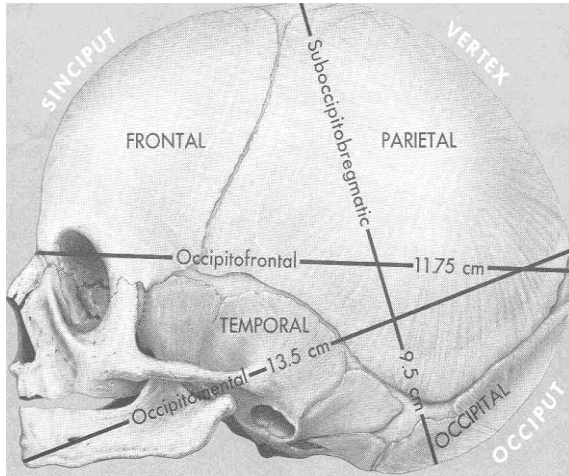
DESCENSO DE LA PRESENTACIÓN

PLANOS DE HODGE:

- I. Primer plano: Entrada del estrecho superior de la pelvis.
- II. Segundo plano: A nivel de espinas ciáticas. Entre subpúbis y 2da. Vertebra sacra.
- III. Tercer plano: Entre subpúbis y 4 vértebra sacra.
- IV. Cuarto plano: A nivel de vulva, subpúbis y cóxis.



Cabeza fetal.



Diámetro biparietal: 9cm

Diámetro suboccipito-bregmatico: 9.5cm

Diámetro occipito-frontal: 12cm aprox.

Diámetro occipitomentoniano: 13.5cm

Fontanela Bregman: anterior forma romboide 3-4cm aprox.

Fontanela Lambda: posterior triangular de 1.5cm aprox.

Sutura sagital: va de la fontanela anterior a la posterior.

ANEXO 6.

INVOLUCIÓN UTERINA

- Se debe encontrar por debajo de la cicatriz umbilical 5-6 cm aproximadamente y se mide por traves de dedos, valorar si presenta entuertos.
- Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, el fondo del útero es contraído ubicándose casi al nivel de la cicatriz umbilical.



Valoración de la Involución uterina

Entuertos.

- El útero puerperal en la primípara tiende a la contracción tónica.
- En la múltipara suele contraerse de manera vigorosa a determinados intervalos.
- Aumentan conforme a la paridad y cuando el recién nacido succiona el seno materno.
- Disminuyen al 3er día



Valoración de la Involución uterina

ANEXO 7.

EDUCACIÓN SOBRE CUIDADOS EN LA MADRE EN EL HOGAR

Le sugerimos lleve a cabo las siguientes recomendaciones.

- Ingerir abundantes líquidos. Se recomienda de 2-3 litros de agua simple al día, utilizando la jarra del buen beber.
- La alimentación utilice el plato del buen comer.
- Evitar comer alimentos ricos en grasas, irritantes, embutidos, café y alcohol.
- Evitar agacharse y realizar ejercicio excesivo.
- Realizar ejercicio de manera gradual.
- Caminar de manera exclusiva 30 minutos diarios.
- Descansar y aprovechar el tiempo con su pareja e hijo.
- Brindar lactancia materna exclusiva y a libre demanda.
- Observar y escuchar a su bebé para diferenciar sus necesidades.
- El aseo de la zona perineal es con jabón neutro, limpiar de adelante hacia atrás de manera suave y gentil.
- El secado es con palmadas para permitir la ventilación y favorecer la cicatrización en caso de haberse realizado episiorrafía o reparación de desgarro.
- Durante el puerperio las mujeres pueden estar más vulnerables por disminución hormonal de (estrógenos y progesterona) esta es una etapa que puede presentar melancolía.
- Los padres juegan otro rol de esposo a padre requiere de entendimiento y comprensión.
- Proporcionar un método anticonceptivo.
- En caso de que usted sienta que es violentada le sugerimos que se lo haga saber de inmediato a la enfermera de la consulta postparto.
- Le solicitamos pase a su consulta usted y su bebe para continuar con el control de su salud, para ello es importante contar con su participación.



ANEXO 8

EDUCACIÓN PARA LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN SU CASA



ALIMENTACIÓN:

Brindar lactancia materna exclusiva y a libre demanda los primeros seis meses de vida posteriormente continuar con la alimentación complementaria evitando agua, té, alimentos sólidos, después de brindar la lactancia materna sacar el aire dándole palmadas sobre su espalda para evitar cólicos.

POSICIÓN:

Acostar al bebé boca arriba con las manos libres, con la cabeza de lado, bien abrigado en invierno, sin almohadas ni juguetes para evitar el síndrome de muerte súbita del lactante, fomentar el colecho (dormir con los padres hasta los 4 años) para mantener el vínculo afectivo.

CUIDADOS DEL MUÑÓN UMBILICAL:

La limpieza del cordón umbilical es con abundante agua y jabón neutro, con movimientos circulares, secarlo perfectamente, no utilizar cremas que pueden llegar a enmascarar una infección, no colocar canicas, monedas, semillas, algodón, gasas etc.

- Al colocar el pañal procure no cubrir el muñón umbilical.
- Evitar todo tipo de solución que tenga alcohol y/o talcos.



Cuidados al muñón umbilical

BAÑO

Bañar al bebé diariamente de preferencia por las noches para que ambos descansen.



BAÑO DE SOL

Colocarlo a través de una ventana 15 minutos diarios, retirar toda su ropa, cubrir solamente ojos y genitales y cambiarlo frecuentemente de posición, no ponerle nada de cremas.

TAMIZ NEONATAL:

Es un procedimiento seguro, debe practicarse a todos los recién nacidos para descubrir enfermedades que pueden causar retraso mental y discapacidad, consiste en tomar entre 4 y 6 gotas de sangre preferentemente del 3ro. Al 5to día de la vida del bebé.

Es urgente que acuda a la consulta programada que le indique la enfermera.



ANEXO 9.

EXPLORACIÓN FÍSICA DEL RECIÉN NACIDO

Evaluación del desarrollo infantil por grupo de edad:

Elemento	Analizar y valoración
Aspecto General	Estado de maduración, estado de alerta, de nutrición, actividad, llanto, coloración, presencia de edema, evidencia de dificultad respiratoria, postura y otros elementos que permitan considerar sano o no al recién nacido, Somatometría.
Piel	Color, consistencia, hidratación, evidencia de tumores, lesiones, erupciones, vérmix caseosa, su presencia, y si está teñida de meconio, uñas
Cabeza y Cara	Tamaño, moldeaje, forma, fontanelas, líneas de suturas, implantación de cabello, simetría facial y dismorfia facial.
Ojos	Presencia y tamaño del globo ocular, fijación visual, nistagmus, presencia/ausencia de infecciones, edema conjuntival, hemorragia, opacidades de córnea y cristalino, reflejos pupilares, retina, distancia entre ambos ojos y lagrimeo.
Oídos	Tamaño, forma, simetría e implantación, presencia/ausencia de apéndice preauricular, fístulas, permeabilidad de conducto auditivo externo y reflejo cocleopalpebral por palmada.
Nariz	Permeabilidad de fosas nasales, presencia/ausencia de secreciones anormales y depresión del puente nasal.
Boca	Presencia de fisuras de labio y/o paladar, quistes de inclusión, brotes dentarios y sialorrea.
Cuello	Movilidad y presencia de masas tumorales, permeabilidad esofágica, presencia y tamaño de tiroides y presencia/ausencia de fístulas.
Tórax	Forma, simetría de areolas mamarias, evidencia de dificultad respiratoria, frecuencia y tipo de respiración, percusión y auscultación con entrada bilateral de aire en campos pulmonares.
Cardiovascular	Frecuencia y ritmo cardíaco, presencia y/o ausencia de soplos, pulsos femorales y braquiales, así como medición de presión arterial
Abdomen	Forma, volumen, concavidad, masas palpables, megalias, presencia de hernia o eventración, presencia/ausencia de peristaltismo y características del cordón umbilical.
Genitales	Anomalías y características de los órganos genitales masculinos o femeninos, implantación del meato urinario, presencia, tamaño y localización testicular, coloración, presencia de secreción vaginal y tamaño del clítoris.
Ano	Permeabilidad y localización.
Tronco y Columna Vertebral	Integridad, continuidad y presencia/ausencia de masas.
Extremidades	Integridad, movilidad, deformaciones, posiciones anormales, fracturas, parálisis y luxación congénita de cadera.
Estado Neuromuscular	Reflejo de Moro, glabellar, búsqueda, succión, deglución, presión palmar y plantar, marcha automática, tono, reflejos osteotendinosos y movimientos anormales.



Toma de la Frecuencia cardiaca en el recién nacido



Toma de la temperatura corporal en el recién nacido



Exploración física del recién nacido de manera cefalocaudal



ANEXO 10.

EVALUACIÓN DE FACTORES RIESGO BIOLÓGICO

- Asistencia a dos o menos consultas prenatales
- Presencia de sangrado, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta, enfermedades sistémicas durante el embarazo.
- Gestación menor a 34 semanas.
- Peso del niño al nacer de 1500 gr o menos.
- Retardo en la respiración y circular de cordón durante el parto.
- Hospitalización del niño en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) o antes del primer mes de vida.
- Madre menor de 16 años al momento del parto.

FACTORES RIESGO PSICO-SOCIAL

- Familia en situación de pobreza
- Progenitor adolescente
- Progenitor con trastorno mental o emocional importante
- Progenitor con deficiencia sensorial severa
- Familia con historia de malos tratos a otros hijos



ANEXO 11.

MÉTODO DE RECOGIDA DE LA MUESTRA DE SANGRE PARA DETECCIÓN DE GLUCOSA CAPILAR.

Es muy importante seguir escrupulosamente la técnica de obtención de la muestra para que la fiabilidad de los resultados sea alta.

- Se podrá obtener pinchando el dedo.
- Lavar y secar bien la zona de punción.
- Preparar el medidor y colocar la tira reactiva.
- Verificar el código.
- Estimular el flujo sanguíneo haciendo un masaje en la zona de punción.
- Pinchar con una lanceta o micro aguja en la zona lateral del pulpejo del dedo.
- Apretar suavemente hasta que salga una gota de sangre.
- Variar el lugar de punción de una vez a otra para evitar sensibilizaciones y dolor.
- Retirar la primera gota y depositar la segunda en la tira reactiva.
- La sangre depositada debe cubrir totalmente el reactivo.
- Esperar hasta que el medidor indique el resultado.
- Anotar el resultado en los formatos correspondientes.
- Precauciones de uso
- Se debe cerrar bien el envase.
- Utilizar las tiras inmediatamente después de extraídas del envase.
- Guardarlas en sitio seco y fresco. No almacenar el envase a temperaturas inferiores a +2° C o superiores a +32° C.
- No realizar determinaciones a más del 80% de humedad ni a temperaturas inferiores a 14° C y no superiores a 40° C.
- No cortar ni doblar las tiras.
- No hacer mal uso de las mismas
- Observar la fecha de caducidad.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA GLICEMIA CAPILAR

	Normal	Alteración de la glucosa	Probable diabetes mellitus
Ayuno	Menor de 100mg/dl	Mayor o igual a 100 pero menor a 126 mg/dl (anormal en ayunas)	Mayor o igual a 126 mg/dl
Casual	Menor de 140 mg/dl	Mayor o igual a 140 pero menor a 200mg/dl	Mayor o igual a 200mg/dl

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Presión arterial	Hipertensión arterial
Optima menor de 120/80 mmHg	Estado 1 140-149/90-99 mmHg
Normal 120-129/80-84mmHg	Estado 2 160- 179/100-109 mmHg
Normal alta 130-139/85-89 mmHg	Estado 3 >180> 110 mmHg

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL COLESTEROL

Rango	Valores
Normal	150-200 mg/dl
Bajo riesgo	200 mg/dl
Riesgo intermedio	200-300 mg/dl
Alto riesgo	+300 mg/dl

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE TRIGLICERIDOS

Rango	Valores
Normal	-150 mg/dl
Limítrofe alto	150-199 mg/dl
Alta	200-449 mg/dl
Muy alto	+500 mg/dl



ANEXO 12.

EXPLORACIÓN CLÍNICA DE MAMAS:

Debe ser realizada anualmente a toda mujer mayor de 25 años por personal capacitado. Durante la exploración, es conveniente ir explicando a la mujer como debe explorarse ella misma. Al finalizar deberá verificar si ha comprendido la técnica de la autoexploración.

Recomendaciones para la realización de la exploración clínica:

1. Consentimiento de la paciente.
2. No es necesaria la tricotomía de la axila.
3. Puede acudir con aplicación de talcos, desodorantes, aceites en mamas y en región axilar.
4. Puede acudir en cualquier día del ciclo menstrual.
5. Debe considerar los signos y síntomas del periodo pre y transmenstrual (a la mujer menopausica se le realiza en cualquier día del mes).
6. La exploración clínica debe realizarse sin guantes, ya que al utilizarlos se pierde sensibilidad.
7. La exploración clínica se efectúa en dos tiempos: inspección y palpación.

La inspección: Se realiza con la vista y se divide en estática y dinámica, se efectúa con la paciente sentada con el tórax y brazos descubiertos bajo una adecuada iluminación.

Inspección estática: Con las extremidades superiores colgantes a lo largo del tronco en una posición de relajación la enfermera frente a la mujer, observa datos referentes a la forma, volumen, simetría, bultos, hundimientos o cambios de coloración de la piel que orienten a la sospecha de una lesión mamaria.

Se realiza con la yema de los dedos en forma suave metódicamente con la búsqueda intencionada de lesiones existentes, se aprovecha la posición sentada de la paciente para iniciar la exploración de la región axilar, mediante la presión firme sobre las costillas tratando de identificar los ganglios existentes y sus características (**Manual de Exploración Clínica de las Mamas 2007**)

Exploración clínica de mamas



AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA:

- Es la palpación de los senos por la misma usuaria.
- Observar los senos desnuda, los hombros rectos y los brazos junto a la cadera ante un espejo y buscar si existe alguna asimetría en el volumen (Un seno mucho más grande que el otro).



- Observar si hay desviación o retracción del pezón, salida de secreciones de manera espontánea o presionándolos; hinchazón, enrojecimiento o piel de naranja en alguna área de los senos.
- Con los brazos levantados se debe observar si existen retracciones en el pezón o cualquier parte de la mama.



- Deslizar suavemente sobre la piel las yemas de los tres dedos más largos de la mano.
- Iniciar con el hueco axilar, hasta llegar al seno, sobre este se continúa de manera circular, hasta llegar al pezón.
- Buscar si existen áreas de cambios de coloración o de temperatura, aumento en la consistencia de la piel (engrosamiento), y la presencia de bolitas duras o dolorosas.
- Posteriormente acostarse y palpase las mamas con las manos invertidas, la mama izquierda con la mano derecha y viceversa, utiliza un tacto firme y pausado con las yemas de los dedos, mantener los dedos rectos y juntos. Con movimientos circulares.
- Controla la mama completa de arriba hacia abajo y de lado a lado: desde la clavícula hasta la parte superior del abdomen, desde la axila hasta el escote.



ANEXO 13 DETECCIÓN DE CANCER CERVICOUTERINO

LOS 8 TIPOS DE PVH MAS COMUNES en CaCu - MUNDIAL

	N=3.085 IARC DATA	N=14.500 META-ANALYSIS	N=8.785 ICO SURVEY
1	HPV 16	HPV 16	HPV 16
2	HPV 18	HPV 18	HPV 18
3	HPV 45	HPV 33	HPV 45
4	HPV 31	HPV 45	HPV 31
5	HPV 33	HPV 31	HPV 33
6	HPV 52	HPV 58	HPV 52
7	HPV 58	HPV 52	HPV 35
8	HPV 35	HPV 35	HPV 58

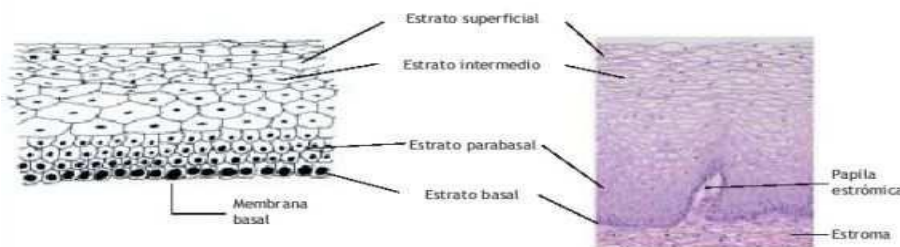
Munoz N, Bosch FX, et al. Int J Cancer 2004; Smith J, et al. 2007; de Sanjose et al. 2010

FACTORES DE RIESGO

- Conducta Sexual (Inicio precoz antes de 15 años), múltiples compañeros sexuales (>5)
- Paridad (Edad del primer parto y gran multiparidad)
- Alimentación (desnutrición, deficiencia micronutrientes)
- Tabaquismo Condición Socioeconómica (Pobreza e higiene)
- Inmunosupresión (VIH/SIDA o uso crónico de esteroides)
- Exposición a Enfermedades de Transmisión Sexual (Herpes, Chlamydia, Citomegalovirus, otros.)

EL CERVIX- ANATOMIA E HISTOLOGIA NORMALES

El cérvix consiste de dos porciones; el exocervix o porción externa y el endocervix que recubre el canal y el orificio endocervical. La cara externa (exocervix del cérvix normal está cubierto por epitelio escamosos y el endocervix por células columnares productoras de moco landulares).



APARIENCIA DEL CÉRVIX EN ESTADOS NORMALES Y ANORMALES NULIPARA

Hay una apertura lisa y redonda del cérvix, Hay un pequeño reflejo, sobre todo en el epitelio escamoso, causado por la fuente de luz.



MOCO CERVICAL

El moco cervical es muy conocido alrededor del orificio endocervical. La cantidad y consistencia del moco cervical cambia de acuerdo al ciclo menstrual. El moco cervical tiene apariencia densa, espesa y blanquecina; puede adherirse al cérvix y dar la apariencia de una enfermedad.

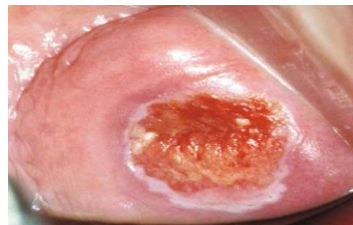


MULTIPARA

Al comparar este cérvix con el de nulípara, el orificio endocervical se visualiza más irregular con un aspecto gastado. Este ha sido descrito como de “boca de pescado”.

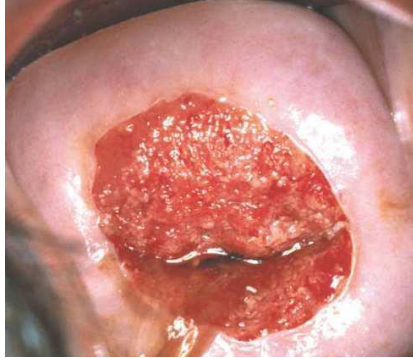
METAPLASIA ESCAMOSA

El recubrimiento de células glandulares del canal cervical próximo a la unión escamocolumnar son gradualmente reemplazadas por células escamosas.



ECTOPIA/ECTOPRION

La exposición a hormonas como el estrógeno y la progesterona puede afectar la apariencia del cérvix. Esta exposición se visualiza como la presencia aumentada del tejido glandular en la superficie externa del cérvix.



PRUEBAS DE TAMIZAJE

LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

Todo establecimiento de salud o institución que brinde servicios de toma de citología-vaginal realizará la búsqueda activa de casos, dirigida especialmente al grupo de mujeres identificadas como prioritarias.

La citología cérvico-vaginal podrá ser tomada a nivel institucional y comunitario, esta última en aquellas áreas con menor accesibilidad a servicios de salud, por personal médico o de enfermería debidamente capacitado.

RECOMENDACIONES PREVIO A LA TOMA DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL

- Preferentemente será tomado en periodo sin menstruación o sangrado.
- Posterior al parto, el momento recomendado es a partir de las ocho semanas.
- No deben efectuarse duchas vaginales ni utilizar medicamentos dentro de la vagina en las 24 horas previas a la toma de la muestra.
- El frotis será tomado antes del tacto vaginal.
- No realizar biopsia vaginal, cervical o endometrial ni extirpación de polípos antes de tomar la muestra.

Para la toma de citología-vaginal se utilizará paleta de Ayre para el exocérvix y endocérvix, quedando el uso del hisopo previamente humedecido en solución salina normal para el endocérvix de la mujer postmenopáusica.

Para realizar la citología cerviovaginal se debe contar con los siguientes materiales y equipo:



a. Equipo

- I. Camilla (no necesariamente ginecológica)
- II. Fuente de Luz (100 watts)

- III. Espéculo
 - VI. Bandeja de instrumentos

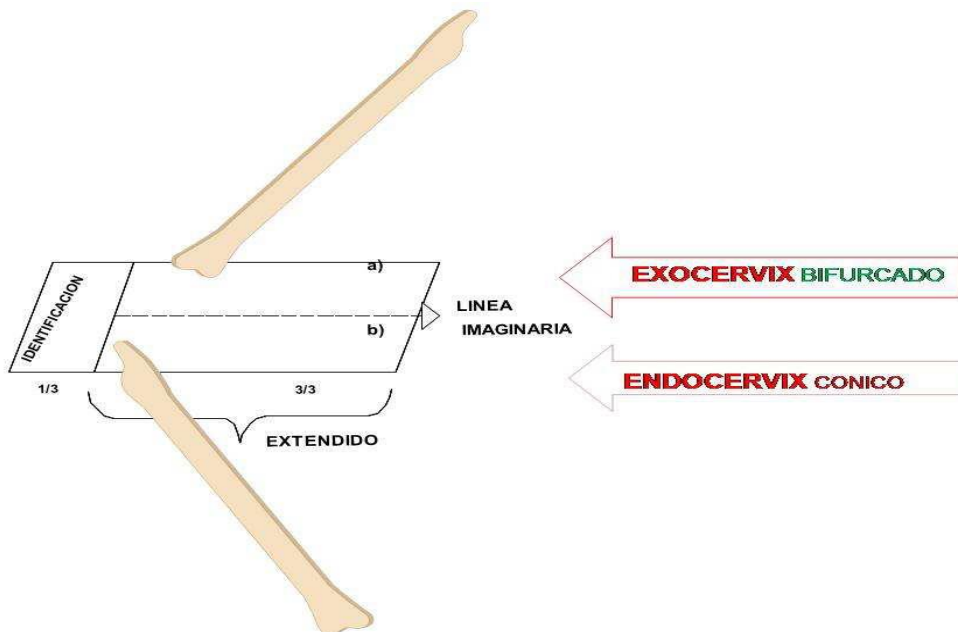
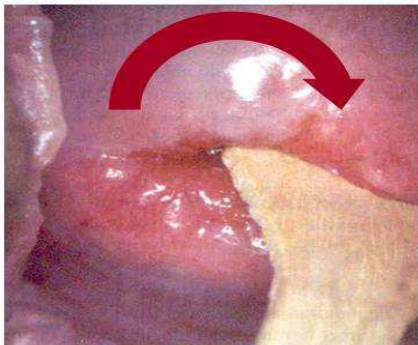
b. Materiales

- I. Portaobjetos (laminilla esmerilada)
- II. Paleta de Ayré
- III. Alcohol al 96 %
- IV. Guantes descartables (un par nuevo para cada recipiente) o estériles
- V. Solución de cloruro de sodio al 0.5% para descontaminar equipo y guantes
- VI. Hoja de registro - Tome una breve historia de la salud reproductiva de la mujer.
Debe incluir:

- 1. Historia menstrual
- 2. Patrón de sangrado (poscoito o irregular)
- 3. Paridad
- 4. Edad de primera relación sexual
- 5. Uso de métodos anticonceptivos
- 6. Historia de enfermedad de transmisión sexual
- 7. Tabaquismo
- 8. Estado de VIH-SIDA
- 9. Papanicolaou previo anormal

FACTORES DE LA TOMA DE LA MUESTRA

- EN **EXOCERVIX** DEBE TOMARSE LA MUESTRA CON EL EXTREMO BIFURCADO DE LA ESPÁTULA (rotación 360° a derecha)
- EN **ENDOCERVIX** LA MUESTRA DEBE TOMARSE CON EL EXTREMO CONICO DE LA ESPÁTULA (360° a la izquierda)
- EL EXTENDIDO DEBE SER LONGITUDINAL Y EN MONOCAPA PARA CADA UNO DE LOS LADOS DE LA ESPÁTULA
- TIEMPO DE LA TOMA - EXTENDIDO A FIJACIÓN EN **ALCOHOL DE 96°** NO DEBE SER MAYOR A LOS **CINCO SEGUNDOS**





CALIDAD DE LA MUESTRA

1. Colocar y transportar las laminillas en la caja porta láminas y deberán llegar al laboratorio de procesamiento y lectura de Papanicolaou dentro de la primera semana después de la toma de la muestra.

2. Las laminillas estarán bien identificadas, integra, bien conservadas y la calidad del extendido y fijación será óptimo (extendido fino en monocapa y fijación mínima de 30 minutos en alcohol al 96 %).

3. La muestra debe incluir células endocervicales.

4. la boleta citológica estará llena adecuadamente

Para el resultado citológico se utilizara la nomenclatura del sistema de clasificación Bethesda.

CANCER CERVICOUTERIO INFORME DEL PAP (BETHESDA)

- NEGATIVO: } SATISFACTORIO
- INADECUADO } MENOS QUE ÓPTIMO
- DUDOSO O ATÍPICO }
- POSITIVO }
 - BAJO GRADO: -HPV- NIE 1
 - ALTO GRADO: -NIE 2- NIE 3
 - CA INVASOR: -EPIDERMOIDE
 - ADENOCARCINOMA
 - SARCOMA
 - OTROS

ANEXO 14.

TAMIZ NEONATAL METABOLICO

Ficha de identificación:

Cada una de las etapas de un Programa de Tamiz Neonatal requiere de una serie de datos necesarios e indispensables para llevar a cabo cada función, por lo cual es fundamental llenar los formatos correspondientes como la ficha de identificación, que se debe de llenar con letra de molde clara y no utilizar máquina para escribir.

La ficha de identificación tiene original y copia, sólo se envía la copia al laboratorio correspondiente.

Es obligatorio verificar y anotar los siguientes datos:

- El número de folio del papel filtro con la muestra de sangre debe de coincidir con el número de folio de la ficha de identificación.
- Unidad donde se tomó la muestra. Sin abreviaturas y nombre completo.
- Jurisdicción a la que pertenece la unidad.
- Entidad Federativa donde se toma la muestra.
- Dato del niño: Sexo

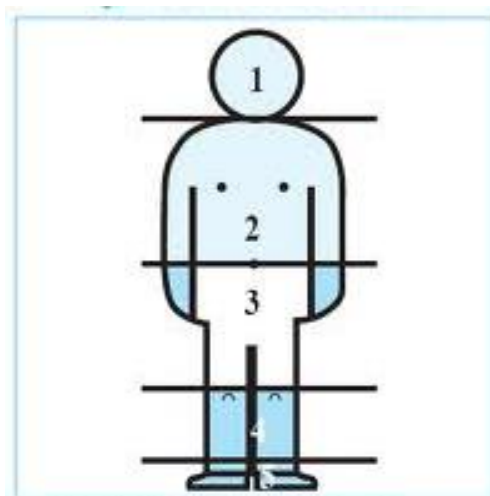


Detección y tratamiento oportuno e integral del Hipotiroidismo congénito.

- La fecha de nacimiento y la fecha de toma se debe anotar: Día, mes, año y hora (en formato de 24 horas).
- En casos donde se solicite "fecha", los meses se anotan con las primeras tres letras del mes. (p/e: ENE. FEB. MAR)
- Peso al nacimiento en gramos (grs)
- Talla: Registrado en centímetros(cm)
- Edad gestacional: Término o prematuro (número de semanas de gestación).
- Anotar si presenta ictericia.

ESCALA DE KRAMER MODIFICADA

Zona 1	Ictericia de la cabeza y cuello	Menor 5 mg/dl
Zona 2	Ictericia hasta el ombligo	5-12 mg/dl
Zona 3	Ictericia hasta las rodillas	8-16 mg/dl
Zona 4	Ictericia hasta los tobillos	10-18 mg/dl
Zona 5	Ictericia plantar y palmar	Mayor de 15 mg/dl



Zona 1: Ictericia de la cabeza y cuello = <5 mg/dL.
Zona 2: Ictericia hasta el ombligo = 5-12 mg/dL.
Zona 3: Ictericia hasta las rodillas = 8-16 mg/dL.
Zona 4: Ictericia hasta los tobillos = 10-18 mg/dL.
Zona 5: Ictericia plantar y palmar = >15 mg/dL.

- Marcar si tiene malformaciones congénitas y cuál (Síndrome de Down).
- Cuando se trate de parto gemelar anotar el número de gemelo.
- Nombre completo de la madre.
- Madre con enfermedad tiroidea: Sí o no.
- El domicilio debe de ser lo más completo posible (calle, número, colonia o localidad, municipio o delegación, entidad Federativa y código postal). Teléfono y de ser posible otra opción de dirección o teléfono y por qué persona se pregunta.
- En el dato de la toma de muestra se debe de anotar: Antes de 30 minutos o de 72 horas a 5 días
- Marcar en rojo si es una segunda muestra o una muestra urgente
- Fecha de toma de la muestra: día, mes, año, hora (en formato de 24 horas)
- Nombre completo del responsable del procedimiento.
- Resultado: Está basado en el punto de corte del laboratorio.
- Interpretación: Normal o sospechoso.
- Detección y tratamiento oportuno e integral del Hipotiroidismo congénito

Toma de muestra de talón.

Se debe tomar entre las 72 horas del nacimiento y hasta los 5 días de vida.

Material necesario para toma de muestra del talón: Algodón, Alcohol, lanceta estéril, papel filtro específico y ficha de identificación.

Técnica:

- Inmovilizar el pie del recién nacido, hacer dos líneas imaginarias, una que va de la mitad del primer dedo hacia el talón y la otra que va del pliegue interdigital del cuarto o quinto dedo hacia el talón (realizar la punción en el borde externo del talón del recién nacido).
- El área externa de la línea es una zona con numerosos capilares que aporta buena cantidad de sangre y además se evita la lesión del hueso calcáneo.
- Limpiar el área a puncionar con algodón impregnado de alcohol, dejar evaporar el exceso.
- Introducir la punta de la lanceta con un sólo movimiento rápido y seguro en dirección casi perpendicular a la superficie del pie.
- La gota de sangre debe de ser grande de manera que llene el círculo completo y que impregne la cara posterior de la tarjeta de papel filtro.



- Poner la superficie del papel filtro en contacto con la gota de sangre hasta llenar los círculos de la tarjeta. Cuidar que el papel filtro no toque la piel del niño.
- Esperar una nueva gota, poner en contacto nuevamente el papel filtro con la gota de sangre para llenar todos los círculos de la tarjeta.
- Al terminar la toma de la muestra, levantar el pie del recién nacido por arriba del nivel del corazón y presionar el área de la punción con un algodón limpio y seco.
- Dejar secar la muestra en papel filtro por 3 horas a temperatura ambiente en posición horizontal.
- No tocar los círculos que contienen las gotas de sangre.



- Guardar la muestra en papel filtro con la ficha de identificación en un sobre y almacenarla envuelta en papel dentro de una bolsa de plástico en un lugar fresco o en el refrigerador, hasta que sea enviada al laboratorio.

Observaciones:

- No tomar la sangre en tubos capilares (por que se forman coágulos microscópicos y se puede raspar la superficie del papel).
- No exprimir el área vecina para evitar hemólisis y la mezcla con líquido intersticial.
- Colocar el pie por debajo del nivel del corazón y frotar la pierna para obtener mayor afluencia de sangre.
- Evitar que el papel filtro se moje con alguna sustancia, si esto sucediera ésta es una muestra inadecuada.
- Evitar que las muestras se humedezcan o mojen.
- Las muestras secas son estables a temperatura ambiente (20 a 25° C) por una semana, se recomienda almacenarlas en refrigeración (2 a 8 °C), la estabilidad a esta temperatura es de 30 días.

ANEXO 15

Higiene de Manos Técnica de higiene de las manos con Soluciones Alcoholladas o clorhexidina al 2%.

(Duración de 20 a 30 segundos)

- 1.- Solución alcoholada o con clorhexidina al 2%. Depositar en la palma de la mano suficiente alcohol gel.
- 2.- PALMAS Frótese las palmas de las manos entre sí.
- 3.- DORSO Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.
- 4.- ENTRE LOS DEDOS Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- 5.- NUDILLOS Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- 6.- DEDO PULGAR Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- 7.- UÑAS Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
- 8.- Ahora sus manos son seguras.



Técnica de lavado de las manos con Agua y Jabón.

(Duración de 40 a 60 segundos)

- 1.- REMUEVA Retire anillos, reloj y pulseras.
- 2.- HUMEDezca Moje las manos con agua.
- 3.- JABÓN Deposite en la mano la cantidad de jabón suficiente.
- 4.- PALMAS Frótese las palmas de las manos entre sí.
- 5.- DORSO Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa
- 5.- ENTRE LOS DEDOS Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- 6.- NUDILLOS Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- 7.- DEDO PULGAR Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.
- 8.- UÑAS Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
- 9.- ENJUAGUE Enjuáguese las manos con agua.
- 10.- SEQUE Séquelas con una toalla de un solo uso.
- 11.- CIERRE Sírvase de la toalla para cerrar el grifo.
- 12.- Ahora sus manos están limpias.



5 Momentos básicos de higiene de manos recomendados Los 5 MOMENTOS de higiene de manos en el hospital según la OMS son

1. Antes de la atención del paciente
2. Después de la atención del paciente
3. Después de tocar material contaminado alrededor del paciente
4. Antes de manipular métodos invasivos.
5. Después del contacto con secreciones o excreciones.

Recordando que los tres primeros momentos pueden realizarse indistintamente mediante lavado de manos o aplicación de antiséptico y LOS DOS ÚLTIMOS MOMENTOS FORZOSAMENTE SE UTILIZA AGUA Y JABÓN.

Sus 5 momentos para la HIGIENE DE LAS MANOS





Técnica de colocación de mascarilla-cubre bocas

La técnica de colocación son las acciones que se realizan para cubrir la nariz y la boca con una cubrebocas.

Objetivo: Disminuir el riesgo de transmitir microorganismos patógenos al aire. Proteger y prevenir infecciones adquiridas por vía aérea.

Fundamento: El aire contiene gotitas suspendidas que se expelen al toser, estornudar o al hablar, miden cinco micras no rebasan un metro de quien las produce. El aire traslada las gotitas y gérmenes patógenos que se encuentran suspendidas por tiempos prolongados. El ambiente húmedo es un medio propicio para el crecimiento y multiplicación de microorganismos.

Medidas de seguridad: Colocarse el cubrebocas antes que la bata, guantes y antes de realizar el lavado de manos habitual.

Procedimiento:

1. - Lavarse las manos y tomar la cubrebocas.
2. - Evitar tocar el cubrebocas antes de colocarlo en la cara.
3. - Colocar el cubrebocas sobre la boca y nariz.
4. - Atar las cintas de arriba a la parte de atrás de la cabeza, asegurándose de que las cintas pasan por la parte superior de las orejas.
5. - Atar las cintas inferiores del cubrebocas en la parte de atrás de la cabeza (en la nuca).
6. - Debe cambiarse tan pronto se humedezca.
7. - No quitar el cubrebocas de nariz ni boca y no dejar que se suspenda alrededor del cuello ni traerla sobre el cabello.
8. - Quitar el cubrebocas y lavarse las manos.
9. - Desatar primero las cintas inferiores y luego las superiores. Las manos deben estar limpias cuando toquen el cuello.
10. - Quitar el cubrebocas, enrollar las cintas alrededor del cubrebocas y desecharla como basura contaminada inorgánica.

La duración de la utilización depende:

- Del período de incubación de la enfermedad.
- Del tiempo de tratamiento ya que algunas posterior a 24 hrs. de tratamiento antimicrobiano ya no es necesario la utilización de cubrebocas.

Protecciones

Desde el primer contacto con el paciente y en todas las áreas del hospital debe cumplirse con las precauciones estándar y contar con tarjetones en los que se especifiquen los cuidados necesarios para precauciones específicas de acuerdo con los siguientes criterios:

Precauciones estándar: (rojo)

Precauciones por contacto: (amarillo)



Precauciones por gotas: partículas de secreciones respiratorias que se producen al hablar, estornudar o toser y que son iguales o mayores de cinco micras: (verde)

Precauciones para vía aérea: partículas de secreciones respiratorias que se producen al hablar, estornudar o toser y que son menores de cinco micras: (azul)

Los tarjetones se colocarán en la entrada de la habitación, en un lugar visible en cuartos individuales y en la cabecera del paciente en cuartos compartidos.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN:

Se define así a un sistema que combina distintas técnicas de barrera (Elementos de protección personal y prácticas específicas) aplicadas durante la atención a los pacientes.

El objetivo de las Precauciones de Aislamiento es evitar la transmisión intrahospitalaria de infecciones, tanto entre pacientes, como en el personal y los visitantes.

Las fuentes humanas de microorganismos infecciosos en un hospital pueden ser los pacientes, el personal y en ocasiones, personas que concurren de visita.

Se incluyen:

- Personas con enfermedad aguda.
- Personas con enfermedades en período de incubación.
- Personas colonizadas con un agente infeccioso.
- Personas portadoras crónicas de agentes infecciosos.
- Otras fuentes pueden ser:
 - Flora endógena del propio paciente (difícil de controlar).
 - Objetos contaminados del medio ambiente inanimado, incluyendo equipos médicos, medicamentos y superficies de la unidad del paciente.

VIA DE TRANSMISIÓN

Los microorganismos en los hospitales son transmitidos por muchas rutas. a su vez, ser transmitido por más de una ruta.

Transmisión por contacto

Contacto directo: los microorganismos son transferidos de una persona a otra (Ej. sangre de un paciente que ingresa al personal a través de cortes o lesiones presentes en la piel; sarna o virus herpes simple que pueden ser transmitidos al personal mientras atiende al paciente).



Contacto indirecto: Es la forma más frecuente de transferencia de microorganismos y puede ocurrir a través de:

Objetos contaminados como ser equipo y dispositivos biomédicos usados en el cuidado del paciente (Ej. termómetros electrónicos, aparatos para el monitoreo de glucosa, endoscopios) contaminados con sangre u otros fluidos corporales y que no han sido adecuadamente limpiados y desinfectados entre usos.

A través de personas: Las manos del personal contaminadas son el más importante contribuyente en la ocurrencia de infecciones cruzadas.

Juguetes: pueden contaminarse y en ausencia de adecuado lavado y desinfección entre usos con diferentes pacientes, transmitir infecciones a un nuevo huésped (Ej. virus sincicial respiratorio, pseudomonas aeruginosa, etc.)

Transmisión respiratoria por gotitas de Pflugge

Las gotitas de Pflugge son generadas desde una persona que actúa como fuente primaria, al hablar, durante la tos o estornudo y durante procedimientos realizados a los pacientes como aspiración y broncoscopías. Su tamaño es superior a los 5 micrones de diámetro.

PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO

Una forma de implementar un sistema de Precauciones de Aislamiento o de Precauciones basadas en la forma de transmisión de los microorganismos, es el uso de tarjetas de colores que enumeren las Técnicas de Barrera a emplearse, determinen las enfermedades para la cual se diseñaron y la duración establecida para cada una de ellas. Esta forma de identificación tiene por objetivo la instrucción permanente del personal, pacientes, familiares y visitantes, en cuanto a prácticas seguras.

Colore de identificación para precauciones para evitar transmisión de agentes infecciosos	
Precauciones	colores
Estándar	rojo
contacto	amarillo
Por gotas	Verde
Por vías aéreas	azul

BARRERA:

Lavado de manos: es la medida más simple, importante y eficaz para reducir los riesgos de transmisión de microorganismos desde un paciente a otro o desde un sitio a otro en un mismo paciente.

GUANTES:

Los guantes constituyen una barrera protectora, previniendo la contaminación de las manos cuando entran en contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones, membranas mucosas o piel no intacta. Reducen el riesgo de exposición a los microorganismos presentes en estas sustancias.

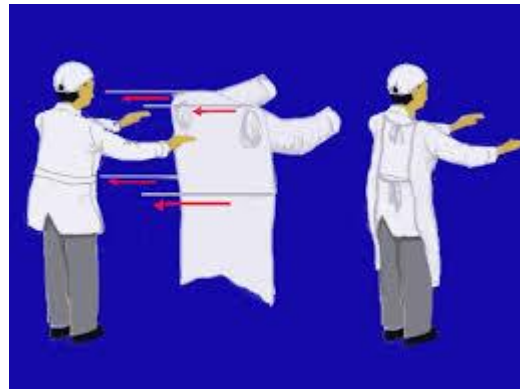


Habitación del paciente: Debe contar con las instalaciones y los elementos necesarios para realizar lavado de manos. Cuando las enfermedades de los pacientes requieran una habitación individual y esto no sea posible, se puede recurrir a la cohortización de pacientes. Es decir, agrupar pacientes con una misma enfermedad en un mismo lugar de internación. Las enfermedades de transmisión respiratoria requieren de habitación individual, excepto que los pacientes puedan cohortizarse en una misma habitación.

El cubrebocas: El cubrebocas debe cubrir perfectamente la nariz y la boca. Pueden ser cónicos

Batas Quirúrgica. Está especialmente indicado en procedimientos en que resulte necesario proteger de salpicaduras tanto los brazos como otras superficies corporales o bien para prevenir la contaminación de uniformes frente a fluidos corporales o sangre de pacientes con situaciones especiales de aislamiento (ERV, Clostridium difficile, SARS, etc.)

No doblar, encapuchar o romper con las manos ni agujas u otros elementos cortopunzantes. Descartar en contenedores de paredes rígidas que resulten resistentes y seguros para su transporte posterior. Los descartadores deben contar con cierre final hermético. Considerados como residuos biopatogénicos, luego de su cierre hermético, se descartan en bolsa plástica roja.





ANEXO 16.

TIEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA DE TRIAGE OBSTETRICO

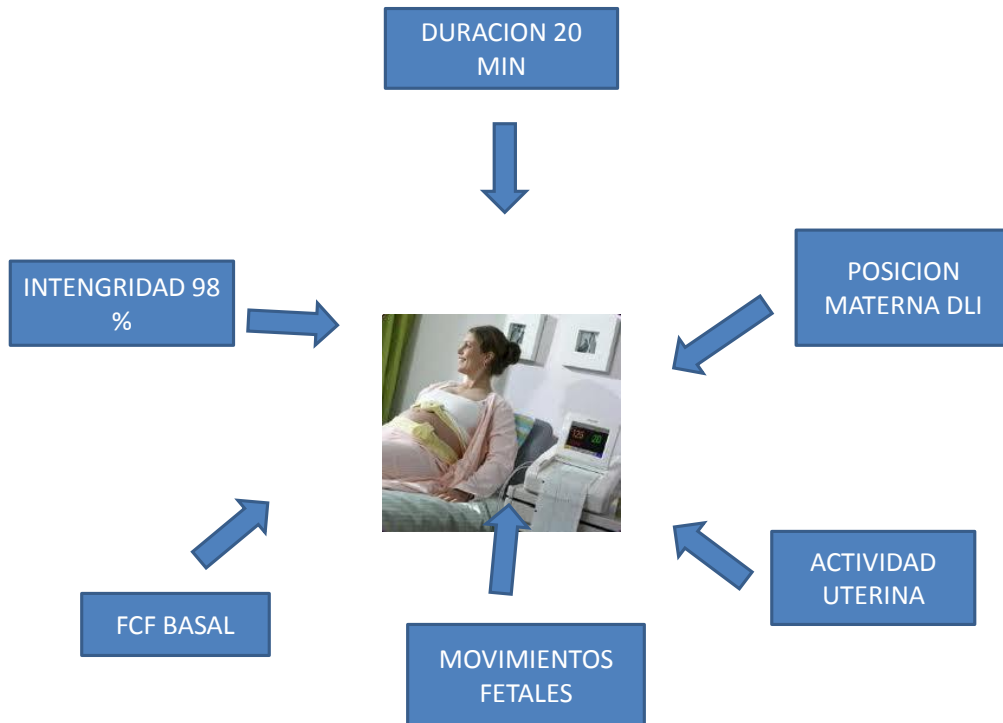
Servicio de Urgencias que Mejoran la Atención y Resolución.

I. EMERGENCIA	II. URGENCIA	III. NO CLASIFICADA
Atención Inmediata	Atención Mediata 10 min	Atención de 30 a 60 min
ROJO	AMARILLO	VERDE
Preeclampsia severa Eclampsia Hemorragia en el embarazo Hemorragia puerperal Infección puerperal Choque hipovolémico Cheque séptico Traumatismo abdominal Trabajo de parto prematuro Dolor abdominal intenso	Preeclampsia leve Periodo intergenesico corto Trabajo de parto expulsivo Trabajo de parto + RPM Hipomotilidad fetal Hiperomotilidad fetal Infección de vías urinarias Amenaza de aborto	Trabajo de parto fase activa Ruptura de membranas sin trabajo de parto Pródromos de trabajo de parto Infección de vías urinarias sin compromiso obstétrico

ANEXO 17.
REGISTRO CARDIOTOCOGRAFICO



¿QUE SE VALORA EN EL
RCTG ?





Duración: Mínimo 20 minutos

Confiabilidad: 90% de la integridad del trazo

Frecuencia cardíaca basal: Deberá estar entre 120 y 160, es la frecuencia promedio que marco durante los 20 minutos

Variabilidad: Diferencia de latidos de un momento a otro

Variabilidad 0: Menos de 5 latidos

Variabilidad 1: de 5- 15 latidos

Variabilidad 2: de 15-25 latidos

Variabilidad 3: > a 25 latidos

Actividad uterina: Registra si existe actividad uterina, intensidad, duración, frecuencia y tono.

Ascensos: Aumento de la frecuencia cardíaca fetal de 15 latidos por minuto o más sobre la basal por lo menos por 15 segundos de duración y que regresa a la basal posterior a esto. Se presenta sin actividad uterina.

Descenso: Disminución de la frecuencia cardíaca fetal de 15 latidos por minuto o más sobre la basal por lo menos por 15 segundos de duración y que regresa a la basal posterior a esto. Se presenta sin actividad uterina.

Aceleración. Aumento de la frecuencia cardíaca fetal 15 latidos por minuto o más sobre la basal por lo menos por 15 segundos de duración y que regresa a la basal posterior a esto. Se presenta con actividad uterina.

Desaceleración: Disminución de la frecuencia cardíaca fetal de 15 latidos por minuto o más sobre la basal por lo menos por 15 segundos de duración y que regresa a la basal posterior a esto. Se presenta con actividad uterina.

Tempranas: Dip I: reflejo vagal.

Tardía: Dip II: compromiso funicular

Variable: Dip III: insuficiencia placentaria.

Presencia de movimientos fetales: Por lo menos 2 en 10 minutos.

ANEXO 18.

PREECLAMPSIA

Síndrome multisistémico del embarazo y puerperio, en el que se presenta una reducción de la perfusión sistémica, generada por vaso espasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de este. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg y proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y alteraciones de laboratorio.

FACTORES DE RIESGO:

- Pre eclampsia previa
- Anticuerpos anti fosfolípidos
- Antecedentes de tensión diastólica de 90 mmHg
- Antecedentes de enfermedad renal o proteinuria
- Antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión, trombofilia, enfermedades de la colágena, nefropatía.
- Primigestas, multiparidad
- Obesidad (índice de masa corporal ≥ 35)
- Mujeres >35 años
- Historia familiar de hipertensión (madre - hermana)
- Periodo intergenesico de 10 años
- Presión sanguínea sistólica ≥ 130 mmHg
- Presión sanguínea diastólica ≥ 80 mmHg
- Enfermedad trofoblástica del embarazo
- Infecciones durante el embarazo, periodontal, infección de vías urinarias

Pacientes con 2 o más factores de riesgo asociados, deberán ser enviadas a 2º Nivel de Atención Médica para su control prenatal antes de las 20 semanas de gestación.



PREECLAMPSIA LEVE:

- Presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg, en dos tomas con diferencia de 6 horas en un lapso no mayor a 7 días
- Proteinuria igual o mayor a 300 mg en orina de 24 horas o en tira reactiva 30 mg/dl (1+) en dos muestras tomadas al azar no mayor a 7 días



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA - PREECLAMPSIA LEVE

Durante la consulta:

- Historia clínica completa para identificar factores de riesgo
- Seguimiento de cifras de presión arterial
- Curva ponderal
- Biometría hemática
- Química sanguínea
- Pruebas de funcionamiento hepático
- Examen general de orina
- Cuantificación de orina en 24 hrs.
- Examen neurológico
- Examen cardiopulmonar
- Revisión de fondo de ojo
- Prueba sin estrés
- Ultrasonido
- Perfil biofísico fetal
- No restringir la sal
- Reposo relativo hasta no disminuir la presión arterial

Se envía a 2 nivel de atención para normar conducta

Continuar su atención prenatal en el primer nivel de atención con vigilancia estrecha de la presión arterial y determinaciones frecuentes de proteína en orina

PREVENCIÓN PRIMARIA

Pacientes con alto riesgo:

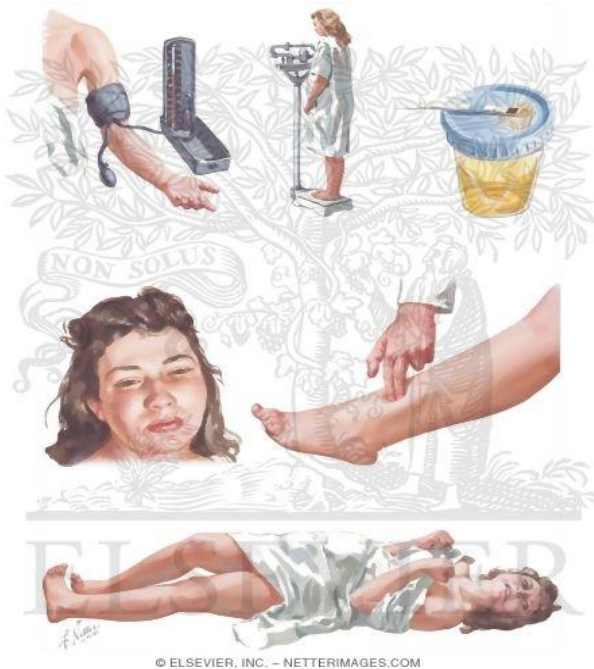
- Reposo en casa en el 3er Trimestre y la reducción del estrés
- Administrar 75 a 100 mg/dl de Acido Acetil Salicílico V.O antes de acostarse
- Uso de calcio 1 mg al día o al menos 600 mg por día
- No tomar antiácidos y bebidas bicarbonatadas

- Uso periconcepcional de ácido fólico 400 mcg por día
- No fumar

Toda mujer embarazada debe saber que después de las 20 semanas de gestación puede desarrollar pre eclampsia y deben ser capacitadas para identificar la necesidad de acudir a urgencias a ginecoobstetricia

PREECLAMPSIA SEVERA:

- Presión arterial igual o mayor a 160/110 mmHg, proteinuria de 5 gr o más en orina de 24 hrs (tira reactiva de 3+ o más en dos muestras con al menos 2 horas de diferencia)
- Oliguria menor a 500 ml en 24 hrs
- Alteraciones visuales
- Edema pulmonar
- Dolor epigástrico o en hipocondrio derecho
- Cuenta plaquetaria menor a 150 000 cel mm³





ANEXO 19

ECLAMPSIA

Presencia de convulsiones o estado de coma en paciente con Preclampsia después de la semana 20 de gestación, parto o en las primeras 6 semanas después de este, en ausencia de otras causas de convulsiones

PREVENCIÓN DE CRISIS CONVULSIVAS

El sulfato de magnesio se recomienda como terapia de primera línea en pacientes con pre eclampsia severa para la prevención de la eclampsia. Se debe suspender a las 24 horas después del nacimiento y en los casos que requiere continuar debe justificarse.

El sulfato de magnesio es el fármaco de elección para prevenir la eclampsia en pacientes con preeclampsia severa, principalmente si tienen factores de riesgo para eclampsia.

ESTABILIZACION DE LA USUARIA

- Aplicar puntas nasales con O₂, 10 litros por minuto
- Proteger vía aérea y minimizar el riesgo de aspiración
- Canalizar vena periférica en ambos brazos con catéter de N° 14 fr
- Tomar muestra de sangre para Bh, enzimas hepáticas, creatinina y recuento plaquetario
- EGO
- Ministras Ringer Lactato (solución Hartman) 500 ml en 30 minutos
- Ministras 4 a 6 g de MgSO₄ diluidos en 250 ml de glucosa 5% pasar en 15-20 minutos
- Vigilar efectos neurológicos por toxicidad del Sulfato de magnesio
- Colocar sonda Foley
- Colaborar en estudios diagnósticos materno y fetales
- Monitorizar la condición fetal

CRITERIOS DE TRASLADO

1. Vía aérea asegurada
2. Saturación de oxígeno superior a 83%
3. Oxígeno a 10 litros x minuto
4. Vena permeable con punzocat del 14 g con Solución Hartman 1000 cc, sin sangrado activo
5. Medir la presión arterial materna y la frecuencia cardiaca fetal cada 15 minutos
6. Tener permanentemente 3 paquetes globulares O+ y 3 paquetes de plasma O+
7. Rechazo cero (todo envió a otra unidad requiere Hoja de Referencia)

ANEXO 20

HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

CONCEPTO:

Perdida sanguínea de más de 500 ml posterior a un parto vaginal, o a la pérdida de más de 1000 ml posterior al nacimiento considerando los siguientes criterios:

- Pérdida del 24% de la volemia
- Caída del Hematocrito del 10%
- Presencia de cambios hemodinámicos o pérdida mayor de 150 ml por minuto
- Se considera como hemorragia primaria si ocurre dentro las primeras 24 hrs posteriores al nacimiento



Factores de riesgo:

Placenta previa, acretismos placentario, edad materna mayor de 35 años, multiparidad, cicatrices uterinas, legrados, procedimiento de aspiración manual AMEU, cesáreas, miomectomía, tabaquismo.

Prevención Primaria

- Orientar a las usuarias sobre los riesgos del consumo de tabaco
- Multiparidad
- Planificación familiar con riesgo obstétrico alto
- En la consulta externa contar con exámenes de laboratorio prenatales y tiempos de coagulación así como un resumen clínica completo

Causas de Hemorragias Obstétrica:

- Tono 70% Atonía uterina
- Trauma 20% Cérvix o vagina
- Tejido 10% Placenta retenida
- Trombina coagulopatía 1%

1.- ATONIA UTERINA - TONO

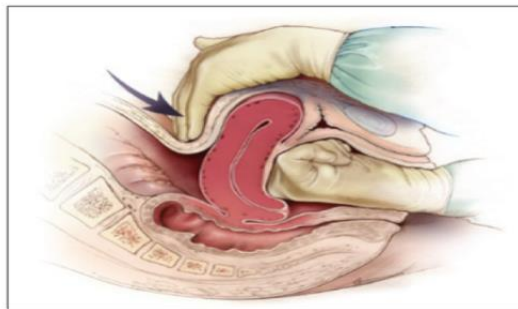
- Realice masaje uterino
- Realice compresión bimanual
- Fármacos : oxitocina 20 U IV O IM si es IV en 500 solución Glucosada

- Metil ergonovina 0.2 a 0.5 mg IM. Use con cuidado si esta hipertensa y revalorar en 10 min
- Carbetocina 100 mcg Intravenosa en bolo dosis única, pacientes que tiene contraindicación para metil ergonovina.

En pacientes con pobre respuesta a la oxitocina o metil ergonovina previa liberación de receptores aplicando 200 ml. de solución fisiológica a infusión esperando de 5 a 6 min

- En pacientes con alto riesgo de atonía uterina debe utilizarse de primera elección misoprostol de 800 a 1000 mcg vía rectal.

COMPRESION BIMANUAL



2.- TRAUMA CERVIX - VAGINA

- Examine y repare

3.- TEJIDO (PLACENTA RETENIDA)

- Prevenible con el manejo activo del 3er. periodo del trabajo de parto
- Remoción manual de la placenta
- Explore en busca de fragmentos retenidos
- Usuaris con sospecha o diagnostico confirmado de placenta previa y / o acretismo placentario al finas del 2do trimestre de gestación deben ser enviadas al 2 o 3 er nivel de atención.

4.- TROMBINA - COAGULOPATIA

- Confirme con una prueba rápida de coagulación
- Reemplace con derivados hemáticos

En caso de sangrado activo y no contar con unidad cercana, de atención especializada a nivel institucional, apearse a la norma institucional para atención de estas usuarias.

ESTABILIZACION DE LA USUARIA

- Monitoreo de signos vitales
- Colocar puntas nasales con 10 lt por minuto
- 2 vías periféricas permeables con catéter no. 14 - 16



- Tomar muestras de laboratorio (BH, Grupo y Rh, Pruebas de coagulación incluyendo determinación de fibrinógeno)
- Para restaurar el volumen circulante inicialmente:

Una infusión de cristaloides o coloides, la cantidad de cristaloides es de 3:1 con relación a las pérdidas o medidas estimadas.

No utilice los paquetes globulares como expansores de volumen, se recomienda utilizar de forma urgente transfusión de paquete de globular cuando se ha perdido un volumen sanguíneo de más del 30 al 40%

- Debe indicarse transfusión de paquetes globulares cuando las concentraciones de hemoglobinas sean menor a 6 gm /dl o menor de 10% gm/dl y existencia de una pérdida rápida de sangre
- Se recomienda la transfusión de plaquetas en un paciente con sangrado y cuenta de plaquetas de 75%, 10⁹/L
- La dosis recomendada de plaquetas en una unidad de plaquetas por cada 10 kg de peso corporal o por cada unidad transfundida, se eleva el recuento entre 5000 y 10000 mm³
- La prueba de coagulación se debe monitorear frecuentemente
- Utilice una dosis de plasma fresco congelado de 10 a 15 ml por kg de peso
- **Referencia y traslado inmediato en ambulancia a 2 o 3er. Nivel de**

MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO PARA PREVENIR LA HEMORRAGIA POSPARTO

¿CÓMO UTILIZAR LOS AGENTES UTERO TÓNICOS?

- Dentro del primer minuto después de haber nacido el bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro(s) bebé(s) e inyecte 10 unidades de oxitócina (I.M). Oxitócina es preferida sobre otros medicamentos uterotónicos porque surte efecto dentro

De los 2-3 minutos después de la inyección, tiene muy pocos efectos secundarios y se puede utilizar en todas las mujeres.

- Si la oxitócina no está disponible, se pueden utilizar otros medicamentos uterotónicos como: ergometrina 0.2 mg I.M, sintometrina (1ampolleta) I.M o misoprostol 400-600 mcg V.O. La administración de misoprostol debe ser reservada para situaciones en donde no es posible la administración segura y/o el almacenamiento apropiado de oxitócina inyectable o alcaloides de ergometina inyectables.

- Los uterotónicos requieren de almacenamiento adecuado:

Ergometrina: 2-8°C Requiere protección de la luz y evitar congelamiento

Misoprostol: temperatura ambiente, en un recipiente cerrado. Oxitócina: 15-30°C evitar congelamiento

- Se debe proporcionar consejería acerca de los efectos secundarios de estos medicamentos.



¡Advertencia! No administre ergometrina o sintometrina (porque contiene ergometrina) a las mujeres con pre-eclampsia, eclampsia o presión arterial alta.

¿CÓMO HACER UNA TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL?

- Pincé el cordón umbilical cerca del perineo (una vez que las pulsaciones cesen en un recién nacido saludable) y sosténgalo en una mano.
- Coloque la otra mano justo arriba del pubis de la mujer y establezca el útero aplicando presión en el sentido contrario durante la tracción controlada del cordón umbilical.
- Mantenga una tensión liviana en el cordón umbilical y espere una contracción uterina fuerte (2-3 minutos).
- Durante la contracción uterina fuerte, anime a la madre a pujar y con mucho cuidado hale hacia abajo el cordón umbilical para extraer la placenta. Continúe aplicando presión en el sentido contrario sobre el útero.
- Si la placenta no desciende durante los 30-40 segundos de la tracción controlada del cordón umbilical, no continúe halándolo:

Sostenga el cordón cuidadosamente y espere a que el útero esté contraído nuevamente

Durante la siguiente contracción, repita la tracción controlada del cordón con presión en el sentido contrario

Nunca realice una tracción el cordón umbilical sin realizar una tracción opuesta (empuje) arriba del pubis en un útero bien contraído

- A medida que la placenta desciende para ser evacuada, sosténgala con las dos manos y voltéela con cuidado hasta que las membranas estén enroscadas. Lentamente jale para extraerla por completo.
- Si las membranas se rasgan, examine cuidadosamente la parte superior de la vagina y del cuello del útero utilizando guantes estériles o desinfectados, y emplee un fórceps de esponja para extraer cualquier pedazo de membrana que esté presente.
- Revise cuidadosamente la placenta para asegurarse que no le falta ninguna parte. Si falta una porción de la superficie materna o se observan membranas rasgadas con vasos, sospeche que existen fragmentos de placenta retenidos y tome las medidas adecuadas (ref: Manejo de complicaciones en el embarazo y durante el parto).

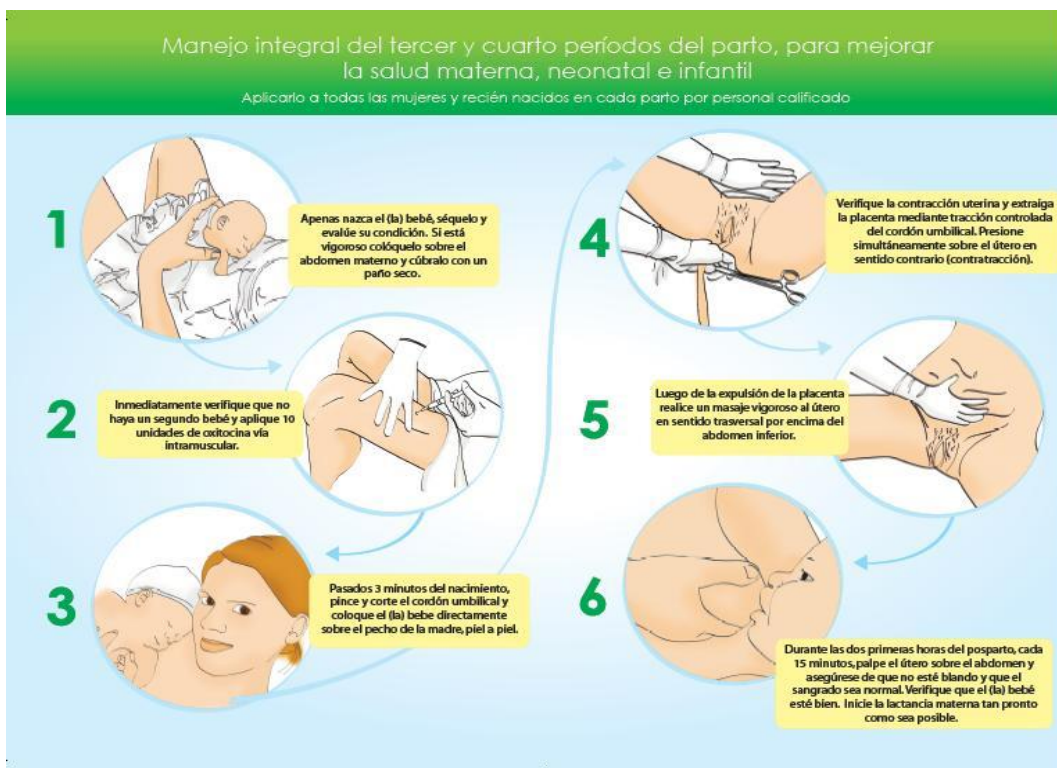
¿CÓMO HACER UN MASAJE UTERINO?

- Aplique un masaje inmediatamente al fondo del útero hasta que se contraiga.
- Palpe el útero cada 15 minutos y confirme que está contraído; repita el masaje uterino cuando se necesite durante las dos primeras horas.
- Asegúrese de que el útero no se relaje (se vuelva blando) después del masaje uterino.

Todos los procedimientos y medidas que se realizan deben ser explicados a la mujer y a su familia durante su aplicación. Continúe ofreciendo apoyo a la mujer y su familia durante el proceso.

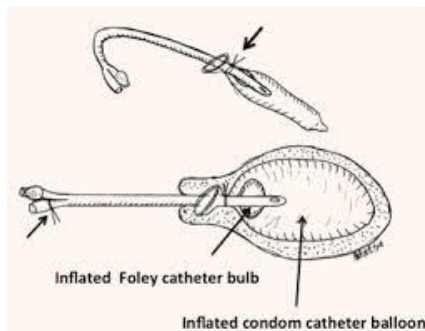
CRITERIOS DE TRASLADO

8. Vía aérea asegurada
9. Saturación de oxígeno superior a 83%
10. Oxígeno a 10 litros x minuto
11. Vena permeable con punzocat del 14 g con Solución Hartman 1000 cc, sin sangrado activo
12. Medir la presión arterial materna y la frecuencia cardiaca fetal cada 15 minutos
13. Tener permanentemente 3 paquetes globulares O+ y 3 paquetes de plasma O+
14. Rechazo cero (todo envió a otra unidad requiere Hoja de Referencia)



ANEXO 21

BALÓN DE POS PARTO DE BAKRI



INDICACIONES DE USO:

Este dispositivo está indicado para mantener o reducir temporalmente hemorragias uterinas posparto cuando sea adecuado emplear un tratamiento conservador

CONTRAINDICACIONES:

- Hemorragia arterial que requiere exploración quirúrgica o embolización angiográfica
- Casos en los que esté indicado una histerectomía
- Cáncer de cuello uterino
- Anomalía uterina sin tratar
- Coagulación intravascular diseminada
- Una zona quirúrgica que impida que el dispositivo controle de manera eficaz la hemorragia

ADVERTENCIAS:

- Este dispositivo está indicado como medio temporal para el establecimiento de la hemostasia en casos en que esté indicado el tratamiento conservador de la hemorragia uterina postparto.
- El balón de postparto de Bakri está indicado para utilizarse en casos de hemorragia postparto primaria en las 24 horas posteriores al parto.
- El balón no debe permanecer implantado más de 24 hrs.
- El balón debe hincharse con un líquido estéril, como agua estéril, solución salina estéril o solución de lactato sódico compuesta. El balón nunca debe hincharse con aire, dióxido de carbono ni ningún otro gas.
- El hinchado máximo es de 500 ml. No hinche demasiado el balón. Si se hincha demasiado, el balón puede desplazarse en el interior de la vagina.
- Existen pocos datos clínicos que corroboren la seguridad y la eficacia del balón de postparto en caso de atonía uterina. Se debe vigilar estrechamente a las pacientes en las que esté utilizado para detectar cualquier tipo de hemorragia o coagulación intravascular diseminada (CID) En esos casos, se debe realizar una intervención de urgencia siguiendo el protocolo de la unidad.



- No hay datos clínicos que apoyen el uso de este balón en caso de (CID)
- la vigilancia de la paciente forma parte integral del tratamiento de la hemorragia postparto. Si hay signos de deterioro o el proceso no mejora, se debe aplicar un tratamiento y un control más intensivos de la hemorragia uterina del paciente.
- Cuando se esté utilizando el balón, deberá vigilarse estricto control de uresis de la paciente.

PRECAUCIONES:

Evite utilizar una fuerza excesiva al introducir el balón en el útero.

A fin de maximizar el efecto de taponamiento, debe ejercer una presión constante entre la pared del balón y la superficie del tejido. Dicha presión puede lograrse y mantenerse tirando suavemente del cuerpo del balón antes de fijarlo a la pierna de la paciente o poniéndole encima un peso de no más de 500 g.

INSTRUCCIONES DE USO:

Antes de la colocación transvaginal o transabdominal de balón de postparto de Bakri, el útero debe estar libre de todos los fragmentos de la placenta, y la paciente debe evaluarse para comprobar que no haya laceraciones o traumatismos en el aparato genital, y que el origen de la hemorragia no se arterial.

Colocación transvaginal:

- 1.- Determine el volumen uterino mediante examen directo o ecográfico.
 - 2.- Introduzca en el útero la pared del catéter en la que está el balón y asegúrese de introducir todo el balón hasta que haya sobrepasado el canal cervical y el ostium interno.
 - 3.- Introduzca un catéter Foley permanente en la vejiga urinaria, para el control de uresis.
 - 4.- Con la jeringa, empiece a llenar el balón hasta el volumen predeterminado a través de una llave de paso.
 - 5.- Una vez que el balón se haya hinchado al volumen pretendido, confirme su colocación mediante ecografía.
 - 6.- Aplique una tracción suave al cuerpo del balón para garantizar el contacto correcto entre el balón y la superficie del tejido. Para mantener la tensión, fije el cuerpo del balón a la pierna de la paciente
- Para maximizar el efecto de taponamiento, puede aplicarse contrapresión rellenando el canal vaginal con gasa empapada en yodo o antibiótico.
- 7.- Conecte el orificio del drenaje a una bolsa recolectora de orina para vigilar la hemostasia. El orificio de drenaje del balón y el tubo pueden lavarse con solución salina isotónica estéril para eliminar los coágulos y poder así vigilar correctamente la hemostasia.
 - 8.- Vigile continuamente a la paciente para comprobar si presenta signos de aumento de la hemorragia o de calambres uterinos.



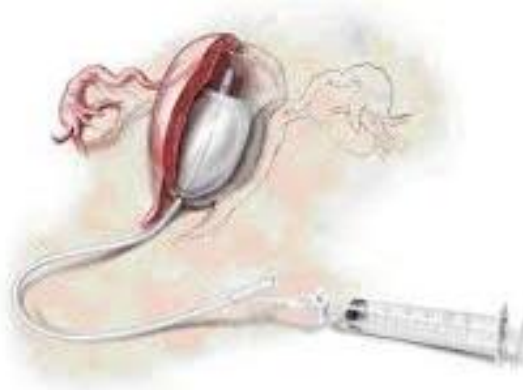
EXTRACCIÓN DEL BALÓN:

El momento de la extracción del balón debe ser determinado por evaluación de la paciente una vez que se haya detenido la hemorragia y estabilizado a la paciente. El balón puede extraerse antes si se ha conseguido la hemostasia. El tiempo de permanencia es de máximo 24 horas

- 1.-Libere la tensión del cuerpo del balón.
- 2.- Retire el material que se haya empleado para el relleno vaginal.
- 3.- Con una jeringa adecuada, aspire el contenido del balón hasta que se deshinche por completo. El líquido puede extraerse poco apoco para permitir la observación periódica de la paciente.

En situaciones de urgencia, el cuerpo del catéter puede cortarse para facilitar un deshinchado más rápido.

- 4.- Retire suavemente el balón del útero y del canal vaginal, y deséchelo.
- 5.- Vigile a la paciente por si hubiera signos de hemorragia.



PRESENTACION:

El producto es estéril con óxido de etileno de apertura pelable. Producto indicado para un solo uso. El producto se mantendrá estéril si el envase no está abierto y no ha sufrido ningún daño. No utilice el producto si no está seguro de que esté estéril. Almacénelo en un lugar fresco, seco y oscuro. Evite la exposición prolongada a la luz. Tras extraerlo del envase, inspeccione el producto para asegurarse de que no haya sufrido ningún daño.



CRITERIOS DE TRASLADO

15. Vía aérea asegurada
16. Saturación de oxígeno superior a 83%
17. Oxígeno a 10 litros x minuto
18. Vena permeable con punzocat del 14 g con Solución Hartman 1000 cc, sin sangrado activo
19. Medir la presión arterial materna y la frecuencia cardiaca fetal cada 15 minutos
20. Tener permanentemente 3 paquetes globulares O+ y 3 paquetes de plasma O+
21. Rechazo cero (todo envió a otra unidad requiere Hoja de Referencia)

ANEXO 22

PARTO EN POSICION VERTICAL

La posición vertical es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelvian oscilan dentro de un ángulo de 45° y 90° con respecto al plano horizontal.

La OMS recomienda desde 1985: no se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.

Cuando las mujeres no se sienten observadas o guiadas y pueden elegir libremente muchas se ponen a cuatro patas, otras de rodillas, o se apoyan en algo mientras que se inclinan hacia adelante.

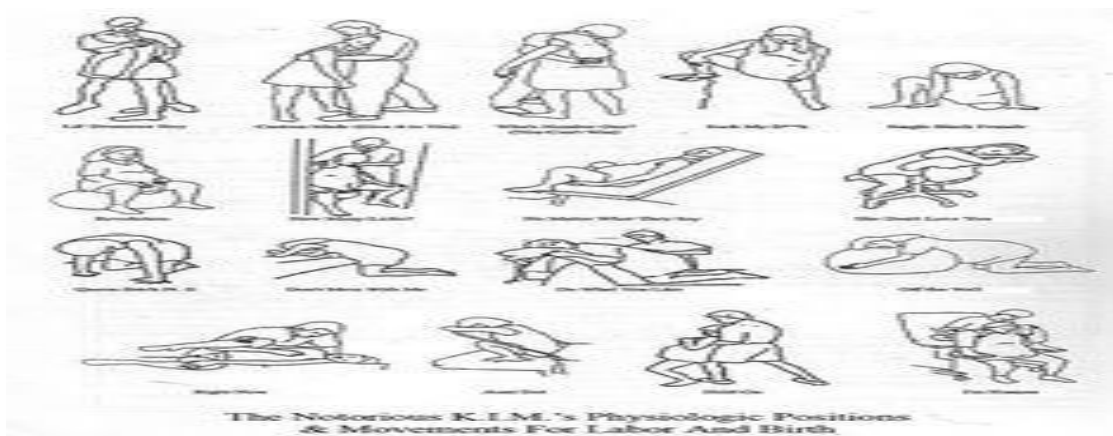
Según Odent, con la posición hacia adelante se disminuye la sensación dolorosa en la espalda y se facilita la rotación del bebé dentro de la pelvis. Además la posición hacia adelante garantiza que los vasos sanguíneos más importantes la vena cava y la aorta- no se compriman entre el peso del bebé y la columna vertebral de la madre.

La posición inclinada hacia adelante o a cuatro patas favorece un mayor aislamiento del mundo exterior, y por tanto reduce la actividad del neocórtex y favorece la liberación de las hormonas necesarias para las contracciones eficaces.

Las diferentes posiciones verticales pueden ser:

- Sentada
- Sentada acucillada
- Semi decubito (tronco inclinado hacia atrás 45° con respecto a la vertical)
- De rodillas
- En cuclillas. Una versión es pegando los talones o los glúteos, con el peso hacia atrás. Otra es con los talones levantados y las nalgas más arriba, sostenida en una barra.
- Parada (sostenida de otra persona o de un implemento: barra o cuerda)

POSICIONES PARA EL TRABAJO DE PARTO Y PERIODO EXPULSIVO

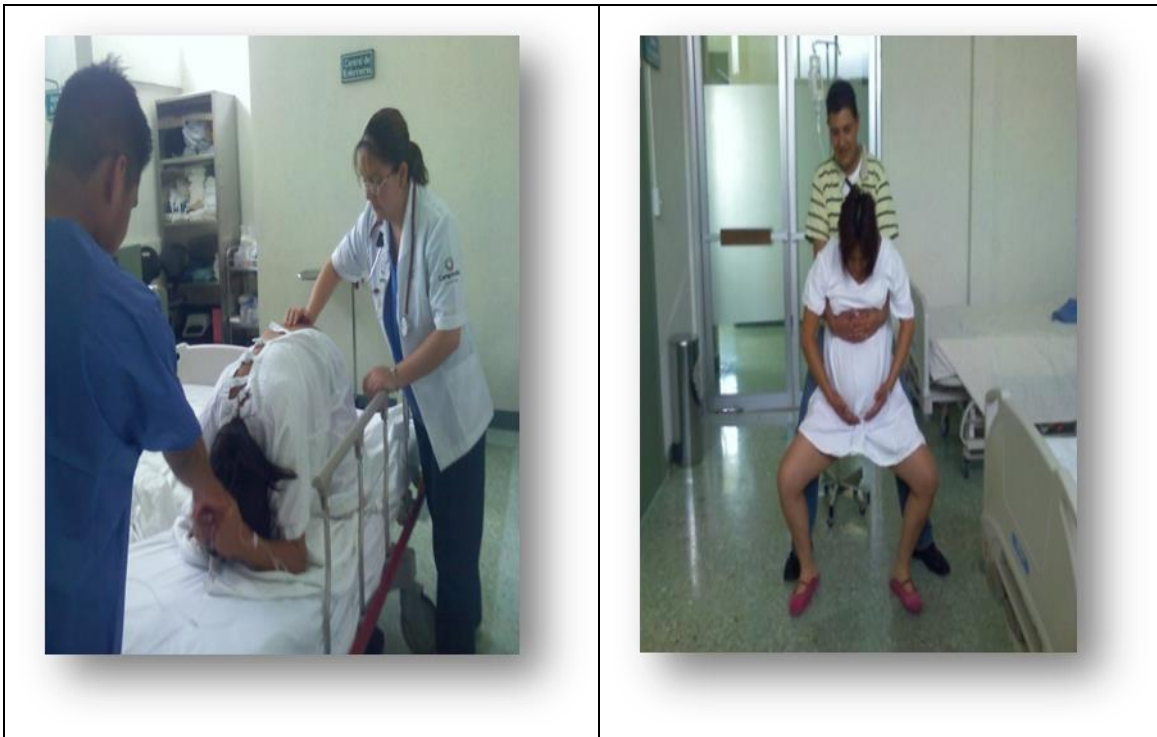


Ventajas de la posición vertical:

- Efectos respiratorios: el peso del útero, feto, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que el útero descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones, esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la mujer y el bebé. El respirar con menor resistencia, también ayuda la relajación de la mujer que ya no siente inquietud por que no puede respirar bien.
- Efectos mecánicos y de la gravedad: La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la mujer gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de lesión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Favorece también un mejor acomodamiento del feto para su paso a través de la pelvis. Una vez iniciado el trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma, lo cual se complementa con la acción contráctil de la prensa abdominal: entre ambas acciones se impulsa al bebe hacia la abertura bulbar, como única salida.
- Él bebe, una vez iniciando su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso no puede retroceder. Las curvaturas de la columna forman parte de este mecanismo. Se cuenta con evidencia radiológica de mayores diámetros pélvicos de salida, antero-posterior y transversal, lo que da lugar a un aumento de la superficie total de salida al asumir las posiciones en cuclillas y de rodillas. Hay aumento en los diámetros del canal de parto: 2cm. En sentido posterior y 1 m. en el transversal. El modelaje cefálico fetal es menor. La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo (mas abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del bebe. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que facilita el mecanismo del pujo.



- Efectos musculares. Insertos en la articulación pubiana (en las ramas descendentes del pubir, en la parte inferior de la ingle, y muy cerca de la parte interior de la rodilla), se encuentran los músculos abductores. Ayudan a abrir el canal vaginal y la vulva junto con la impregnación de las hormonas relajantes que produce la mujer para permitir el egreso del cuerpo del bebe. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la mujer en trabajo de parto esté sentada o en cuclillas, manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de esta musculatura. Acostarla implica privarla de un instrumento clave para parir.
- Disminución de los riesgos de compresión al orto-cava y mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos. Con ello se previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la mujer embarazada: síndrome supino-hipertensivo (producido por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias iliacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído)



- Eficiencia de la combinación útero - prensa abdomina. Se establece una sinergia entre las contracciones uterinas más fuertes y eficientes que la posición vertical estimula con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo. Esto implica también menor uso de la oxitócica y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales.

- Disminuye la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo.
- La maniorrexis espontánea se produce más tardíamente. La integralidad de la bolsa disminuye las posibilidades de riesgo para el bebé y además le permite adaptarse mejor al canal de parto.
- La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.
- La posición vertical disminuye la posibilidad de prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Además se elimina la posibilidad de que se produzca un vacío que absorba el cordón, puesto que la presión uterina y la fuerza de gravedad no dejan que la cabeza del bebé regrese al terminar la contracción.
- Se proporcionan beneficios psicoafectivos importantes a la mujer, como la reducción del dolor, sensación de libertad, de control, de participación, y de mayor satisfacción durante y después del parto.



- Cuando el cuerpo se encuentran en vertical reproduce el esquema corporal que adquirió durante la niñez para realizar las funciones expulsivas de defecar y orinar, es decir, reproduce el modelo original y pone en marcha la memoria de funciones biológicas. De este modo la vagina adquiere identidad propia, como canal expulsivo, y se diferencia de la vagina en coito como receptáculo activo del pene.



Ventajas de la posición horizontal:

Favorece la comodidad del personal médico en la atención del parto Favorece la revisión médica.

Desventajas de la posición horizontal

Efectos respiratorios. La posición horizontal de la mujer favorece que el útero, en conjunto con el peso del producto, placenta, líquido amniótico y sangre del flujo útero placentario, se expanda hacia el tórax y reduzca la capacidad pulmonar produciendo inadecuada ventilación pulmonar de la madre. Ello favorece la hipoxia materna en conjunto con las deficiencias en la forma de respirar, todo lo cual puede repercutir a su vez en hipoxia fetal.

Efecto Poseiro. Es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. El peso acumulado del bebé (2,800 a 3,200 grs) útero (1,100 grs), placenta (600 grs), líquido amniótico (900 grs) y flujo sanguíneo útero placentario (650 grs), produce un efecto mecánico comprimiendo estos vasos con consecuencias graves.

Se disminuye el gasto cardíaco y reduce la post carga, disminuye el retorno venoso y se abate el volumen sistólico. Se produce consecuentemente hipotensión arterial.

La paciente presenta palidez, sudoración, náusea, vómito, inquietud, somnolencia y lipotimia (choque postural). Se puede detectar clínicamente por la disminución de la amplitud del pulso femoral durante la contracción uterina, y se puede suprimir en forma instantánea cambiando la posición de la mujer.

Puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción el aporte de oxígeno que recibe el bebé, repercutiendo a su vez, en la acumulación del CO₂. Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales verificables por el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el periodo



expulsivo se prolonga. Con ello se producen una cascada de efectos de muy alto riesgo que pueden terminar con la muerte fetal: caída del PH fetal, aumento de hidrogeniones, interferencia en el funcionamiento enzimático, disminución de las reservas de glucógeno, alteración del metabolismo del potasio, cambios tisulares irreversibles y finalmente falla miocárdica.

- Efectos mecánicos. La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, producen que el parto se dificulte. Debido a la curvatura de los huesos de la columna de la mujer, el bebé tiene que subir, para luego bajar. Esto aumenta la resistencia y la ineficiencia de las contracciones uterinas. También en esta posición se pueden disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores. La posición horizontal neutraliza o entorpece la mecánica del parto, y no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo. Los miembros inferiores al permanecer inmobilizados y actuar como “peso muerto, no permiten los esfuerzos para el pujo, ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros maternos, no favoreciendo la expulsión final.

La posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné, pudiendo favorecer los desgarros.

- Efectos fisiológicos. La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal. La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.

- Efectos psicológicos. Cuando la mujer en trabajo de parto se encuentra acostada, el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella decida y vea lo que sucede. Tampoco podrá mirar cómo su hijo emerge desde su interior. Acostada no tiene más perspectiva que el techo de la sala de partos; lo que conduce a la vivencia de hijo que le fue “sacado” del interior de su cuerpo sin que ella pudiese participar. Muchas mujeres refieren que son tratadas como si fuesen menores de edad, desvalorizadas (sin que se tomen en cuenta lo que ellas sienten y solicitan) y humilladas, por lo que representa en cada cultura estar en esa posición frente a terceros. En conjunto con otros elementos de la vivencia del parto como un suceso traumático y doloroso, se puede favorecer la depresión posparto y el rechazo madre/niño (elementos generalmente no tomados en cuenta en la formación de los gineco-obstetras).

- Riesgo de prolapso del cordón umbilical. Representa un riesgo de mortalidad muy elevada para el feto. Se puede producir entre otras causas por la posición horizontal del trabajo de parto. En cada contracción uterina, la cabeza del bebé se desplaza hacia la pelvis, y cuando termina la contracción en ocasiones el bebé regresa, al no tener la presión uterina y la fuerza de gravedad. Esto puede generar un vacío que absorbe el cordón umbilical, provocando su salida.

- Aumento en el índice de cesáreas. El aumento de los casos de sufrimiento fetal, hipoxia de la mujer, ineficiencia de las contracciones uterinas, y aumento del temor y no participación de la mujer, son condiciones que favorecen los índices alarmantes del número de cesáreas reportados en algunos estados en nuestro país.

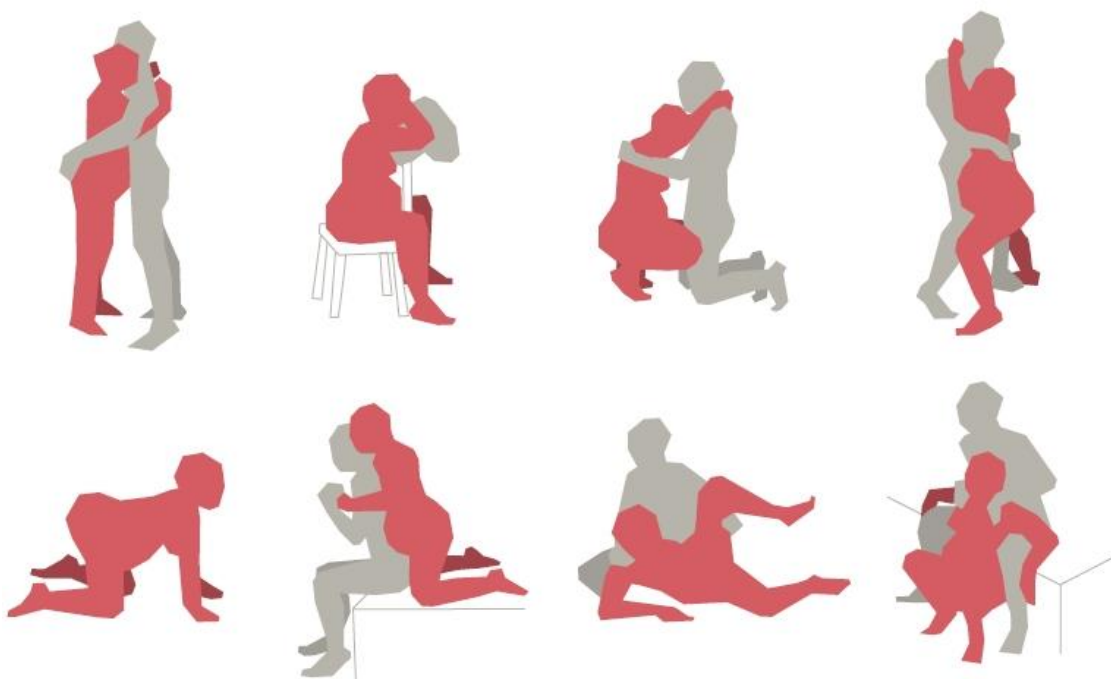
ANEXO 23

POSICIONES PARA LA ATENCIÓN DE PARTO

Definición:

El Parto Vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, fowler, semifowler, apoyando las rodillas o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de ella, espera y atiende el parto.

Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse primero al canal de parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumas en el recién nacido.



Indicaciones:

Gestante sin complicación obstétrica.
Presentación cefálica.
Compatibilidad feto-pélvica.

Ventajas Del Parto Vertical (fowler, semifowler, cuclillas, 2 y 4 puntos):

- El útero gestante no comprime los grandes vasos (aorta y cava), evitando alteraciones en la circulación materna, en la irrigación placentaria y por ende en la cantidad de O₂ que recibe el feto.
- Existe mejor equilibrio ácido-base fetal tanto el trabajo de parto como en el periodo expulsivo, facilitando la transición feto-neonatal.



- Los miembros pélvicos al estar posados sobre el piso constituyen un punto de apoyo incrementando la fuerza del pujido.
- Hay aumento de los diámetros del canal de parto: 2cm en anteroposterior y 1cm en transverso.
- Determina que el ángulo de encaje sea menos abierto favoreciendo el encajamiento y la progresión del feto.
- La acción positiva de las fuerzas de la gravedad también favorecen el encajamiento y el descenso del feto.
- Se estima que la madre gana entre 30-40mmHg en presión intrauterina cuando adopta alguna de las posiciones verticales. Asimismo la acción contráctil de la prensa abdominal y las contracciones uterinas favorecidas en ésta posición, impulsan al feto hacia la abertura vulvar, como única salida.
- Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgos de alteraciones de latidos cardiacos fetales.
- El trabajo de parto en la posición vertical, como resultado de las razones expuestas, se acorta sensiblemente.
- Además proporciona beneficios psicoafectivos como menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.
- Se permite a la mujer una mayor participación en el nacimiento de su hijo, motivándola a pujar en forma más efectiva, al margen de permitir un mayor control de la situación.

Posibles Complicaciones con El Parto Vertical.

- Aumento del sangrado cuando el alumbramiento es espontáneo.
- Laceraciones o desgarros en el canal de parto (cérvix, vagina, periné).
- Hemorragia Obstétrica.
- Salida brusca del feto.
- Prolapso de cordón.
- Procidencia de miembros torácicos del feto.
- Distocia de hombros.

Posiciones:

Cuclillas variedad anterior:



Facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto.

El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentado en un banco bajo), y posteriormente se adecuará para la atención del alumbramiento dirigido.

Se debe verificar que la usuaria mantenga los miembros pélvicos hiperflexionados y separados para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.

El familiar actúa como soporte de la usuaria, sentado en un banco bajo, coloca la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la usuaria, la sujeta abrazándola por los hipocondrios y el epigastrio; éste procedimiento permite ir acomodando al feto y orientándolo en el eje vertical, ésta práctica favorece la acción de la prensa abdominal.

Cuclillas variedad posterior:

El personal de salud realiza los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné colocando su rodilla en la región inferior del sacro de la usuaria y posteriormente se adecuará para la atención del alumbramiento dirigido.

El acompañante debe estar sentado en una silla, abrazará a la usuaria por debajo de la región axilar, colocando su rodilla a nivel del diafragma actuando como un punto de apoyo, permitiendo que la mujer se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.

Posición de rodillas (2 puntos)

El personal de salud realiza los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adecuará la atención del alumbramiento dirigido.

El acompañante debe estar sentado en silla con las piernas separadas, abrazará a mujer por la región del tórax permitiendo ésta apoyarse en los muslos del acompañante.

En ésta posición la usuaria va adoptando postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.



para

una
la
a

una

Cuatro puntos.

Es preferida por aquellas mujeres que experimenten lumbalgia.

El personal de salud realiza los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adecuará para la atención del alumbramiento dirigido.

Otras prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia adelante en su acompañante o en la cama. Probablemente cuando el parto sea inminente se deberá adoptar una posición más reclinada con el fin de facilitar el control del nacimiento.

La recepción del feto será por detrás de la mujer.

En cualquiera de éstas variantes de posición, los profesionales de la salud se colocarán bata y guantes estériles, y se acomodará en la parte posterior o anterior de la embarazada, según sea el caso, protegiendo el periné, y monitoreando y controlando el descenso de feto.

Fowler y semifowler.



El personal de salud realiza los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adecuará para la atención del alumbramiento dirigido.

El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas o arrodillado, abrazara a la usuaria por la región del tórax permitiéndole apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante, en ésta posición la usuaria se encontrará sentada en una silla baja (debe estar en un nivel más bajo en relación al acompañante), cuidando que la colchoneta este debajo de la mujer.

En semifowler la gestante se apoyará sobre almohadas o sobre el acompañante, puede tener erguida la espalda o inclinarse hacia adelante, esta posición relaja y permite que los diámetros pélvicos aumenten.

Cuando se cuenta con la cama para parto vertical la usuaria se colocará en semifowler, con las rodillas ligeramente flexionadas y el respaldo de la cama con una inclinación de 45°. Ideal Para usuarias con problemas cardíacos y respiratorios.

Ginecológica o de Litotomía.



La usuaria se coloca en decúbito dorsal con región glútea apoyada en el borde de la mesa de exploración, miembros pélvicos flexionados y separados por medio de piñeras.

El acompañante se colocará de pie en la cabecera de la cama y con cada contracción ayudará a que la usuaria se incline hacia adelante para aumentar la fuerza del pujo.

Si la usuaria adopto la posición Ginecológica o semifowler se realiza lavado de manos quirúrgico, se colocará bata y guantes estériles, realizará lavado mecánico de cara interna de muslos y región vulvoperineal y se colocarán los campos estériles (subglúteos, piñeras y abdomen).

En cualquiera de las posiciones se le deberá recordar a la usuaria la técnica de respiración y pujo.



ANEXO 24.

TRABAJO DE PARTO

TRABAJO DE PARTO FALSO: Antes del trabajo de parto verdadero hay una etapa conocida como prodromos del trabajo de parto.

Duración:

Las contracciones prodrómicas pueden empezar horas o incluso días antes del trabajo de parto activo.

- Las contracciones Braxton Hicks o un poco más intensas.
- Son irregulares en la duración, frecuencia e intensidad.
- Pueden estar o no afectadas por la actividad de la mujer.
- Acostarse generalmente no las hace desaparecer.
- Pueden durar 24-36 horas sin ningún cambio significativo en el cuello del útero.
- Pueden sentir más en el frente y en la región inguinal.

Efectos físicos:

- El cuello pasa de una posición posterior a una anterior.
- El cuello se ablanda, puede comenzar a borrarse y dilatarse.
- Se puede llegar a perder el tapón mucoso.

Efectos Emocionales:

- Excitación.

A medida que pasa el tiempo y las contracciones continúan sin un aparente progreso, la mujer puede sentirse cansada y decepcionada.

TRABAJO DE PARTO VERDADERO:

Una vez iniciadas las contracciones uterinas regulares se pueden distinguir tres periodos del parto.

La duración de estos periodos varía de una mujer a otra según la edad, número de partos previos, intensidad de las contracciones uterinas, estado de las membranas amnióticas, tamaño fetal, etc.



PRIMER PERIODO DE TRABAJO DE PARTO: DILATACIÓN Y BORRAMIENTO

En las primíparas se da primero el borramiento y luego la dilatación; en las multíparas es simultáneo.

- **FASE LATENTE:** Corresponde al momento en que la madre percibe las contracciones regulares.

Durante esta fase se observa la orientación de las contracciones uterinas en conjunto con el ablandamiento y el borramiento cervicales.

La mayor parte de la mujeres termina esta fase entre los 3-4 cms. de dilatación, (define los límites de la dilatación, más allá de los cuáles es de esperar un Trabajo de Parto activo)

Contracciones:

- Se hacen más largas, fuertes y seguidas, de 1 a 2 en 10 minutos de 15 a 30 segundos de intensidad moderada, tono ++
- Estas contracciones continuarán sin importar la actividad que se realice.
- Dificulta la deambulación y algunas otras actividades de manera leve.

Efectos físicos:

- El cuello continúa borrándose
- El cuello se dilata hasta 4 cm.
- Pueden haber unos movimientos intestinales leves.
- Aumento en el número de receptores para oxitocina a nivel de las células endometriales
- Aumento sustancial en los puentes de unión y el número de conexinas a nivel miometrial y por consiguiente una mayor sensibilidad a los agentes uterotónicos.
- Se le recomienda a las mujeres la deambulación ligera.

Efectos Emocionales:

- La excitación y la alegría son generalmente las emociones primarias.
- Miedo.
- Todavía puede conversar, aunque sólo entre las contracciones.



FASE ACTIVA:

- Inicia con una dilatación cervical ≥ 4 cm., en presencia de contracciones uterinas regulares.
- Friedman informó que el cambio de la tasa promedio de cambio cervical es de:
 - Nulíparas: 1.2 cm/hr.
 - Multíparas: 1.5 cm/hr.
- Variaciones en la duración de Trabajo de parto:
 - Nulíparas: hasta 11.9 hrs.
 - Multíparas: 10 hrs.

Contracciones:

- Tienen un comienzo, un pico y un fin.
- Se hacen prolongadas, fuertes y frecuentes, en general, va de 2 a 3-4 en 10 minutos.
- La duración es de 45 a 60 segundos En algunas mujeres duran un poco más,
- Intensidad de tono ++ a +++
- Estas contracciones van a continuar independientemente de la actividad que se realice.

Efectos físicos:

- El cuello continua borrándose hasta el 100%
- El cuello se dilata de 4 a 10 cm.
- Algunas mujeres transpiran, tienen las manos o los pies fríos.
- Se pueden romper las membranas en cualquier momento. Si eso pasara, las contracciones pueden cambiar su intensidad.
- Puede haber una pérdida de sangre que es normal por ruptura de vasos
- Evitar deshidratación.
- Decúbito lateral izquierdo para mejorar la circulación útero placentaria.
- Taquicardia y Polipnea en las contracciones

Efectos emocionales:

- Durante esta etapa va a trabajar tanto que cualquier cosa fuera de su cuerpo sentirá que no existe.
- Algunas mujeres quieren en este momento estar con mucha gente que las apoye pero otras prefieren estar sólo con el personal de salud.
- No le interesa conversar.

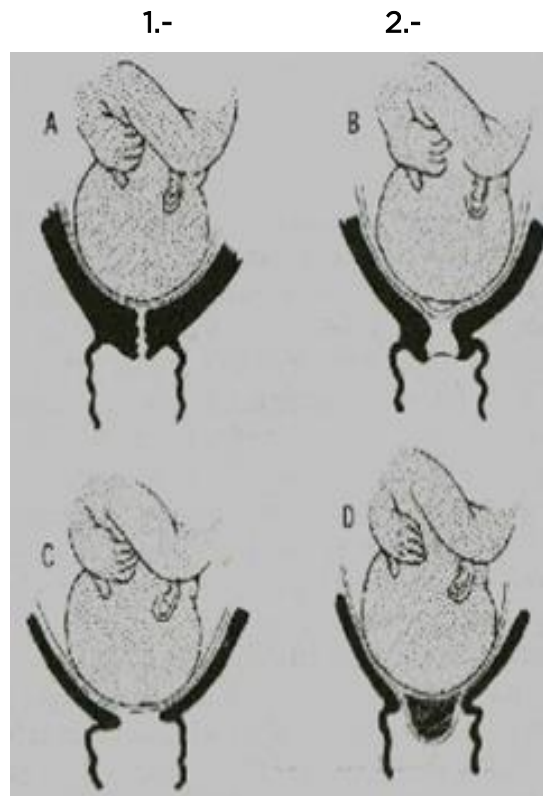
En la fase activa es notorio el cambio en la representación gráfica, debido a que la velocidad de la dilatación se acelera de forma aguda y la curva del trabajo de parto se inclina aún más. Esta fase concluye con la dilatación completa y se subdivide en 3 etapas:

Aceleración: de 3-4cm de dilatación

Pendiente Máxima: de 4 a 8cm de dilatación.

Desaceleración: de 8-10cm de dilatación.

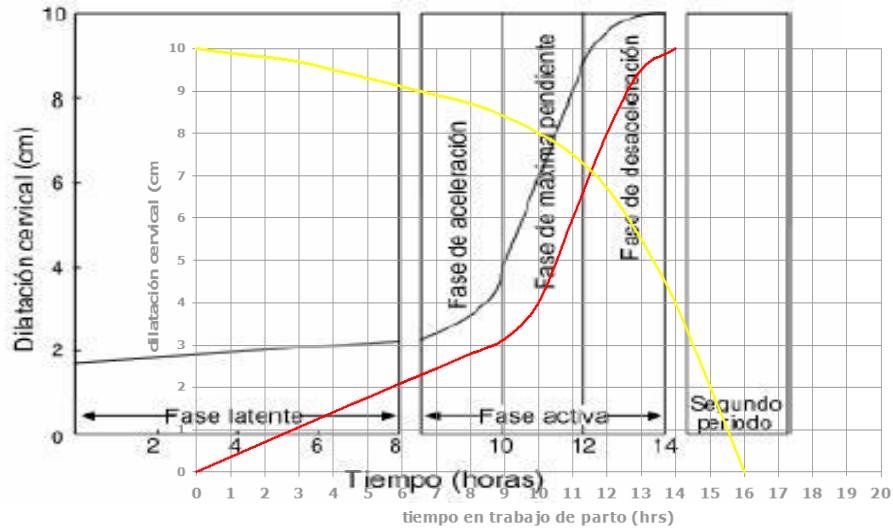
DILATACIÓN Y BORRAMIENTO CERVICAL



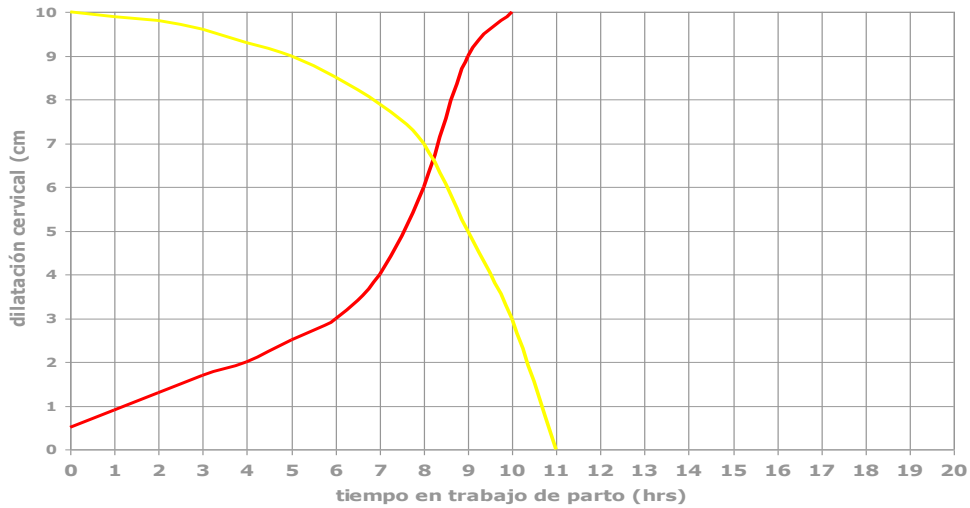
1.-Nulípara: Primero borra, después dilata

2.-Multípara: Primero dilata, después borra

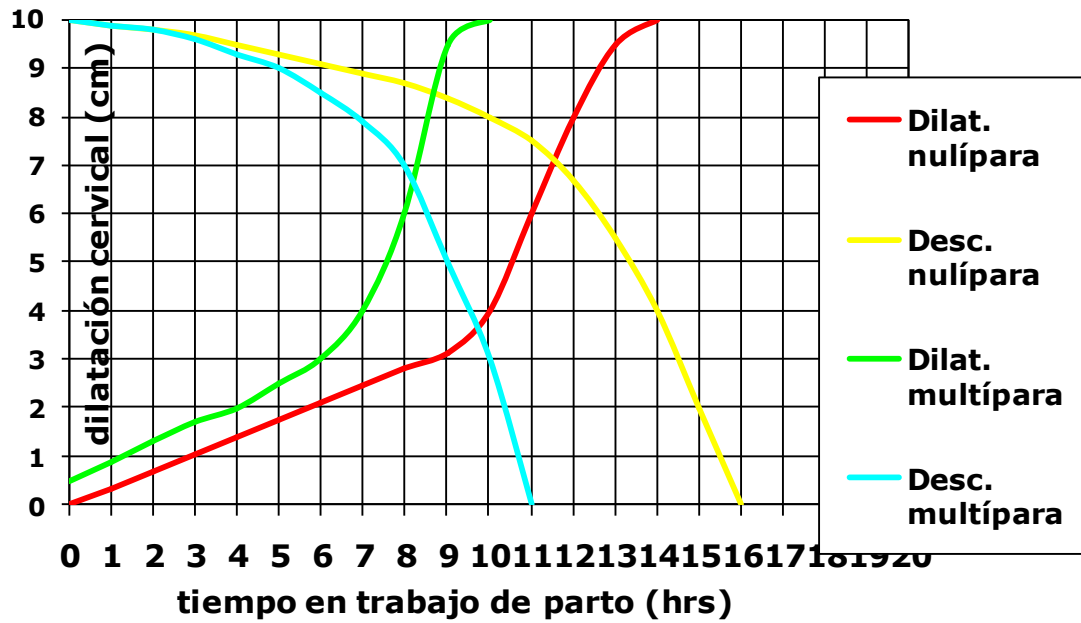
CURVA DE FRIEDMAN



Curva dilatación-descenso/ tiempo nulípara

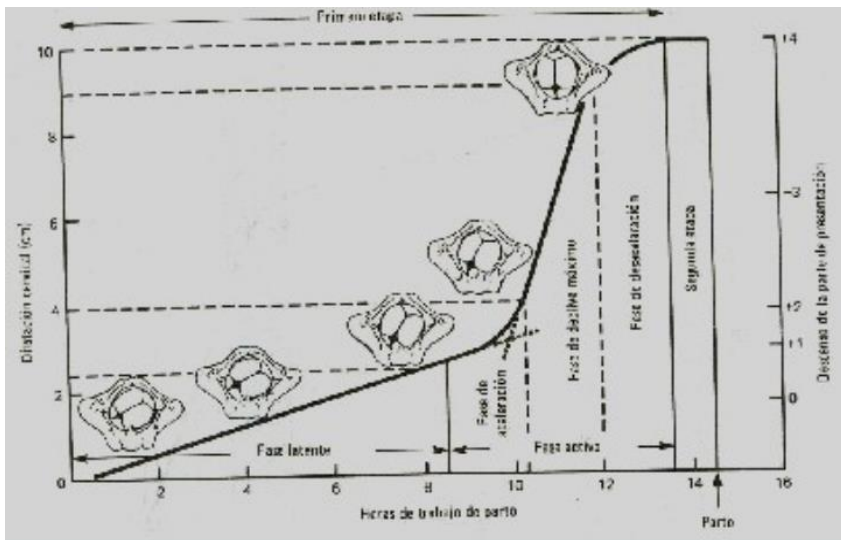


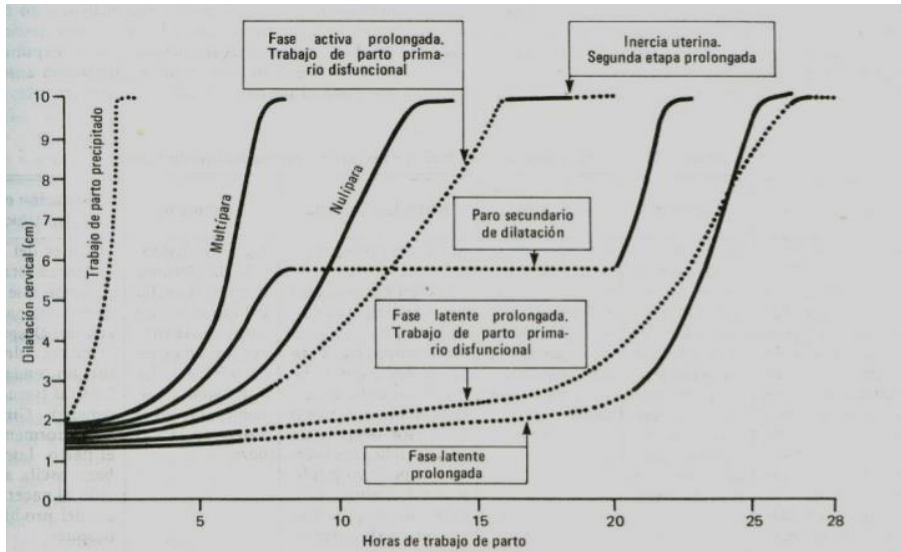
Curva de dilatación-descenso múltipara



Curva de Friedman y mecanismo de Trabajo de Parto.

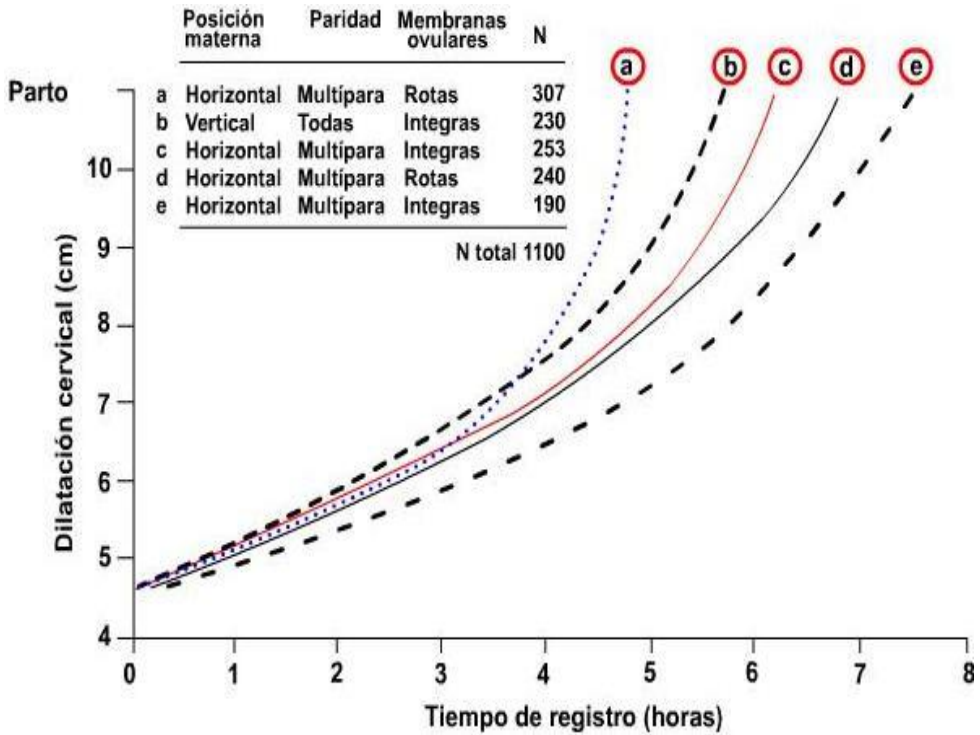
PRIMERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO





14. Principales tipos de desviación del progreso normal del trabajo de parto que pueden ser descubiertos al observar dilatación de la cervix en varios intervalos después que comienza el trabajo de parto.

Curva de comparación del trabajo de parto en nulípara y múltipara.



Curva de Alerta del CLAP: Evolución del trabajo de parto conforme a los tiempos establecidos



MECANISMO DE TRABAJO DE PARTO.

Serie de movimientos que realiza la presentación (cefálica), para descender por el canal de parto hasta su expulsión, siguiendo la curva de Caruz.

Encajamiento:

- **Flexión:** Necesita flexionar el polo cefálico, para ofrecer sus diámetros menores (suboccipito-bregmatico) a uno de los diámetros mayores de la pelvis (oblicuo izquierdo generalmente).

La presión de la contracción uterina hace palanca con la columna del feto lo que provoca flexione la cabeza a nivel de la articulación occipitoatloidea y el mentón del feto es comprimido contra su tórax y el diámetro suboccipitobregmático es sustituido por el diámetro occipitofrontal.

- **Orientación:** en el estrecho superior de la pelvis se tiende a orientar el diámetro mayor de la cabeza fetal (occipito-frontal), ley de selheim.
- **Ascinclitismo:** La sutura sagital del feto frecuentemente se encuentra desviada hacia el promontorio o hacia la sínfisis púbica; hacia el promontorio es anterior, hacia la sínfisis es posterior.

Descenso:

Rotación Interna: Al haber sobrepasado el estrecho superior deberá de realizar una rotación interna a nivel de las espinas ciáticas para poder continuar con su descenso, para eso hace coincidir el diámetro biparietal con el diámetro biciático y el suboccipito bregmatico con el antero-posterior de la pelvis. En variedad anterior rotará 45°, en variedad transversa 90° y en posterior 135°.

Expulsión.

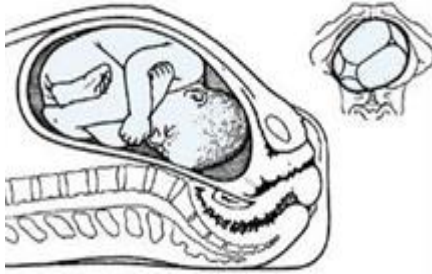
Extensión: Al Descender el feto al piso muscular del periné el Occipucio entra en contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis, la fuerza de la contracción uterina dirige la presentación hacia atrás pero la resistencia del piso pélvico hace que se vaya hacia adelante siguiendo la curva de Carus hasta que sobrepasa la vulva.

Restitución: alineará el diámetro biacromial de 10 cm con el anteroposterior de la pelvis materna para permitir la expulsión de los hombros.

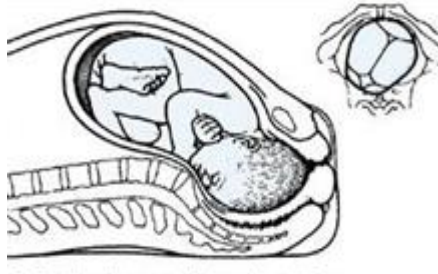
Rotación externa: la cabeza girará alineando el occipucio con los hombros para guardar su relación.

Nacimiento de los hombros: el hombro anterior desciende y se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, lo cual permite que con facilidad el hombro posterior se deslice por la concavidad sacra.

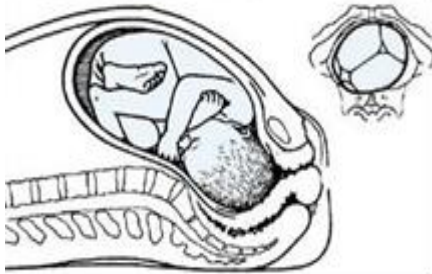
Nacimiento del resto del cuerpo: ya por sí solo nacerá el resto del cuerpo.



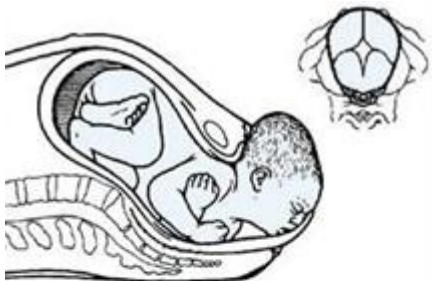
1. Head floating, before engagement



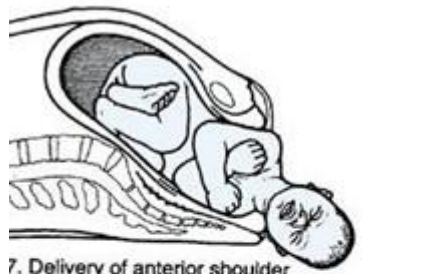
3. Further descent, internal rotation



4. Complete rotation, beginning extension



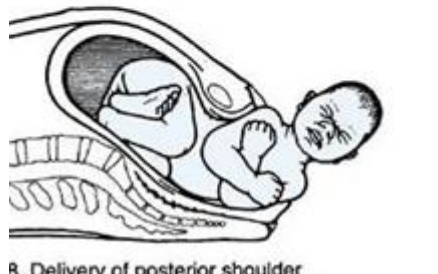
5. Complete extension



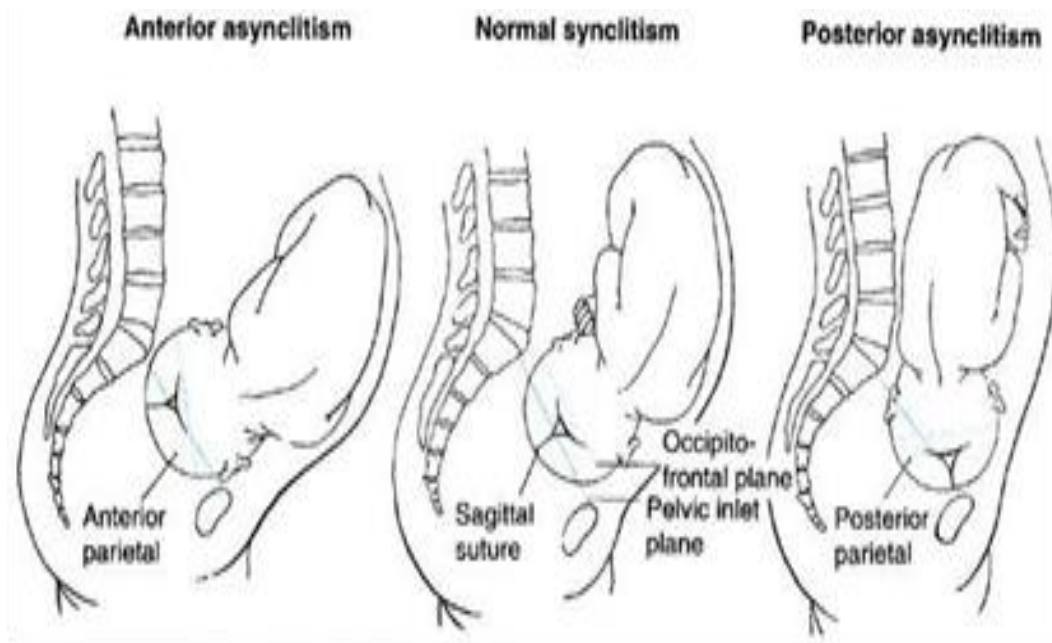
7. Delivery of anterior shoulder



6. Restitution (external rotation)



8. Delivery of posterior shoulder



Relaciones Materno-Fetales.

Situación: Relación que guarda el eje longitudinal de la madre con el eje longitudinal del feto.

Longitudinal, Transversa y Oblicua.

Presentación: Parte del feto que se aboca primero al estrecho superior de la pelvis materna y es capaz de desencadenar un trabajo de parto.

Cefálica

Pélvica: completa: conserva su actitud fetal.

Incompleta: ha perdido su actitud

Podálica: de piel por delante

De nalgas

Compuesta: múltiples formas.

Actitud: Relación que guardan las partes del feto entre sí.

Posición: relación que guarda el dorso del feto con el lado izquierdo o derecho de la madre.

Variedad de posición: Relación que guarda el punto toconómico de la presentación con la hemipélvis anterior o posterior de la madre.

Punto toconómico: Parte ósea de la presentación más declive en el canal de parto y que sirve de punto de referencia.

Occipital, frontal, nasal, bregmatica.



SEGUNDO PERIODO DE TRABAJO DE PARTO: EXPULSIÓN

- El período expulsivo comienza en el momento en que la dilatación y el borramiento se completan y culmina con la expulsión fetal.
- Durante el mismo el feto debe completar el descenso, rotación y amoldamiento de la cabeza al canal del parto.
- Las fuerzas que participan son las contracciones uterinas y la contracción voluntaria de los músculos abdominales que intentan expulsar el contenido uterino.

Duración

- Nulíparas: media 50 min y máximo 2hrs.
- Multíparas: media 20 min. y máximo 1hr.
- En esta etapa se pueden visualizar los mecanismos de trabajo de parto o movimientos cardinales (Descenso por el estrecho medio e inferior de la pelvis)

Encajamiento: flexión, orientación y ascinclitismo.

Descenso: rotación interna.

Expulsión: extensión, restitución, rotación externa, nacimiento del hombro anterior, nacimiento del hombro posterior, nacimiento del resto del cuerpo.

El mecanismo de trabajo de parto es un proceso dinámico y continuo que puede no seguir precisamente el orden que se describe anteriormente, o bien, presentar varios movimientos a la vez.

Contracciones:

- Las contracciones se hacen más espaciadas ya que se llegó a la dilatación completa. Pueden tener una frecuencia de cinco minutos o más.
- Se acompañan de una sensación inminente de pujo.

Efectos físicos:

- Cuello uterino: dilatación completa.
- El útero pasa de tener contracciones para lograr la dilatación a tener contracciones de pujo.
- La cabeza del bebé se va amoldando para entrar en el pubis materno y en el canal de parto.
- Puede haber expulsión de orina, materia fecal o gases.
- Puede haber nauseosa y/o vomito.
- Cuando sale la cabeza del producto, la mujer puede sentir ardor en la vagina.
- A la expulsión del feto experimenta sensación de alivio.
- Presentará cólico de baja intensidad que ayudará al alumbramiento y a la involución uterina.



Efectos emocionales:

- La mayoría de las mujeres sienten un alivio al escuchar que tienen dilatación completa y se encuentran capaces de sonreír y conversar por primera vez en horas.
- Los pujos requieren concentración
- Muchas mujeres empiezan a pujar con mucha energía y entusiasmo y por eso quedan exhaustas enseguida.
- Cuando ya nació el producto las mujeres experimentan una explosión de energía y entusiasmo
- Se sienten eufóricas y orgullosas de que lo lograron.

FUERZA DE EXPULSIÓN MATERNA.

En casi todos los casos, el pujo es el reflejo espontáneo durante el periodo expulsivo, pero en ocasiones no es aplicado correctamente por lo que es necesario dirigirla, en cualquier posición que se encuentre deberá usar sus piernas como apoyo, de manera que pueda empujar con ellas y aumentar la fuerza del pujo.

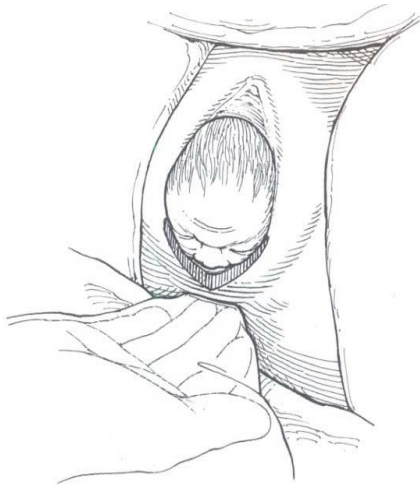
La instrucción debe ser hacer una inspiración profunda tan pronto como se inicie las siguientes contracciones uterinas y con la boca cerrada ejerce presión sobre el abdomen. No se les debe instruir a empujar después de concluir cada contracción uterina. En su lugar el feto y ella deben quedar en reposo para su recuperación.

Durante este periodo de pujo activo, se ausculta la frecuencia cardíaca fetal de inmediato después de las contracciones y tal vez sea lenta, pero debe recuperarse hasta cifras normales antes del siguiente esfuerzo expulsivo. Conforme la cabeza desciende a través de la pelvis, empieza a hacer presión y el periné se distiende. Ahora se puede observar el cuero cabelludo del feto a través del introito vaginal. En ese momento, la mujer y el feto están preparados para el nacimiento.

La preparación para el parto debe incluir la limpieza vulvar y perineal. Luego pueden colocarse campos estériles, de manera que se cubra toda la región circundante inmediata a la vulva.

En caso de que la posición para el parto sea semifowler o de litotomía estas son las maniobras que el personal de salud deberá realizar:

NACIMIENTO DE LA CABEZA FETAL



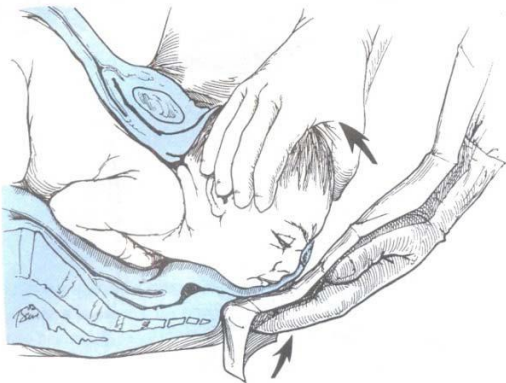
Con cada contracción, el perineo hace mayor protrusión y la abertura vulvovaginal, se ve más dilatada por la cabeza fetal formando de manera gradual un ovoide y por ultimo una abertura casi circular.

A menos que se haya hecho una episiotomía, el perineo se adelgaza y especialmente en nulípara puede presentar laceración espontánea.

El ano presenta cada vez más distensión y protuberancia y se puede observar con facilidad la pared anterior del recto a través de él.

MANIOBRAS DE RITGEN MODIFICADA

Quando la cabeza distiende la vulva y el perineo para abrir el introito vaginal hasta un diámetro de 5cms o más se puede usar una mano enguantada y cubierta por alguna compresa o gasa para ejercer presión sobre el mentón fetal a través del perineo, apenas frente al cóccix. Concomitantemente, la otra mano dirige el occipucio controlando la salida de la cabeza fetal.



ASPIRACION DE BOCA Y NARIZ

Una vez que nace la cabeza se limpia y aspira boca y ambas fosas nasales con perilla con el fin de disminuir al mínimo la aspiración del líquido amniótico, partículas y sangre.

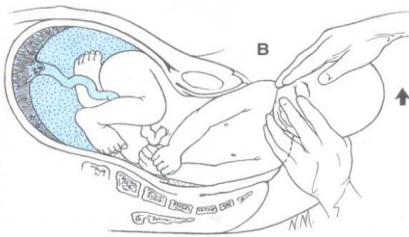
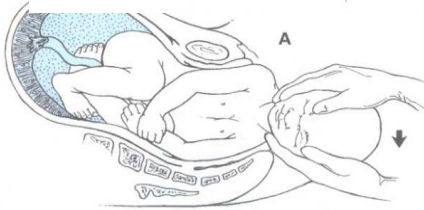
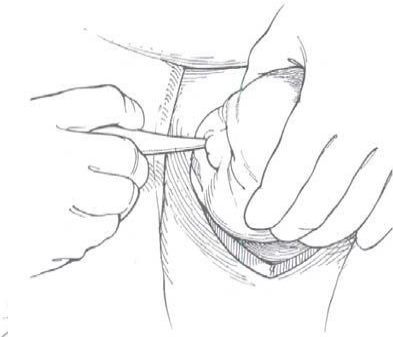
NACIMIENTO DE LOS HOMBROS

Después del nacimiento de la cabeza, la cara está casi en contacto con el ano materno.

El occipucio rápidamente se gira hacia unos los muslos maternos (de acuerdo a la posición en la que se encontraba el dorso del feto), y la cabeza adopta una posición transversal, ese movimiento de restitución indica que el diámetro biacromial, ha rotado hacia el diámetro antero-posterior de la pelvis materna.

Mas a menudo los hombros aparecen en la vulva apenas después de la rotación externa y nace de manera espontánea.

Si se retrasa, parece aconsejable su extracción inmediata.



Se sujeta los lados de la cabeza con las dos manos y se aplica tracción descendente suave hasta que aparece el hombro anterior bajo el arco púbico. Algunas literaturas sugieren extraer el hombro anterior antes de succionar la boca o revisar la presencia de circular de cordón en la nuca, para evitar la distocia de hombros.

El resto del cuerpo casi siempre sigue a los hombros sin dificultad pero si hay un retraso prolongado puede acelerarse su nacimiento por tracción moderada sobre la cabeza. Debe evitarse engancharse los dedos en las axilas porque ello pueden lesionar los plexos braquiales y producir una parálisis transitoria o permanente.

La tracción debe ejercerse solo en dirección del eje longitudinal del recién nacido, ya que cuando se aplica de manera oblicua produce flexión del cuello y distensión excesiva del plexo braquial.

Inmediatamente después del nacimiento del producto puede haber salida de líquido amniótico a menudo teñido con sangre, pero no francamente hemático.





CIRCULAR DE CORDÓN

Después del nacimiento del hombro anterior, debe deslizarse un dedo hacia el cuello fetal para saber si es rodeado por uno o más asas de cordón umbilical; debe deslizarse sobre la cabeza si es lo suficientemente laxa. Si está fuertemente adosada se puede cortar entre dos pinzas y hacer nacer inmediatamente al producto.

PINZAMIENTO DE CORDÓN

Se corta el cordón umbilical entre dos pinzas colocadas a 5 o 10cms de distancia del abdomen fetal.

EL MOMENTO DE PINZAMIENTO DEL CORDÓN

Si después del nacimiento se coloca al recién nacido a nivel del introito vaginal o por debajo durante 3 minutos no se ocluye de inmediato la circulación feto placentaria por pinzamiento de cordón, se puede derivar un promedio de 80 mililitros de sangre de la placenta al recién nacido, lo que provee casi el 50grs. de hierro y disminuye la anemia por deficiencia de hierro, en etapas posteriores de la lactancia.

La restricción acelerada de eritrocitos ocurre en la aloinmunización materna, origina bilirrubina adicional y contribuye más al riesgo de hiperbilirubinemia por los eritrocitos agregados.

TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO: ALUMBRAMIENTO.

Proceso mediante el cual se expulsa los anexos embrionarios:

- Cordón
- Placenta
- Membranas

2 FASES:

Desprendimiento.- Hay contracción y se forma el hematoma retro placentario

Expulsión.- Salida de la placenta de la cavidad uterina

Duración promedio es de 10-15 min., es prolongado si dura más de 15 min. Y retención placentaria si dura más de 30 min. o 15 con oxitocina.



Presentación	Dosis para alumbramiento dirigido (al nacimiento de hombro anterior)
Ámpula de oxitocina de 5ui	Aplicar 10mg im du
Ergonovina, ámpula 0.2mg/ml	Aplicar 0.2mg im du
Misoprostol tab 200mcgr	600mcgr bucal du

Contracciones:

- Aparte de la sensación de calambres, no van a haber más contracciones.
- **Efectos físicos:**
- La placenta se separa del útero y sale por la vagina.
- Vas a sentir los calambres del útero.

Efectos emocionales:

- Muchas mujeres están tan pendientes de que nació su bebé que no notan nada mientras sale la placenta.
- Puede que sientas un alivio cuando sale la placenta.

ATENCION DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO

El alumbramiento es el tercer periodo del trabajo de parto en el cual se elimina al exterior la placenta y los anexos ovulares (membranas y cordón).

La placenta es un órgano discoide de 15 a 25cm de diámetro con un espesor de 3cm y su peso es de 500-600gr.

Tiene 2 caras, la fetal o corionica y la materna donde se encuentran los cotiledones, así como un cordón umbilical que cuenta con una arteria y 2 venas, éste se debe encontrar en la parte central de la cara fetal de la placenta y medir entre 30 a 50cm con un grosor de 1 a 2cm.

La función de la placenta es permitir el intercambio de gases, nutrientes, electrolitos entre la madre y el producto; además de pasar anticuerpos hacia el feto.

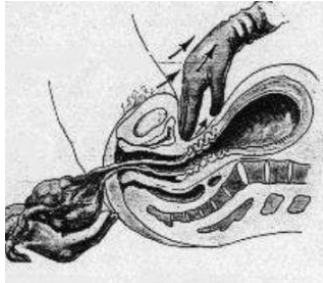
También produce algunas hormonas como progesterona, estradiol, gonadotrofina corionica humana, estrógenos.

El alumbramiento se clasifica según las intervenciones que el personal de salud realice o no en:

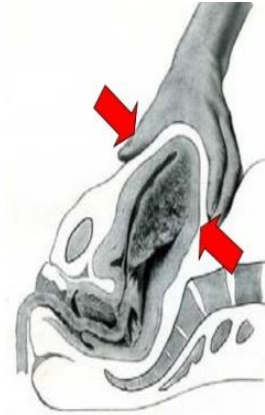
Espontáneo: no se realiza ninguna maniobra para favorecer el desprendimiento de la placenta solo para ayudar a su expulsión, incluso el pinzamiento del cordón se realiza hasta que deja de latir. La maniobra de Dublín es la que se realiza en éstos casos. Al mantenerse expectante el tiempo máximo estimado para que se desprenda es de 30 minutos.

Dirigido: Se estimula la dinámica y la retracción uterina con medicamentos (Oxitocina, Ergonovina).

Corregido: se realiza mediante la maniobra de Crede de Freund. La primera consiste en presionar la pared abdominal con el pulgar sobre la superficie anterior fondo uterino y con la palma de la mano sobre la superficie posterior aplicando presión hacia la vía vaginal.



En la segunda se realiza un masaje suprapúbico para acelerar el desprendimiento, descenso o expulsión de la placenta.



Activo: se aplican tanto las maniobras para favorecer la separación de la placenta como la aplicación de útero-tónicos para estimular y mantener la contracción.

Manual: se realiza cuando ya paso más de 30 minutos en caso del espontaneo, más de 15 minutos en alguno de los otros, cuando se rompió el cordón umbilical o si hay hemorragia.



SIGNOS DE SEPARACIÓN PLACENTARIA.

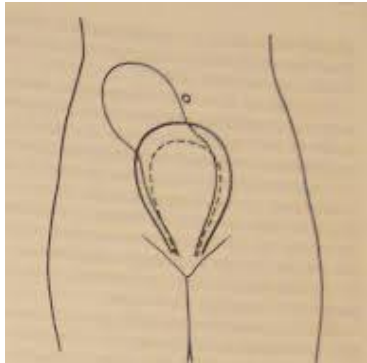
SIGNOS CORPORALES: Incluye el reposo clínico y los signos de desprendimiento.

REPOSO CLÍNICO

El útero disminuye de volumen, la madre siente alivio, inicialmente disminuyen las contracciones que luego se reanudan con mayor frecuencia e intensidad pero sin ser tan dolorosas ya que no dilatan el cérvix si no que ayudan al desprendimiento de la placenta.

SIGNOS DE DESPRENDIMIENTO:

Signo de Calkins:



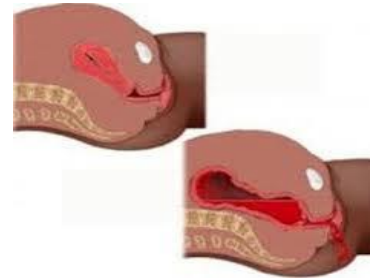
Forma englobada del útero en el intervalo de las contracciones, contrastando con la forma discoide o achatada, cuando la placenta todavía se encuentra adherida a la placenta.

Signo de máximo ascenso o Schroeder:

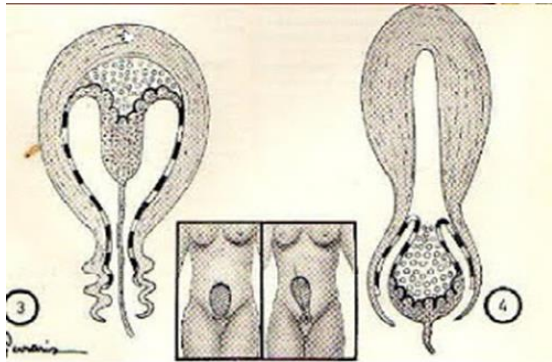
A medida que la placenta se desprende va descendiendo hacia el segmento uterino inferior y la vagina, donde su volumen pulsa al útero hacia arriba de la cicatriz umbilical 3cm aprox. y se lateraliza a la derecha.

Signo de pérdida hemática:

Para que ocurra el desprendimiento se forma hematoma retroplacentario que es expulsado cuando la placenta ya se ha separado de la pared uterina, sobre todo cuando el mecanismo es Duncan.



el

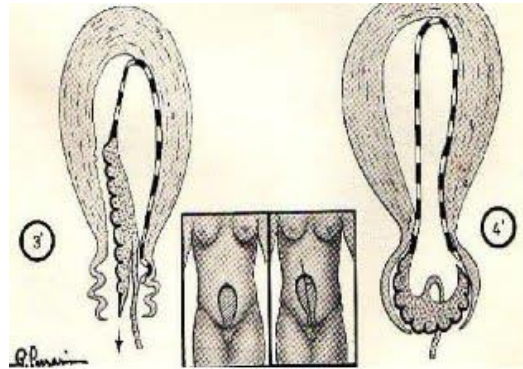


Existen 2 tipos de mecanismos de desprendimiento de la placenta:

Baudelouque Schultze: Donde el hematoma retroplacentario se forma en el centro de la placenta y la va desprendiendo hacia la periferia por lo que la cara fetal es la primera que se asoma por el introito vaginal.

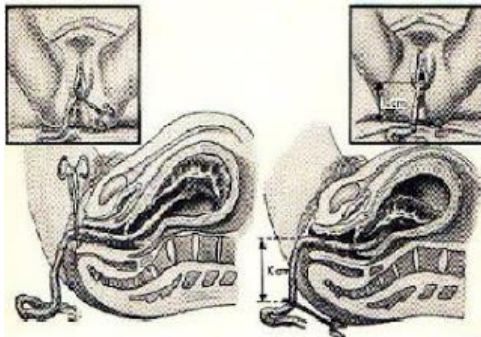
Baudeluque Duncan:

Aquel donde el desprendimiento por uno de los bordes y se sigue el centro, hasta desprenderla por completo mostrando a su salida la materna por lo que existe mayor riesgos de quedar restos placentarios.



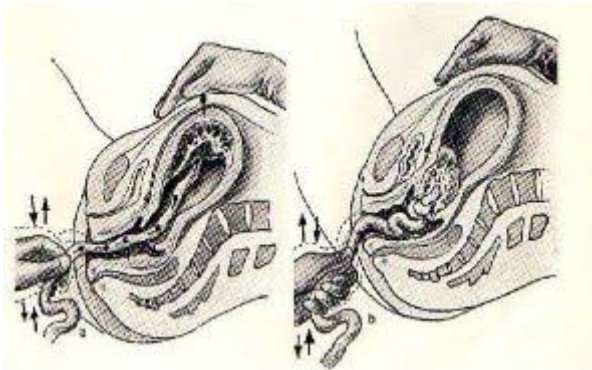
inicia hacia
cara

SIGNOS SEGMENTARIOS (DESCENSO):



Signo de Ahlfeld:

Descenso apreciable de 10cm aprox. de la pinza colocada en el cordón a la altura de la vulva.

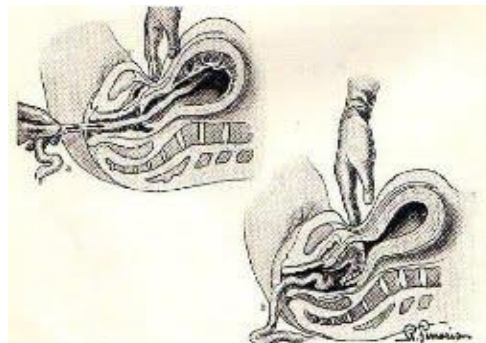


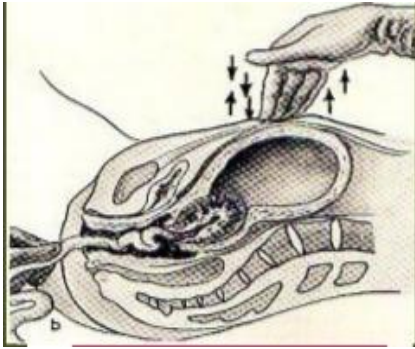
Signo de Kütsner:

Al ejercer una presión manual sobre el útero, en el sentido de elevarlo en la cavidad se observa el comportamiento del cordón que no seguirá solidariamente el movimiento del fondo uterino.

Signo de Fabre o del pescador:

Al ejercer suavemente ligeras sacudidas al cordón con una mano, no se transmitirán estas al cuerpo uterino ni a la mano colocada sobre el abdomen.

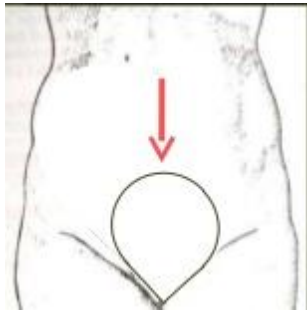




Signo de Strassman:

Una de las manos mantiene el cordón umbilical, la otra realiza movimientos en el fondo uterino. Puede ser negativa (la mano que mantiene el cordón recibe la propagación) o positiva (los movimientos del fondo uterino no se propagan al cordón, revelando descenso de la placenta).

SIGNOS VAGINALES (EXPULSIÓN):



Signo de máximo descenso:

Cuando la placenta ya fue expulsada, el fondo uterino se va a ubicar 5-6cm infraumbilical.

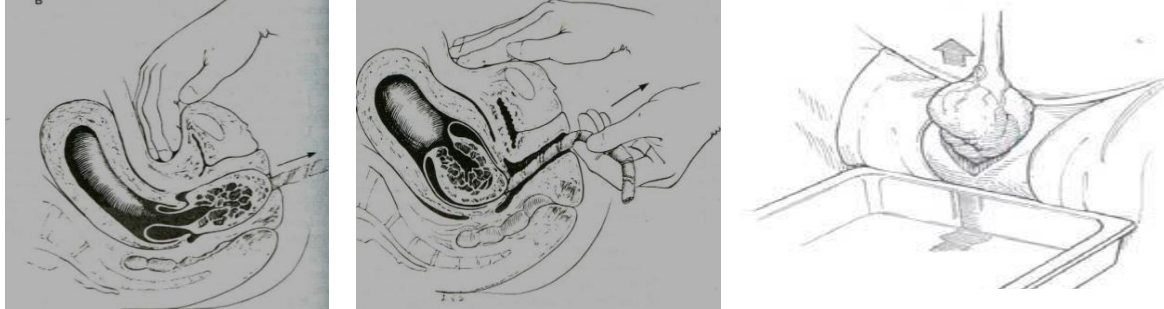
Signo de globo de seguridad de Pinard: El útero se hace globoso y más firme lo que asegura la involución y evita hemorragias.



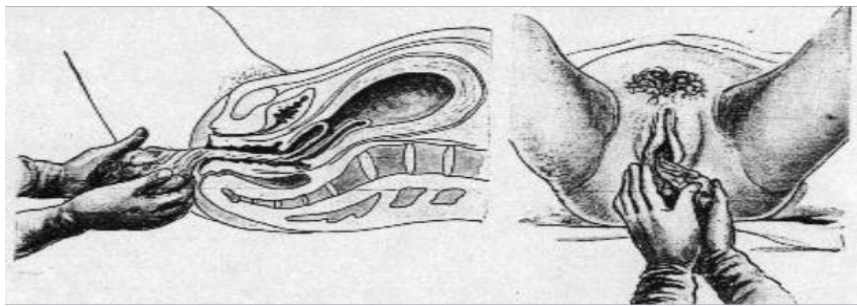
Expulsión de la placenta:

No debe forzarse la expulsión de la placenta por compresión o tracción del cordón ya que se podría producir una inversión uterina y para evitarlo se deberá realizar la maniobra de Brand Andrews que consiste en aplicar presión suprapúbica y descendente hacia la vagina sobre el cuerpo del útero con la mano menos diestra y el cordón umbilical se mantiene ligeramente tenso sólo con el peso de la otra mano.

Después se eleva el útero en dirección cefálica. Esa maniobra se mantiene hasta que la placenta alcanza el introito. Conforme la placenta atraviesa el introito, se retira la compresión uterina.



Posteriormente se tracciona ligeramente la placenta alejándola del introito y girándola teniendo cuidado para que las membranas no se desgarran ni se queden en la cavidad uterina (maniobra de Dublín). Si las membranas empiezan a desgarrarse, se sujeta con una pinza y se extrae por tracción suave.



Debe revisarse con cuidado la integridad de la placenta: cara materna y cara feta, asegurar que no hagan falta cotiledones o membranas, de ser así se deberá realizar revisión de cavidad; además se deberá revisar la inserción del cordón, tamaño y peso aproximado, etc.





Es crítica la hora que sigue inmediatamente al parto y se ha designado por algunos autores como cuarto periodo de trabajo de parto. Es más probable la hemorragia posparto por atonía uterina en ese periodo aunque se administren oxitócicos, debe valorarse de manera frecuente, el útero y el periné.

Oxitócicos: Después de que se ha vaciado el útero y nace la placenta, el principal mecanismo por el cual se logra la hemostasia, en el sitio placentario, es la vasoconstricción producida por un miometrio bien contraído. Se usan en diversas formas la oxitocina, el maleato de metilergonovina, y los análogos de las prostaglandinas, sobre todo para disminuir la pérdida sanguínea mediante el estímulo de las contracciones miométriales.

Se recomienda que inmediatamente después del nacimiento del producto se inicie el manejo activo del alumbramiento que incluye la administración de útero -tónicos ya sea 10UI de oxitocina IM intramuscular dosis única en cara externa del muslo o si se encuentra canalizada 20 UI en 1000 l en solución Hartman para una hora.

Se realiza maniobra de BRANDT-SNDREES para la extracción de la placenta y masaje uterino cada 5 minutos.



RESUMEN DE LA DURACIÓN DE CADA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO EN NULÍPARAS Y MULTÍPARAS.

	Etapas del Parto		Tiempos Esperados
Primera Etapa	Fase Latente	Nulípara	Hasta 20 h
		Multípara	Hasta 14 h
	Fase Activa	Dilatación Nulípara	1.2 cm/h (6 horas)
		Multípara	1.5 cm/h (4 horas)
Descenso	Nulípara	1 cm/h	
	Multípara	2 cm/h	
Segunda Etapa (Expulsivo)		Nulípara	90 minutos
		Multípara	60 minutos
Tercera Etapa (Alumbramiento)		Nulípara	45 minutos
		Multípara	30 minutos

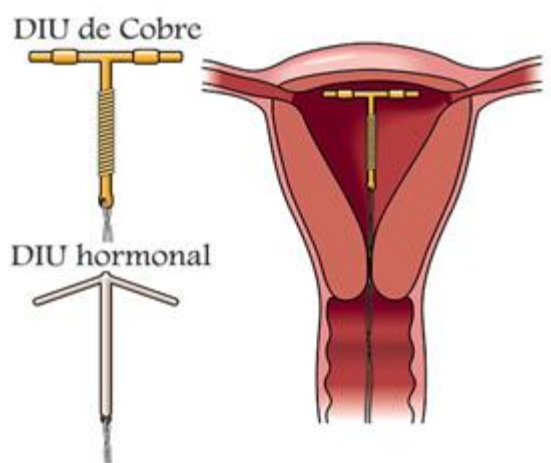
ANEXO 25.

POSICION CORRECTA DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos de carácter temporal.

Los dispositivos intrauterinos disponibles consisten en un cuerpo semejante a una "T" de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre y plata y tienen además hilos guía para su localización y extracción.

Si la aplicación se realizó después de un evento obstétrico se recortarán los hilos del DIU a una distancia de dos centímetros por fuera del orificio externo del cérvix, en caso necesario.



La segunda revisión se debe efectuar a los seis meses a partir de la inserción y posteriormente cada año contado a partir de la fecha de aplicación del DIU o cuando la usuaria lo estime necesario.

En cada visita clínica debe verificarse la posición correcta del DIU mediante la visualización de los hilos guía, investigar la presencia de efectos colaterales, descartar la presencia de embarazo y detectar la existencia de infecciones cérvico-vaginales.



ANEXO 26

VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO
MÉTODO APGAR

Se valorará al recién nacido al minuto y los cinco minutos.

La valoración a los cinco minutos dará la calificación del estado de salud del recién nacido.

Se clasificará de la siguiente manera:

- Sin depresión: 7 a 10 puntos
- Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- Depresión severa: 3 puntos o menos

Al recién nacido con calificación de 7 o más, se le considera normal.

El recién nacido con calificación de 6 o menos, amerita atención especial.

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO-VENTILACION	BUENO, LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO, ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL, PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO

MÉTODO DE CAPURRO
PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

Se utilizan: **Cinco datos somáticos:** 1) Formación del pezón, 2) Textura de la piel, 3) Forma de la oreja, 4) Tamaño del seno (mama) y 5) Surcos plantares; y dos signos neurológicos: I) signo “de la bufanda” y II) signo “cabeza en gota”.

Cuando el niño está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se utilizarán sólo cuatro datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los dos signos neurológicos columna “B”).









Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante (K) de 200 días, para obtener la edad gestacional.

Cuando el niño tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológicas se utilizan los cinco datos somáticos de la columna A, agregando una constante (K) de 204 días, para obtener la edad gestacional.

Pretérmino: Recién nacido con menos de 260 días de edad gestacional. Se debe enviar a una unidad hospitalaria o pasar a terapia intensiva, de acuerdo con su condición.

A término: Recién nacido de 260 a 294 días de gestación; pasará, si las condiciones lo permiten, con su madre en alojamiento conjunto y se iniciará la lactancia materna exclusiva.

Postérmino: Si tiene 295 días o más de gestación, deberá observarse durante las primeras 12 horas, ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia; pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten, pasará con su madre, en alojamiento conjunto, e iniciará la lactancia materna.

SOMÁTICO Y NEUROLÓGICO K=200 días	A	Forma del pezón	Pezón apenas visible. No se visualiza areola 0	Pezón bien definido areola 0.75 cm 5	Areola bien definida. No sobresaliente, 0.75 cm 10	Areola sobresaliente, 0.75 cm 15	
		B	Textura de la piel	Muy fina gelatinosa 0	Fina y lisa 5	Lisa y moderadamente gruesa. Descamación superficial 10	Gruesa, rígida, surcos superficiales. Descamación superficial 18
	Forma de la oreja		Plana y sin forma 0	Inicio engrosamiento del borde 5	Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior 10	Engrosada e incurvada totalmente 24	
	Tamaño del tejido mamario		No palpable 0	Diámetro 0.5 cm 5	Diámetro 0.5-1.0 cm 10	Diámetro >1.0 cm 15	
	Pliegues plantares		Ausentes 0	Pequeños surcos rojos en mitad anterior 5	Surcos rojos definidos en mitad ant. surcos 1/3 anterior 10	Surcos sobre mitad anterior 15	Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior 20
	Signo 'de la bufanda'		 0	 6	 12	 18	
	Signo 'cabeza en gota'	 0	 4	 8	 12		

METODO DE BALLARD MODIFICADO PARA VALORACION FISICO-NEUROLOGICA

Utiliza **7 signos físicos** (piel, lanugo, superficie plantar, mama, ojo/oreja, genitales masculinos, genitales femeninos) y **6 signos neuromusculares** (postura, ventana cuadrada en la muñeca, rebote de brazos, ángulo poplíteo, signo de la bufanda, talón oreja).

El valor deberá compararse con una escala de madurez que establece las semanas de edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

- **Pretérmino:** 28 a menos de 37 semanas o de 10 a 30 puntos; se transferirá para continuar la atención a nivel hospitalario y/o terapia intensiva de acuerdo con su condición.
- **Término:** 37 a menos de 42 semanas o de 35 a 40 puntos.
- **Postérmino:** 42 semanas o más, también de 45 a 50 puntos; deberá observarse presencia de hipoglicemia, hipomagnesemia, hipocalcemia.

	0	1	2	3	4	5		
Madurez neuromuscular	Postura							
	Ángulo de la muñeca	90°	60°	45°	30°	0°		
	Ángulo del codo	180°		100°	90°	100°		
	Ángulo poplíteo	180°	160°	150°	110°	90°		
	Signo de la bufanda							
	Talón oreja							
	0	1	2	3	4	5		
Madurez física	Piel	Gelatinosa, roja, transparente	Ligeramente rosada, venas visibles	Descamación superficial, pocas venas	Descamación áreas pálidas, venas raras	No hay vasos, pliegues profundos	Gruesa, rugosa	
	Lanugo escaso	No hay	Abundante	Adelgazado	Áreas sin lanugo	Muy escaso	Escala de madurez CALIFICACIÓN SEMANAS	
	Pliegues plantares	No hay	Marcas rojas tenues	Pliegue anterior transversal único	Pliegues en dos tercios anteriores	Pliegues en toda la planta		5 26
	Mamas	Ligeramente perceptibles	Areola plana sin pezón	Areola levantada 1-2 mm de pezón	Areola levantada 3-4 mm de pezón	Areola completa 5-10 mm		10 28
	Oído	Aplanado permanente doblado	Borde ligeramente curvo, suave Recup. lenta	Borde curvo suave de fácil recuperación	Formado Firme recuperación instantánea	Cartilago grueso, firme		15 30
	Genitales masculinos	Escroto vacío, sin arrugas		Testículos descendidos, pocas rugosidades	Testículos descendidos muchas rugosidades	Testículos en péndulo Rugosidades completas		20 32
	Genitales femeninos	Clitoris y labios menores prominentes		Labios menores y mayores iguales	Labios mayores más grandes	Clitoris y labios menores cubiertos		25 34
								30 36
						35 38		
						40 40		
						45 42		
						50 44		

ESCALA DE SILVERMAN Y ANDERSEN

Valora la dificultad respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad respiratoria. En la prueba de Silverman y Andersen, la puntuación más baja tiene mejor pronóstico que la puntuación más elevada.

Los criterios evaluados en la prueba son:

- Movimientos toraco-abdominales.
- Tiraje intercostal (hundimiento de los espacios intercostales).
- Retracción xifoidea (De la punta del esternón).
- Aleteo nasal.
- Quejido espiratorio a la auscultación.

La sumatoria de los puntos se interpreta:

- Recién nacido con 0 puntos, sin dificultad respiratoria.
- Recién nacido con 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.
- Recién nacido con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada.
- Recién nacido con 7 a 10 puntos, con dificultad respiratoria severa.

	Disociación Toracoabdominal	Retracciones Intercostales	Retracción Subxifoidea	Aleteo Nasal	Quejido Espiratorio
GRADO 0	 Sincronizado	 Sin Retracción	 Ninguno	 Ninguno	 Ninguno
GRADO 1	 En Inspiración	 Solo Visible	 Solo Visible	 Mínimo	 Solo por estetoscopio
GRADO 2	 Siempre Visible	 Marcado	 Marcado	 Marcado	 Audible al oído

ANEXO 27

VALORACIÓN DE REFLEJOS DEL RECIÁN NACIDO

REFLEJO DE MORO: Realizar un ruido fuerte o súbito hace que el bebé estire los brazos, piernas y dedos, arquea la espalda e inclina la cabeza hacia atrás.



REFLEJO DE BABINSKI: Pasar suavemente la mano por la planta del pie desde el talón hasta el dedo gordo, el recién nacido levanta los dedos y voltea el pie hacia adentro.



REFLEJO DE GALANT: El bebé debe estar acostado boca abajo, pasar el dedo sobre los riñones, en paralelo con la columna vertebral, el cuerpo se arquea ligeramente sobre el área estimulada.



REFLEJO DE BUSQUEDA: Tocar suavemente la mejilla del recién nacido y volteará la cabeza en dirección del estímulo con la boca abierta listo para succionar.



REFLEJO DE SUCCIÓN: Colocar en la boca del recién nacido su mano y este lo succionara.



REFLEJO DE LA MARCHA: Colocar al recién nacido en posición vertical sobre una superficie plana y firme sosteniéndolo por las axilas, él bebe debe levanta primero una pierna y después la otra como si quisiera dar unos pasos.



REFLEJO DE PRENSIÓN PALMAR:

Colocar al bebé acostado sobre una superficie plana y firme mirando hacia adelante con los brazos doblados, colocar el dedo índice en la palma de la mano tratara de cerrarlo y agarrarlo.



REFLEJO DE PRENSIÓN PLANTAR:

Colocar un dedo en la base de los pies del recién nacido los dedos de los pies se flexionan hacia abajo.



REFLEJO DE GATEO:

El recién nacido debe estar acostado sobre su abdomen y realiza movimientos de arrastre con los brazos y las piernas.





REFLEJO TONICO DEL CUELLO: Cuando el recién nacido se encuentre dormido gírele la cabeza hacia un lado la pierna y el brazo de ese mismo lado se extienden, el brazo y pierna opuesta se flexiona.



ANEXO 28.

PSICOPROFILAXIS PERINATAL



CALENTAMIENTO

- Indicar su inicio acomodando a los usuarios en el área física con espacio suficiente para realizar los ejercicios.
- En cada sesión se debe iniciar con calentamiento duración aproximadamente de 5-10 minutos.
- Realizar ejercicio físico después de las 22 semanas de gestación.
- La enfermera obstétrica y/o perinatal se debe colocar de frente al grupo para poder observarlos y realizar la demostración de la rutina.
- Los usuarios se deben colocar de pie con las rodillas ligeramente flexionadas y las piernas separadas sin rebasar el nivel de los hombros, la espalda recta y con la cara de frente.
- Iniciar de manera sistemática de los pies a la cabeza.
- Al inicio y final de cada movimiento realizar 2 respiraciones de limpieza.
- No rebasar los 120 latidos por minuto.



PIES:

Levantar la punta del pie derecho, la planta del pie izquierdo se mantiene sobre el piso y viceversa, levantar la punta del pie izquierdo, la planta del pie derecho se mantiene sobre el piso, realizarlo 6 veces.

Sostenerse con los puntas de ambos pies y levantar ambos talones (pararse de puntas) y bajar los talones sobre el piso realizarlo 6 veces.



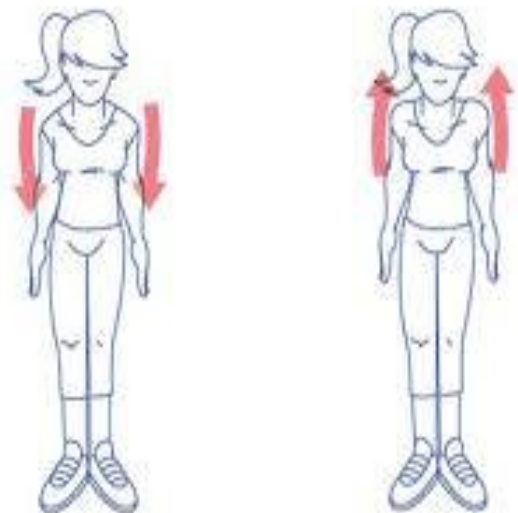
CADERA

- De pie con las piernas ligeramente separadas que no rebase el nivel de los hombros y las rodillas ligeramente flexionadas, la espalda recta y la cara de frente.
- Realizar una inhalación y al exhalar lleva la pelvis hacia el lado derecho, hacia adelante, hacia el lado izquierdo y hacia atrás.
- Nuevamente inhalar y al exhalar llevar la pelvis hacia el lado izquierdo, hacia adelante, hacia el lado derecho y hacia atrás.
- Realizarlos 6 veces hacia la derecha y 6 veces hacia la izquierda.
- Terminar realizando movimientos circulares amplios hacia la derecha e izquierda.



HOMBROS

- De pie con las piernas ligeramente separadas que no rebase el nivel de los hombros y las rodillas flexionadas, la espalda recta y la cara de frente.
- Mover ambos hombros hacia delante de manera circular realizarlo 6 veces.
- Mover ambos hombros hacia atrás de manera circular realizarlo 6 veces.
- Mover el hombro derecho hacia adelante y el hombro izquierdo hacia atrás de manera circular y visceversa mover el hombro izquierdo hacia adelante y el hombro derecho hacia atrás, realizarlo 6 veces.



BRAZOS

- De pie con las piernas ligeramente separadas que no rebase el nivel de los hombros y las rodillas flexionadas, la espalda recta y la cara de frente.
- Extender ambos brazos hacia arriba y bajarlos realizarlo 6 veces.
- Extender el brazo derecho e izquierdo hacia los lados y bajarlos realizarlo 6 veces.
- Con los brazos hacia los lados realizar movimiento de ambas muñecas hacia adentro y hacia afuera de manera circular.



ROTACIÓN DE CABEZA EJEMPLO I:

- Antes de iniciar cada movimiento inhalar y al exhalar girar la cabeza hacia el lado derecho manteniendo la posición durante 10 segundos.
- Nuevamente antes de iniciar cada movimiento inhalar y al exhalar girar la cabeza hacia el lado izquierdo manteniendo la posición durante 10 segundos.
- Volver a la posición inicial con la cara hacia el frente, realizarlos 3 veces hacia la derecha y 3 veces hacia la izquierda.



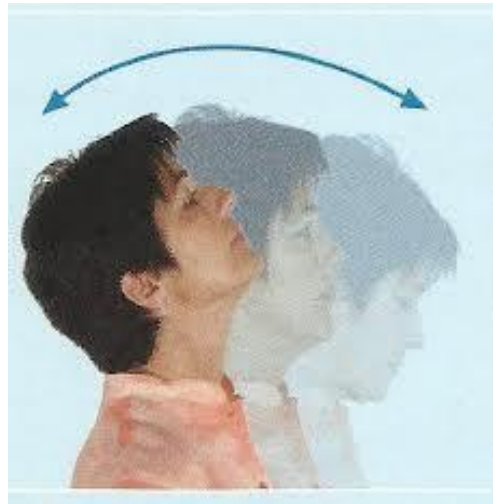
LATERALIZACIÓN DE CABEZA EJEMPLO II:

- Antes de iniciar cada movimiento inhalar y al exhalar acercar la oreja derecha al hombro derecho.
- Nuevamente antes de iniciar cada movimiento inhalar y al exhalar acercar la oreja izquierda al hombro izquierdo realizarlo 3 veces hacia la derecha y 3 veces hacia la izquierda.



FLEXIÓN Y EXTENSIÓN DE LA CABEZA EJEMPLO III:

- Antes de iniciar cada movimiento inhalar y al exhalar llevar la barbilla hacia el pecho y levantar despacio la cabeza, realizarlo 3 veces, terminar realizando círculos amplios hacia las manecillas del reloj 3 veces hacia la derecha y 3 veces hacia la izquierda.



ANEXO 29.

RUTINA DE EJERCICIO

- Indicar su inicio acomodando a los usuarios en el área física con espacio suficiente para realizar los ejercicios.
- En cada sesión el ejercicio físico debe durar de 30 a 40 minutos.
- Realizar ejercicio físico después de las 22 semanas de gestación.
- La enfermera obstétrica y/o perinatal se debe colocar de frente al grupo para poder observarlos y realizar la demostración de la rutina.
- Colocarla de pie con las rodillas flexionadas y las piernas ligeramente separadas sin rebasar el nivel de los hombros con la espalda recta y la cara de frente.
- Al inicio de cada movimiento realizar 2 respiraciones de limpieza.
- No rebasar 120 latidos por minuto.

PIERNAS

- De pie subir ligeramente la pierna derecha hacia arriba y sostenerse con el pie izquierdo y viceversa, parada subir ligeramente la pierna izquierda hacia arriba y sostenerse con el pie derecho, realizarlo 6 veces.
- Extender la pierna derecha lo más alto que se pueda hacia un lado y sostenerse con el pie izquierdo y viceversa realizarlo 6 veces.
- Realizar dos pasos hacia la derecha y dos hacia la izquierda, dos pasos hacia enfrente y dos hacia atrás. Realizarlo 6 veces.
- Flexionar ambas piernas 6 veces.

CADERA

- Balancear ligeramente la cadera hacia el lado derecho, hacia adelante, hacia el lado izquierdo y hacia atrás realizarlos 6 veces y terminar realizando movimientos circulares amplios.



PECHO

- Realizar ejercicios para fortalecer la zona pectoral el brazo derecho e izquierdo deben estar hacia cada lado con un ángulo de 90 grados y cerrar realizarlo 6 veces.



BRAZOS

- Colocarse de pie con las rodillas ligeramente flexionadas y las piernas separadas sin rebasar el nivel de los hombros con la espalda recta y la cara de frente.
- Realizar 2 respiraciones de limpieza.
- Siguiendo el ritmo de la música extender el brazo izquierdo hacia arriba y el brazo derecho colocarlo sobre la rodilla y viceversa extender el brazo derecho hacia arriba y el brazo izquierdo colocarlo sobre la rodilla, realizarlo 6 veces.
- Subir ambos brazos hacia arriba y bajarlos, realizarlo 6 veces.
- Terminar aplaudiendo varias veces.



ACOSTADA

- Sobre una colchoneta comoda acostarse en decúbito lateral izquierdo y extender la pierna derecha hacia arriba lo más que pueda hasta el nivel de la usuaria y bajarla realizarlo 6 veces al final sacudir toda la pierna.
- Cambiar en decúbito lateral derecho y extender la pierna izquierda hacia arriba lo más que pueda hasta el nivel de la usuaria y bajarla realizarlo 6 veces al final sacudir toda la pierna.



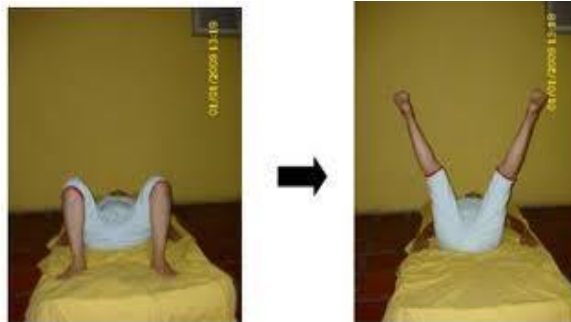
RUTINA DE EJERCICIO II:

- Sentarse sobre la pelota existen diferentes tamaños de acuerdo a la talla de la usuaria, se debe quitar los zapatos y colocar los brazos en la parte de atrás tomándose de las manos.
- Realizar movimientos rotatorios de izquierda hacia la derecha con el piso pélvico realizarlo 8 veces.



ACOSTADA

- Sobre una colchoneta la enfermera obstetra y/o perinatal demostrar cómo debe acostarse en decúbito lateral izquierdo y de manera dorsal con el apoyo de las manos y brazos.
- Acostada levantar ambas piernas y girarlas hacia los lados de manera circular y dejarlas un momento sostenidas, al final bajar ambas piernas hacia la colchoneta y realizar movimientos circulares solo de los pies y talones.
- Girar la cabeza ligeramente hacia el lado derecho tratando de que la oreja toque el el hombro derecho y visceversa girar la cabeza ligeramente hacia el lado izquierdo tratando de que la oreja toque el hombro izquierdo realizarlo 3 veces de cada lado.
- Posteriormente mover la cabeza hacia adelante tratando de tocar la barbilla con el pecho y reposicionarlo realizarlo 3 veces hacia la derecha y 3 veces hacia la izquierda.



RELAJACIÓN

- Acostarse sobre una colchoneta con la posición que más deseen, cerrar los ojos escuchando una melodía de naturaleza tranquila y serena.
- De manera sistemática realizar la técnica de relajación progresiva o disociativa.



ANEXO 30. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

DECUBITO DORSAL

- El área debe ser un ambiente tranquilo, seguro y cálido.
- Utilizar una colchoneta.
- Acostarse sobre su espalda, apoyar la cabeza y hombros sobre una almohada, extender los brazos hacia cada lado y las rodillas ligeramente flexionadas apoyada sobre una almohada para lograr la máxima comodidad.
- Cerrar los ojos, puede utilizar antifaz.
- Dejar caer las manos hacia los lados como si tu cuerpo no tuviera fuerzas como una muñeca de trapo dejate llevar.
- Se recomienda no rebasar los 30 minutos.



POSICIÓN DECUBITO LATERAL IZQUIERDO O DERECHO

- La usuaria de debe acostar de lado con la cabeza apoyada sobre la almohada el brazo inferior flexionado a la altura del codo y paralelo a la cabeza el brazo superior debe estar flexionado y apoyado sobre el cuerpo.
- La pierna inferior con la rodilla ligeramente doblada y la pierna superior flexionada a la altura de la cadera y rodilla.
- Los pies en angulo recto para evitar flexión plantar.

POSICIÓN INGLESA, SIMS O SEMIPRONA

- Es una posición cómoda para el tercer trimestre del embarazo.
- Proporciona máxima relajación muscular.
- Posición de seguridad.
- Es similar a la posición en decubito lateral izquierdo o derecho.
- La cabeza debe estar girada lateralmente.
- En está posición el peso de la usuaria se carga sobre la parte anterior del ilion, el humero y la clavícula.

- Se coloca un brazo detrás del cuerpo y el otro brazo se encuentra flexionado por el hombro y el codo.
- Las piernas se encuentran flexionadas la de arriba se encuentra más flexionada y la de abajo se encuentra por detrás.
- Colocar una almohada entre ambas piernas o de bajo del abdomen de manera lateral.



- Escucha la música tranquila y relajada.
- Mencionar la parte del cuerpo que debe tensar y relajar.
- Al inhalar tensa y al exhalar relaja.
- Verifica que se encuentre en la posición correcta.
- Verifica tocando la parte del cuerpo que tensa y relaja.
- Reposiciona si es necesario.

EJEMPLO TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA:

- Inhalando tensa pie derecho levantándolo ligeramente de la colchoneta y la punta hacia ti exhalando relaja.
- Inhalando tensa pie izquierdo levantándolo ligeramente de la colchoneta con la punta hacia ti exhalando relaja.
- Inhalando tensa ambos pies con las puntas hacia ti exhalando relaja.
- Inhalando tensa ambas piernas exhalando relaja.
- Inhalando tensa glúteos exhalando relaja.
- Inhalando tensa vientre sumiéndolo hacia abajo exhalando relaja.
- Inhalando tensa pecho levantándolo hacia arriba exhalando relaja.
- Inhalando tensa ambos brazos levantándolos ligeramente de la colchoneta exhalando relaja.
- Inhalando tensa hombros levantándolos como si quisiera tocar las orejas exhalando relaja.
- Inhalando tensa cara exhalando relaja.
- Realizar una respiración profunda y empezar a mover ligeramente el cuerpo.
- Abrir lentamente los ojos para reincorporarse.

EJEMPLO TÉCNICA DE RELAJACIÓN DISOCIATIVA



ANEXO 31.

TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN: Durante el embarazo la respiración sufre modificaciones como mecanismo de compensación, el diafragma se desplaza hacia arriba, y el corazón ligeramente hacia la izquierda, Las técnicas de respiración se utilizan durante el ejercicio físico y la relajación.



RESPIRACIÓN DE LIMPIEZA: Se utiliza al inicio y al final de cada contracción, Inhalamos sin esfuerzo por la nariz y exhalamos de manera relajada por la boca hasta el diafragma.

RESPIRACIÓN RITMICA LENTA: Es más superficial que la de limpieza, el mismo aire que entra tiene que salir, se utiliza cuando comienza una verdadera contracción, realizarla antes de una respiración de limpieza.

RESPIRACIÓN MODIFICADA: Más Rápida que la lenta ayuda para contener por ejemplo: Soplando, realizando el sonido SSS son los dientes y jadeo.

RESPIRACIÓN MODIFICADA CON PATRÓN: Depende de Tiempos, Cambios, Inhalación, Exhalación, Profundidades (volumen).



PERIODO EXPULSIVO: Haz un par de respiraciones de limpieza luego inhala y contén el diafragma 5 tiempos, puedes contarlos en voz baja para cambiar el aire sopla y huele, de acuerdo a la duración de la contracción.

ANEXO 32.

MUSICOTERAPIA:

Para la Psicoprofilaxis perinatal es un recurso educativo y terapéutico, una herramienta que se utiliza para desarrollar y generar actitudes de toma de conciencia, respeto y el vínculo afectivo entre los familiares, padre y bebé.

La musicoterapia es una forma de comunicación con el bebé para su desarrollo físico, psicológico y emocional, favorece y refuerza los lazos afectivos entre los padres y el bebé.

El bebé percibe los sonidos a través de dos vías la táctil y auditiva, los sonidos internos del cuerpo de la madre y su voz, las vibraciones del líquido amniótico sobre su piel favoreciendo las sinapsis neuronales de las primeras conexiones de su sistema nervioso, después de las 20 semanas de gestación percibe sonidos externos por medio de filtraciones por medio del líquido amniótico.



BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA

- Ayuda alcanzar la estabilidad emocional
- Disminuye el estrés y la ansiedad de la madre.
- Es una forma de nutrir a la madre y bebé emocionalmente.
- Promueve la salud de la madre y el bebé.
- Sirve como medio de estimulación para el bebé.
- Ayudará al bebé a relajarse y sentirse mas seguro.
- Escucharan la musica que más tarde reconocerán una vez nacidos.
- El riesgo de tener depresión post-parto es menor.
- Los bebés aceptan mejor la lactancia y duermen mejor.
- Mejora la concentración, coordinación y la creatividad del niño por nacer.



ANEXO 33.

BENEFICIOS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA

- Desarrollo en la coordinación motora.
- Fortalecimiento de los miembros del cuerpo.
- Madurez del tono muscular.
- Movilidad y flexibilidad de los músculos.
- Desarrollará una mejor capacidad respiratoria, digestiva y circulatoria.
- Desarrollo y la fortaleza de los cinco sentidos y la percepción.
- Desarrollo de las funciones mentales superiores (memoria, imaginación, atención, lenguaje).
- Adquiere confianza seguridad y autonomía.
- Incrementa la relación afectiva.



4 ÁREAS BÁSICAS DE DESARROLLO VALORAR EN CADA MES:

- Motora gruesa
- Motora fina
- Social
- lenguaje

ANEXO 34.

ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Permiten satisfacer la iniciativa del lactante, su curiosidad y desarrollo integral, se deben realizar por lo menos tres veces a la semana participando ambos padres, no realizar ejercicios después de ingerir alimentos, no forzar al lactante para realizar la actividad, festejar sus logros, utilizar canciones, rimas y juegos.



CLASES DE MUSICA

- Mejora el sistema auditivo, facilita la expresión de sentimientos e ideas
- Ayuda al desarrollo de la memoria, mejora las capacidades motrices
- Potencia las capacidades artístico-creativas, favorece la integración socio-cultural
- Amplía y mejora las posibilidades lingüísticas, proporciona seguridad
- Escuchar la música que escuchaba desde el vientre le aporta seguridad
- Cantar el padre una canción y moverse a ese ritmo al tiempo que lleva a su hijo en brazos mejora su ritmo cardíaca, presión arterial y temperatura.



ACTIVIDADES DE 0 A 28 DÍAS:

Motor grueso: Ofrecer juguetes de cada lado para que pueda girar la cabeza y colocarlo boca abajo sobre una cobija para que pueda controlar la cabeza, se le puede mostrar juguetes.



Motor fino: Colocar un dedo del padre en la palma de la mano del bebé para que al sentir el contacto el cierre, se puede ofrecer una sonaja.



Social: Cantarle canciones de cuna cuando se va a dormir.



Lenguaje:

Cuando el bebé se encuentre llorando atender a sus llamados, hablarles todo el tiempo e iniciar vocalizaciones.



Un mes de edad:

Motor grueso:

Acercarle un objeto para que voltee por sí mismo su cabeza.

Motor fino:

Colocar juguetes de varios colores debe ser llamativo y brillante o que emitan algún sonido para que pueda voltear.

Social:

Caminar con el bebé en brazos por la casa moverlo de manera suave.

Lenguaje:

Platicar con el bebé de cosas cotidianas, sonreírle y acariciarlo.



Dos meses de edad:

Motor grueso:

El bebé acostado boca arriba tomarle ambas manos y colocárselas en su pecho, extender un brazo hacia un lado y regresarlo realizar lo mismo con el otro brazo, posteriormente flexionar las piernas hacia arriba y bajarlas.

Motor fino:

Estimular el reflejo de succión

Social:

Acostar al bebé sobre una cobija, dejar sus manos libres y acudir a sus llamados de atención como los llantos o gritos.

Lenguaje:

Emitir sonidos de un lado de la cabeza y del otro para que pueda voltear.



Tres meses de edad:

Motor grueso:

Colocar una mano del bebé en su hombro de manera cruzada realizar lo mismo con el otro brazo, mantener la comunicación con el bebé en todo momento para que se sienta seguro y protegido, nombrar cada parte de su cuerpo utilizando la palma de las manos o utilizando otros recursos como brocha, gasa.

Motor fino:

Realizar masaje en las muñecas, palmas y dorso de las manos de manera gentil con la yema de los dedos pulgar e índice.

Social:

Abrazar al bebé y pasearlo por la casa para que se sienta seguro y protegido

Lenguaje:

Hablarle y cantarle para que empiece a identificar la voz de los padres.



Cuatro meses de edad:

Motor Grueso:

Colocar la mano del bebé en su hombro de manera cruzada extender una mano hacia cada lado, estirarlos con suavidad.

Motor fino:

Colocar cubos de diferentes texturas para que los agarre y empiece a diferenciar.

Social:

Sentarlo con ayuda frente a un espejo para que se observe.

Lenguaje:

Durante el baño realizar sonidos con diferentes juguetes para que voltee y los busque.



Cinco meses de edad:

Motor grueso:

Colocar al bebé boca abajo y colocarle un juguete en frente para que intente agarrarlo.

Motor fino:

Acostarlo boca arriba y enseñarle un pañuelo sobre su cara para que le llame la atención y lo siga con la vista.

Social:

Tapar la cara con pedazo de tela para que se lo intente quitar.

Lenguaje:

Hablarle por su nombre, y emitir sonidos para que intente imitarlos.



Seis meses de edad:

Motor grueso:

Acostar al niño o niña boca arriba y realizar ejercicios con las piernas flexionar una pierna hacia el abdomen y el otro mantenerlo sobre la colchoneta realizarlo con la otra pierna.

Motor fino:

Ofrecer una galleta para que se lo lleve a la boca y comience con la masticación.

Social:

Enseñarle a estirar sus brazos para que lo abracen

Lenguaje:

Enseñar a balbucear.



Siete a nueve meses de edad:

Motor grueso:

Colocarlo boca abajo y colocarle un juguete de frente para que trate de alcanzarlo y empiece a gatear.

Motor fino:

Darle objetos diferentes para que los sostenga con sus manos.

Social:

En una caja con abertura introducir objetos pequeños para que intente sacarlos o darle objetos pequeños para que intente meterlos.

Lenguaje:

Enseñarle a decir adiós con las manos al despedirse y hablarle por su nombre.



Diez a doce meses de edad:

Motor grueso:

Dejarlo gatear para que adquiera fuerza en brazos y piernas, apoyarlo a pararse con la ayuda de los barandales.

Motor fino:

Brindarle objetos pequeños como semillas para que pueda tomarlos con el dedo índice y pulgar evitando que se los meta a la boca.

Social:

Colocar sus juguetes siempre en el mismo lugar para que aprenda a respetar espacios, enseñarle a crear hábitos como lavado de manos, asociar sonidos con objetos como una campana.

Lenguaje:

Relacionar sonidos de animales cuando los vea.



Trece a quince meses de edad:

Motor grueso:

Bailar con el bebé tomándolo de ambas manos dando pequeños pasos hacia adelante hacia el lado derecho, izquierdo y hacia atrás, Llamarle al bebé cuando camine para que gire todo su cuerpo, Fortalecer su equilibrio moviéndolo de manera suave y gentil hacia los costados.

Motor fino:

Mostrar cómo poner un cubo sobre otro, dándole otro cubo para que él lo realice.

Social:

Permitir que juegue con agua, tierra o arena dándole recipientes para que los llene y vacíe.

Por las noches leerle un cuento y dejárselo a la mano para que vea las ilustraciones.

Lenguaje:

Colocarle música y jugar con sonajas, tambores siguiendo el ritmo.



Dieciséis a dieciocho meses de edad:

Motor grueso:

Permitir que suba y baje de las escaleras apoyado de la pared y proporcionarle silla pequeña para que se siente.

Motor fino:

Proporcionarle varios cubos para que forme una torre, Colocarle un pizarrón con un trazo en línea recta para que realice un trazo igual, Pedirle que desenvuelva un dulce.

Social:

Permitir que empiece a comer solo, usando la cuchara.

Lenguaje:

Preguntarle su nombre y el de sus integrantes de la familia.



Diecinueve a veintiún meses de edad:

Motor grueso:

Enseñarle a caminar hacia atrás, jugar a patear una pelota.





Motor fino:

En Una hoja que puede ser de color hacer un trazo horizontal y pedirle que realice el mismo trazo.

Social:

Después del baño pedirle que se empiece a vestir solo, ponerle ropa cómoda, Enseñarle a repartir galletas de acuerdo al nombre que usted mencionó.

Lenguaje:

Durante el baño pedirle que nombre y señale las partes del cuerpo.

Veintidós a veinticuatro meses de edad:

Motor grueso:

Jugar agacharse y pararse rápidamente varias veces, ayudarlo a pararse de puntas de pie.

Motor fino:

Permitir que ayude a doblar la ropa

Social:

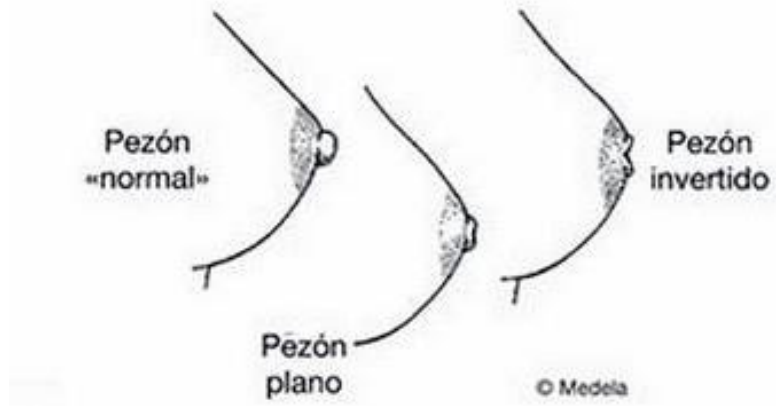
Enseñarle a distinguir cosas como vaso, plato, cuchara, tenedor, pelota etc.

Lenguaje:

Enseñarle cuentos con dibujos llamativos para que empiece a nombrar la ilustración.

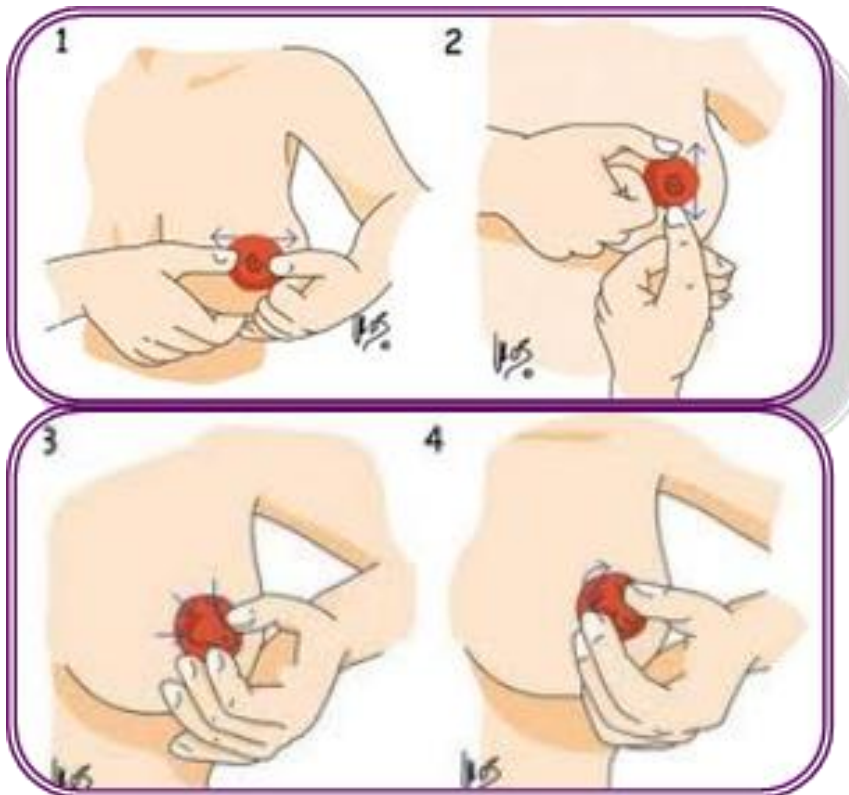
ANEXO 35.

TIPO DE PEZONES

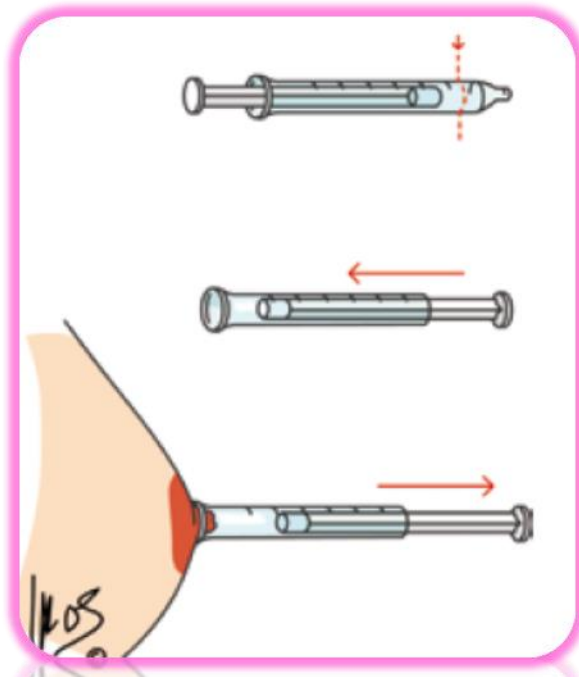
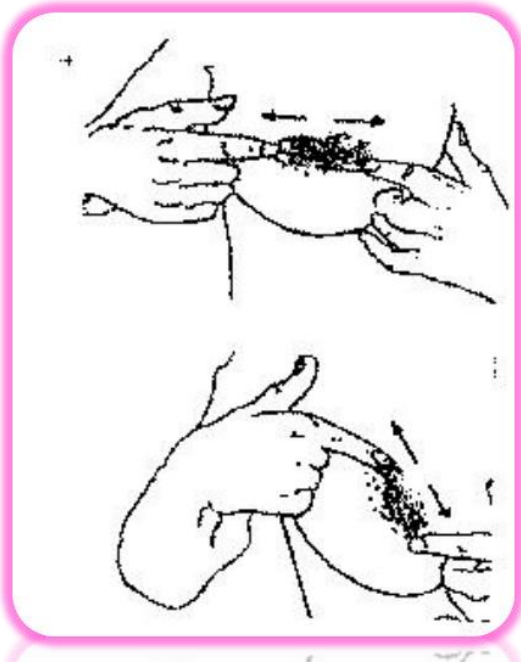


PREPARACIÓN DE LOS PEZONES

1. Si son normales

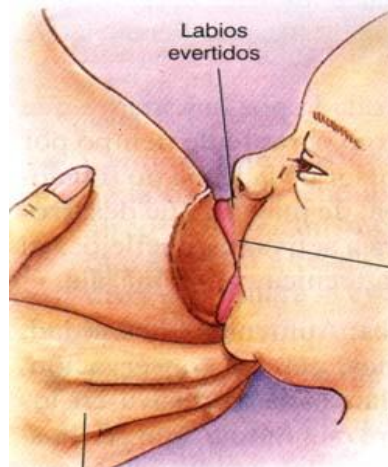
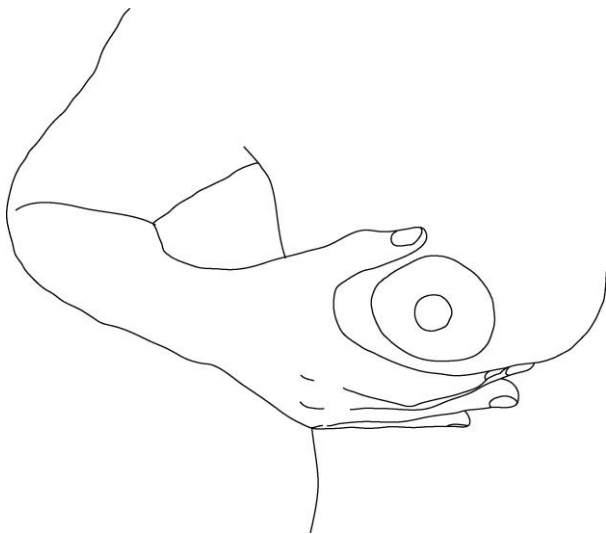


2. Si son planos o invertidos



TECNICA DE AMAMANTAMIENTO

La forma correcta de dar soporte al pecho



Posición de la mano en "C"



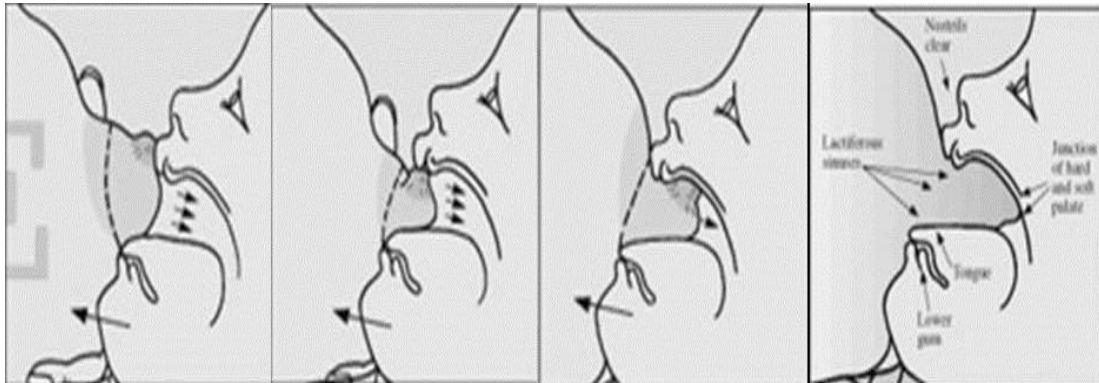
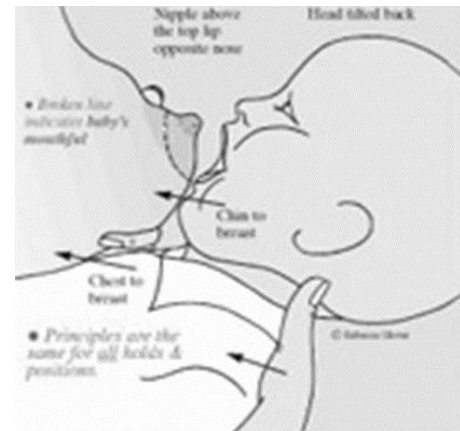
Técnica de amamantamiento

Afianzamiento

- Sentarse derecha con soporte en la espalda
- Sostener al bebé, sin cobija, por la espalda y hombros
- Permitir que la cabeza del bebé descansa sobre la muñeca/antebrazo de mamá, para que su barbilla quede hacia adelante
- Colocar al bebé debajo de los pechos
- Usar mano y brazo para acurrucar al bebé hacia la base de los pechos y asegurar que su abdomen esté en contacto con el cuerpo de mamá y completamente volteado hacia ella



- Acomodar al bebé para que el pezón esté en dirección a la punta de su nariz
- Cosquillar el labio inferior y el mentón del bebé con el pecho y areola
- Esperar a que el bebé abra bien la boca y la lengua quede abajo
- Rápidamente acercar al bebé al pecho, empujando suavemente la espalda y hombros, nunca la parte de atrás de su cabeza
- Observa cómo el bebé, con su labio inferior, que se enrolla hacia fuera, toma 3 a 4 cm de pecho debajo de la areola. Su mentón se hunde en el pecho y el pezón se dobla bajo su labio superior y entra profundamente en su boca



- De esta manera la lengua del bebé puede remover eficientemente la leche sin lesionar los pezones maternos



ANEXO 36.
POSICIONES PARA AMAMANTAR



ACUNADA: La madre en posición sentada debe mantener la espalda recta y los pies sobre el piso, puede utilizar una herradura para soporte del bebé, el antebrazo

izquierdo sostiene el cuerpo del bebé, quedando panza con panza, y con la otra mano realiza el soporte correcto del seno.



CRUZADA: La madre en posición sentada debe mantener la espalda recta y los pies sobre el piso, puede utilizar una herradura para soporte del bebé, es similar a la posición acunada, cambiar hacia el otro lado, el antebrazo derecho sostiene el cuerpo del bebé y la mano la cabeza, quedando panza con panza, y con la otra mano realiza el soporte correcto del seno.



DE FUTBOL AMERICANO O DE SANDIA: La madre en posición sentada debe mantener la espalda recta y los pies sobre el piso, puede utilizar una herradura o almohada para soporte del bebé, coloca al bebé como si estuviera sosteniendo una pelota de futbol americano con el antebrazo izquierdo sostiene el cuerpo y con la mano la cabeza, con la otra mano derecha realiza el soporte correcto del seno.



POSICIÓN DE FUTBOL: La madre en posición sentada debe mantener la espalda recta y los pies sobre el piso, puede utilizar una herradura o almohada para soporte del bebé, coloca al bebé como si estuviera sosteniendo una pelota de futbol con el antebrazo derecho sostiene el cuerpo del bebé y con la mano la cabeza, con la otra mano izquierda realiza el soporte correcto del seno.



BEBÉ ACOSTADO: La madre acostada hacia su lado derecho o izquierdo, la cabeza y el tronco deben estar bien alineados, el brazo inferior debe estar extendido, el brazo superior debe estar flexionado para realizar el soporte correcto del seno, la pierna inferior de la madre debe estar ligeramente flexionada o puede estar extendida, el bebé debe ser colocado en decúbito lateral derecho o izquierdo.



ANEXO 37.

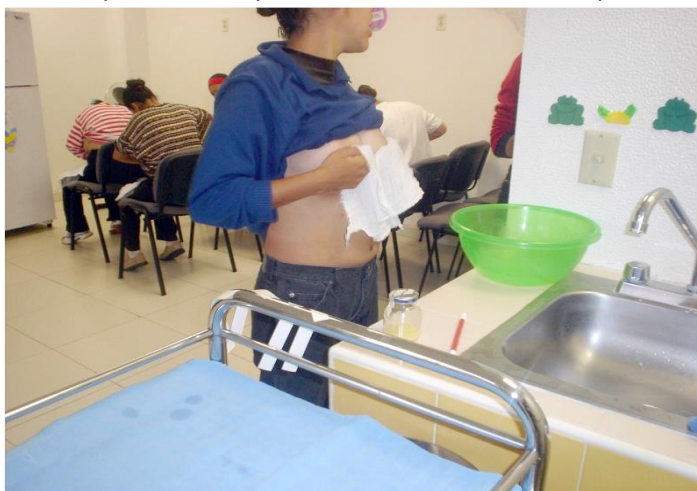
EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA

Preparación para extracción de leche

1. Preparación: Se realiza lavado de manos con agua limpia y jabón, se secan las manos con una toalla o trapo limpio expresamente dedicado para este fin. (Se requiere un recipiente de plástico con tapa, de preferencia hervido).



2. Si es necesario aplicar compresas tibias en ambos pechos (unos 3 a 5 min)

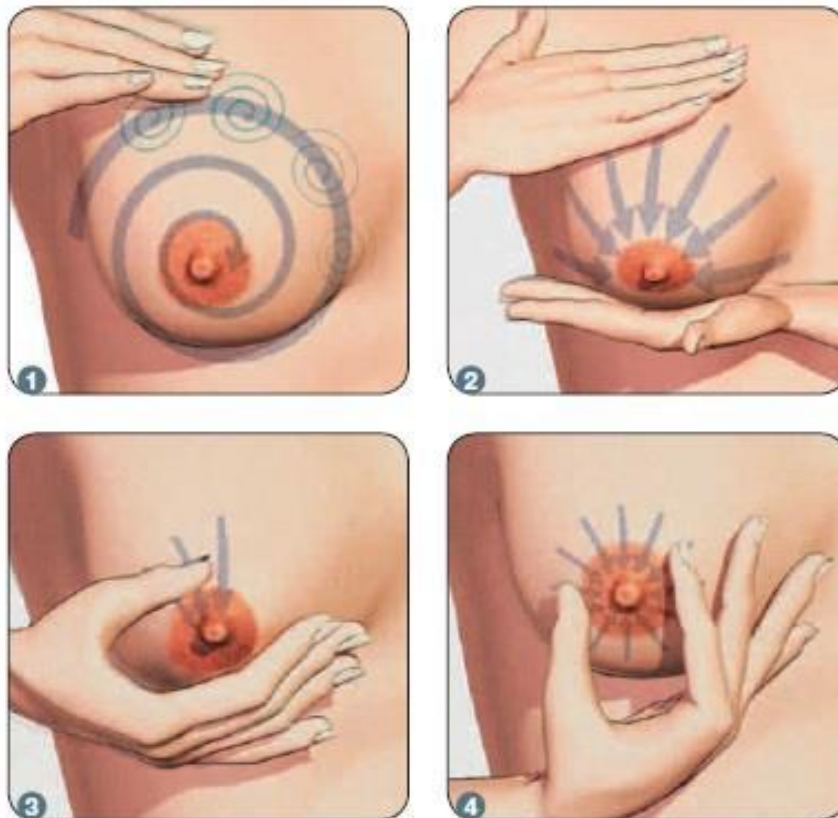


Estimulación para la extracción de leche

3. Estimulación:

Se dan masaje a las células productores de leche y los conductos de la siguiente técnica:

- Comenzar el masaje en la parte superior del seno
- Oprimir firmemente hacia la caja torácica, se hace un movimiento circular con los dedos en un mismo punto
- Después de unos cuantos segundos se estimula otra parte del seno
- Se continúa en espiral alrededor del seno, con masaje hasta la areola. Es un movimiento similar al del autoexamen mamario
- Después acariciar suavemente “peinando” hacia la areola



- Flexionar el cuerpo hacia delante dejando colgar los senos hacia el frente y acariciarlos de la base hacia el pezón.



5. Por último, se debe estimular el pezón tratando de que quede erecto



Extracción manual

1. Colocar el pulgar y los dedos índice y medio aproximadamente 3 o 4 centímetros detrás del pezón



2. Colocar el pulgar encima y los dedos debajo del pezón, formando una letra "c" con la mano y presionar suavemente



3. Después de colocar la mano en el sitio correcto, se debe empujar el pecho hacia atrás



Conservación de la leche

Leche fresca	Temperatura	Tiempo
Medio ambiente	19-26°C	4 horas (ideal) 6 horas (aceptable) Algunos hasta 8 hrs.
Refrigerador	<4°C	72 horas (ideal) Hasta 8 días (aceptable)
Congelador	-18° a 20 ° C	2 semanas congelador dentro refrigerador 3-6 meses congelador puerta independiente 6-12 meses congelación profunda (-20 °C o menos)



Almacenamiento de la leche

Tipo de leche	Temp. ambiente	Refrigerador	Congelador
Leche congelada y descongelada en el refrigerador; pero no calentada	4 horas o menos (hasta siguiente toma)	24 horas	La leche que se descongela no se vuelve a congelar.
Leche descongelada, en agua caliente	Hasta finalizar la toma	4 horas o hasta la toma siguiente	La leche que se descongela no se vuelve a congelar.
Leche restante de una toma	Solo hasta finalizar la toma hora		Eliminar

ANEXO 38

CONSEJERÍA PARA MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Planificación Familiar: Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas

Anticoncepción pos evento Obstétrico: Es la estrategia que permite a la mujer en un estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva mediante un método anticonceptivo temporal o permanente. Su propósito es aumentar el periodo inter genésico por lo menos 24 meses enfatizando sobre un riesgo reproductivo

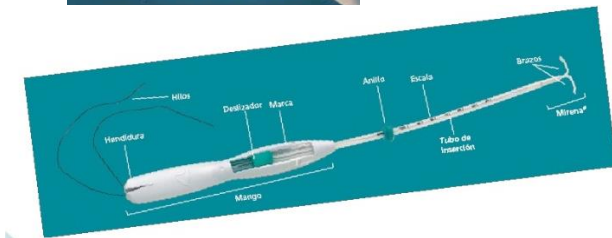
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Implante sub dérmico	<p>Es para mujeres que desean un embarazo a largo plazo</p> <p>Es un método reversible por lo que la mujer puede recuperar rápidamente su fertilidad</p> <p>No requiere de la memoria para ser efectivo</p> <p>No hay efectos secundarios en hijos de madres que lactan</p> <p>Los efectos secundarios graves son raros, no está relacionado con enfermedades crónicas</p>	<p>Sangrado irregular que se presenta en el 70% de las mujeres (amenorrea, sangrado irregular, sangrado prolongado)</p> <p>Incremento de peso entre el 0.4 - 1.5 kg en un año</p> <p>Efectividad disminuida en pacientes obesas</p> <p>No protegen contra enfermedades de transmisión sexual</p>
DIU Medicado (Mirena)	<p>Puede quedar embarazada en cuanto se extraiga el Mirena</p> <p>Puede causar que el sangrado menstrual sea menor o ausente</p> <p>Proporciona una baja probabilidad de quedar embarazada (menos de 1 en 100)</p> <p>Es muy discreto y fácil de usar</p> <p>Puede ser un tratamiento</p>	<p>Dolor, sangrado o mareos durante y después de la colocación</p> <p>Expulsión, Mirena puede salirse por sí solo</p> <p>Aproximadamente 12 de cada 100 mujeres que utilizan Mirena desarrollan quistes en el ovario que suelen desaparecer</p> <p>Al igual que</p>



	<p>para las menstruaciones abundantes</p> <p>Protege por 5 años y es un método reversible para recuperar la fertilidad</p>	<p>cualquier otro dispositivo puede adherirse o perforar el útero</p>
<p>Hormonales inyectables con progestina</p>	<p>Protección anticonceptiva mayor al 99%</p> <p>Se pueden obtener en unidades de atención médica, y en programas de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias es económico</p> <p>Se puede administrar en el posparto aun cuando la mujer esté lactando</p> <p>No menstruar puede tener sus ventajas</p>	<p>Algunas mujeres pueden presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irregularidades menstruales • Amenorrea • Cefalea • Mastalgia • Aumento de peso
<p>Oclusión tubaria bilateral y/o vasectomía</p>	<p>Brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.</p> <p>No afecta en nada la menstruación</p> <p>Dolor moderado (mujer) o leve (hombre) por pocos días</p> <p>No hay cambios hormonales ni sexuales</p> <p>Permite a las mujeres y hombres decidir no tener más hijos</p> <p>No cambia el funcionamiento del cuerpo</p> <p>OTB: es una cirugía de corta estancia en el puerperio de bajo riesgo, en el posaborto y en el intervalo</p> <p>Vasectomía: el procedimiento puede manejarse como cirugía ambulatoria en unidades de primer nivel de atención</p> <p>Puede reiniciarse la actividad laboral a los dos</p>	<p>No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.</p> <p>Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección)</p> <p>Es un método permanente de anticoncepción</p>

	días pos cirugía, sin realizar esfuerzo físico pesado durante los primeros siete días	
--	---	--

DIU MIRENA

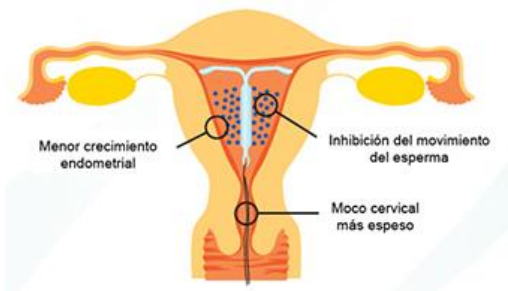


PROCEDIMIENTO PARA COLOCACIÓN DE DIU MIRENA:

- Pedir a la mujer que orine
- Ya estériles los instrumentos que van a necesitar para colocar el DIU, colocarlos sobre un campo o un papel estéril
- Pedir a la mujer que se acueste boca arriba, con las rodillas dobladas y abiertas. Ayudarla a relajarse. Tal vez sirva que respirar profundamente con ella varias veces, que le hable bajito o que le ponga una mano en el hombro para tranquilizarla
- Palpar el útero de la mujer (revisar la posición y el tamaño, asegurarse de que la mujer no está embarazada, y que no esté agrandado ni adolorido el útero)
- Colocar un espéculo estéril en la vagina con cuidado
- Limpiar el cuello del útero con antiséptico. Se puede usar un hisopo largo o unas pinzas de anillo y gasa estéril remojada en una solución antiséptica
- Pinzar el labio superior del cérvix con una pinza Pozzi y cerrar lentamente. Jalar el cuello del útero suavemente para enderezarlo
- El útero tiene que estar derecho mientras se introduce la sonda y el DIU. Si eso le causa dolor a la mujer, detenerse. Tomar un descanso y pedir avisar cuando esté lista para que continúe
- Para medir el útero, introducir una sonda uterina (histerómetro) esterilizada a través de la abertura del cuello del útero
- Ya dentro sostener la sonda únicamente del asa y meterla con cuidado en el cuello y solo este tiene que tocar o dejaría de estar estéril. Introducir la sonda suave y firmemente. Si cuesta trabajo empujar la sonda a través del cuello del útero, dar vueltas y empujar. No empujar con demasiada fuerza porque se podría perforar el útero. Una vez que la sonda haya atravesado el cuello, empujar con cuidado hasta que toque el fondo del útero. La sonda

tiene pequeñas marcas, cada una a 1 cm de distancia de la siguiente. Al jalar la sonda para afuera, se verá que está mojada hasta una de las marcas. Eso indica el tamaño del útero.

- Una vez terminada la inserción, se retira la pinza de Pozzi, se verifica que no exista hemorragia en los sitios de prensión, cortar los hilos para que queden colgando a más o menos 2 centímetros del cuello de la matriz. Retirar el tenáculo y el espéculo suavemente.



Procedimiento para Inserción pos placenta:

Existen dos técnicas para la inserción del DIU: con pinza y manual, pero solo es recomendable con pinza al no estar la paciente con anestesia.

Técnica con pinza

- Esta técnica se realiza con dos pinzas de anillos (Forester), una recta y una curva, y dos valvas vaginales:
- Se toma el DIU con la pinza de Forester curva, procurando que el tallo vertical de la "T" forme un ángulo de 45 grados con el tallo de la pinza, con el fin de alejar los hilos guía; la pinza se deja a la mano en la mesa de instrumentos.
- Se expone el cérvix con las valvas vaginales y con la pinza Forester recta (no debe usarse pinza de Pozzi), se toma el labio anterior que se tracciona ligeramente para corregir la posición del útero.
- Con la otra mano se introduce la pinza que sostiene el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.
- Se suelta la pinza que sostiene el labio anterior del cérvix y con la mano libre se palpa la parte más alta del útero.
- Empujando ligeramente la pinza con el DIU, se confirma que éste esté en el fondo de la cavidad uterina; se abre la pinza liberando el DIU y se la retira cuidando de no jalar los hilos y se cortan éstos a 2 cm por fuera del orificio externo del cérvix, cuando el DIU tiene hilos de 30 cm de longitud. Cuando el DIU tiene hilos de 12 a 15 cm de longitud, éstos no deben ser visibles al través del cérvix si la aplicación es correcta; luego se retira la pinza del cérvix y las valvas vaginales

Contraindicaciones para colocación de DIU Medicado:

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Útero con histerometría menor a 6 cm
- Patología que deforme la cavidad uterina
- Carcinoma del cérvix o del cuerpo uterino
- Enfermedad inflamatoria pélvica activa
- Presencia de corioamnionitis

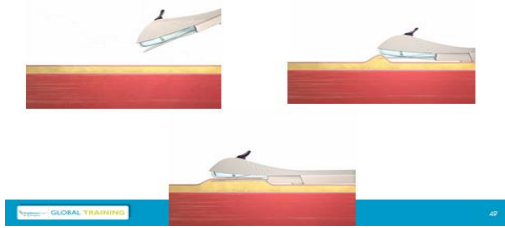
IMPLANTE NXT



PROCEDIMIENTO PARA INSERTAR EL IMPLANTE NXT:

- La inserción de deberá ser realizada en condiciones asépticas y sólo por un médico capacitado con el procedimiento
- La inserción se realiza con un aplicador diseñado especialmente. El uso de este aplicador difiere sustancialmente al de una jeringa clásica
- La paciente se recuesta boca arriba con el brazo no dominante (el que no usa para escribir) girado hacia afuera y flexionado a la altura del codo
- El procedimiento utilizado para la inserción es el opuesto al de aplicar una inyección. Cuando se inserta, el obturador debe permanecer fijo mientras la cánula se retrae del brazo. En las inyecciones normales, se empuja el émbolo y el cuerpo de la jeringa permanece fijo
- Deberá ser insertado en la cara interior de la parte superior del brazo (brazo no dominante) alrededor de 6-8 cm por encima del pliegue del codo, en el surco que se encuentra entre el bíceps y el tríceps
- Marcar el sitio de inserción
- Desinfectar el área de inserción
- Anestésiar con un anestésico en aerosol o con 2 ml de lidocaína (1%), la aplicación se hace justo debajo de la piel a lo largo del “canal de inserción”
- En este caso hay que mantener el aplicador en la misma posición y la aguja insertada en toda su longitud
- Desbloquee la lengüeta deslizante color púrpura empujándola ligeramente hacia abajo
- Deslice la lengüeta completamente hacia atrás hasta que se detenga, dejando de esta manera el implante en su posición sub dérmica
- Si la lengüeta no se desliza completamente hacia atrás, la aguja no se retraerá del todo y el implante no estará insertado correctamente. Ahora puede retirar el aplicador
- Obsérvese que el implante puede salirse de la aguja antes de la inserción. Por lo tanto, mantener siempre el aplicador en posición vertical (es decir, con la aguja hacia arriba) hasta el momento de la inserción. Esto es para evitar que el implante se salga
- En el caso de contaminación, se debe utilizar un envase nuevo con un aplicador estéril nuevo

Inserción del implante paso a paso



Contraindicaciones para colocación de implante sub dérmico:

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes



IX.- GLOSARIO:

Ablactación: Incorporación de alimentos diferentes a la leche. (NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño).

Actividades de enseñanza: Acciones que realiza el capacitador para facilitar las experiencias de aprendizaje, éstas pueden ser métodos, técnicas didácticas o actividades acordes a las experiencias de aprendizaje planteadas, exposición, demostración, mesa redonda, supervisión de prácticas. (Guía técnica para la ejecución de eventos de capacitación para el personal del Isem)

Autoclave: Esterilizadores que utiliza vapor saturado a presión.

Atención Médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar la salud. (NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico).

Alumbramiento: Tercer periodo del trabajo de parto que consiste en la expulsión de la placenta y las membranas.

Alojamiento conjunto: Ubicación y convivencia del recién nacido y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto precoz y permanente y la práctica de la lactancia materna exclusiva

Autocuidado: Es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar

Atención de la Emergencia Obstétrica: Prestación que debe brindar el personal médico de la unidad de salud, garantizando la resolución inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continúa las 24 horas, todos los días del año.

Borramiento: Acortamiento del cérvix durante el trabajo de parto.

Bradycardia: Disminución de la frecuencia cardiaca por debajo del límite establecido: en feto la basal menor a 120 latidos por minuto y que es constante se asocia a baja reserva fetal, compromiso funicular, desprendimiento placentario, ruptura uterina, etc.).

Caso.- Individuo de una población en particular, que en un tiempo definido, es sujeto de una enfermedad o evento bajo estudio o investigación.

Ceye: Conjunto de espacios arquitectónicos con características de asepsia especiales, con áreas y equipos específicos donde se lavan, preparan, esterilizan, guardan momentáneamente y distribuyen, equipo, materiales, ropa quirúrgico e instrumental utilizados en los procedimientos médicos quirúrgicos, tanto en la sala de operaciones como en diversos servicios del hospital. (NOM-197-SSA12000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada).

Cartilla Nacional de Salud: Documento oficial gratuito, donde se lleva el control de los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades para una mejor salud. (Guía técnica para la Cartilla Nacional de Salud) válido en todas las instituciones de salud.



Código mater: sistema de atención de respuesta rápida, concebida como una estrategia hospitalaria para la atención multidisciplinaria de la urgencia obstétrica (hipertensión arterial, sangrado y sépsis).

Contrareferencia: Es la acción y efecto de remitir a un paciente, de una unidad de mayor complejidad a una de menor resolución, independientemente de que fuera o no referido por esta última.

Consulta de primera vez: Atención otorgada a una persona, por personal de salud, cuando acude a la primera consulta por una enfermedad o motivo determinado en la unidad (NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud).

Control prenatal: Conjunto de acciones y procedimientos destinados a la identificación de factores de riesgo.

Cordón Umbilical: En mamíferos placentarios, es un cordón que une un embrión en vías de desarrollo o feto a su placenta. Contiene arterias principales y venas (las arterias umbilicales y vena umbilical) para el intercambio de sustancias nutritivas y sangre rica en oxígeno, entre el embrión y la placenta. Cuando el feto nace, el cordón umbilical se corta y después de un proceso de momificación quedará la cicatriz umbilical.

Crecimiento: Al proceso fisiológico por el cual se incrementa la masa celular de un ser vivo, mediante el aumento en el número de células (hiperplasia), en el volumen de las células (hipertrofia) y en la sustancia intercelular. (NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño)

Defecto al nacimiento: Cualquier anormalidad del desarrollo anatomofuncional, del crecimiento/maduración y metabólico, presente al nacimiento, notoria o latente que sean capaces o no, de ocasionar la muerte o la discapacidad para crecer y desarrollarse en las mejores condiciones, en alguna etapa del ciclo vital. (NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento).

Descontaminación: Es el proceso de remoción de los microorganismos productores de enfermedad, permitiendo que los objetos sean seguros de manipular.

Desinfección: A la destrucción o eliminación de todos los microorganismos vegetativos, pero no las formas esporuladas de bacterias y hongo de cualquier objeto inanimado. (NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales).

Desinfección de alto nivel: A los procesos de eliminación dirigidos a la destrucción de todos los microorganismos, incluyendo formas vegetativas, virus y esporas sicóticas, en cualquier objeto inanimado utilizado (NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales).

Desarrollo: Diferenciación progresiva de órganos y sistemas. Se refiere a funciones, adaptaciones, habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización.

Desarrollo Psicomotor: Es la progresiva adquisición de habilidades, conocimiento y experiencias en el niño, siendo la manifestación externa de la maduración del SNC, y que no solo se produce por el mero hecho de crecer sino bajo la influencia del entorno en este proceso; constituye un aspecto evolutivo del ser humano.



Desnutrición: Estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos, o por una alteración en su utilización por las células del organismo. Se acompaña de varias manifestaciones clínicas y reviste diversos grados de intensidad (leve, moderada y grave). Además se clasifica en aguda y crónica

Dilatación: Apertura del orificio cervical interno conforme avanza el trabajo de parto.

Dinámica uterina: Se refiere al inicio y conducta de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto, y en las cuales se debe valorar frecuencia en 10 minutos, intensidad, duración, tono.

Diarrea: Enfermedad intestinal, generalmente infecciosa y auto limitada, caracterizada por evacuaciones líquidas y frecuentes, en número de tres o más en 24.

Edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos. (NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido).

Embarazo: la definición de la OMS refiere: Periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

Emergencia Obstétrica: Complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, el parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

Entrega Recepción: Es la acción de entregar y recibir los recursos materiales que el personal de enfermería maneja y controla, (Manual de procedimientos de enfermería en unidades de salud del primer nivel de atención del ISEM).

Entuertos: Contracciones dolorosas que se presentan en los primeros días del puerperio.

Educación para la salud: Proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamiento para cuidar la salud individual y familiar.

Esquema básico de vacunación: Esquema de vacunación orientado a la prevención de diez enfermedades: poliomielitis con tres dosis de la vacuna VOP tipo Sabin; formas graves de tuberculosis con una dosis de BCG; tétanos, difteria, tos ferina, infecciones graves por *Haemophilus influenzae* y Hepatitis B con tres dosis de la vacuna Pentavalente (DPT+HB+Hib), y sarampión, rubéola y parotiditis con dos dosis de triple viral (SRP).

Egreso Hospitalario: Evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos entre diferentes servicios dentro del mismo hospital.



Estimulación Temprana: Conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño sano las experiencias que este necesita para desarrollar al máximo sus potencialidades de desarrollo (Lineamiento técnico de la estimulación temprana SSA 2002)

Esquema completo de vacunación: Número ideal de vacunas, dosis y refuerzos que debe recibir la población sujeta al Programa, de acuerdo con su edad (NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño).

Esterilización: A la destrucción o eliminación de cualquier forma de vida; se puede lograr a través de procesos químicos o físicos. La esterilización se puede lograr mediante calor, gases (óxido de etileno, ozono, dióxido de calor, gas plasma de peróxido de hidrogeno o la fase de vapor del peróxido de hidrogeno químico, glutaraldehído y ácido paracético, irradiación ultravioleta, ionizante, microondas y filtración. (NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales).

Extracción manual de leche: Extracción del exceso de leche de la madre de acuerdo a normas establecidas.

Factor de riesgo: Elemento que contribuye a producir daño o enfermedad. (NOM-048-SSA1-1993, Que establece el método normalizado para la evaluación de riesgos a la salud como consecuencia de agentes ambientales)

Habitación Conjunta: Ubicación y convivencia del recién nacido y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto precoz y permanente y la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Higiene de manos.- Técnica de lavado de manos realizada con agua y jabón durante 40 a 60 segundos o con soluciones antisépticas durante 20 a 30 segundos realizando el frotado de toda la superficie de las manos de acuerdo a la técnica de la OMS.

Hipertónia: Cuando el tono uterino base (útero en reposo), es mayor a los 12mmHg.

Infección aguda de las vías respiratorias: Enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días (NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño).

Involucion Uterina: Proceso del útero por el que vuelve a su tamaño original previo al embarazo tras el parto, facilitado por la lactancia y la secreción de oxitocina.

Involución Uterina: Proceso del útero por el que vuelve a su tamaño original previo al embarazo tras el parto, facilitado por la lactancia y la secreción de oxitocina

Infección Nosocomial.- A la multiplicación de un patógeno en el paciente o en el trabajador de la salud que puede o no dar sintomatología, y que fue adquirido dentro del hospital o unidad médica.

Lactante: Al niño menor a dos años de edad. (NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño).

Lactancia materna: Alimentación proporcionada al recién nacido, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos.



Loquios, Es la secreción vaginal normal durante el puerperio que contiene sangre y moco, el flujo de loquios continua por 4 a 6 semanas huele similar al olor del flujo menstrual. Un olor fétido de los loquios puede indicar una posible infección. (Endometriosis).

Labor (sala de trabajo de parto): Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final de la gestación, que tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural (o canal del parto en la mujer).

Lactancia materna exclusiva: La alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones. (NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido).

Lactancia materna mixta: La alimentación proporcionada al niño a base de leche procedente de la madre, más otro tipo de leche o alimento proteico lácteo (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido)

Leche materna o leche humana: Secreción producida por las glándulas mamarias después del calostro y cuya función es alimentar al lactante; contiene todos los nutrimentos que el niño o niña requiere para su crecimiento y desarrollo en los primeros meses de la vida, y le proporciona los anticuerpos o sustancias que lo protegen de las infecciones.

Limpieza: Procedimiento físico-químico encaminado a arrastrar cualquier material ajeno del objeto que se pretende limpiar.

Línea De Vida: Se refiere a las diferentes etapas que recorre un individuo desde que nace hasta que muere.

Longitud; estatura; talla: Medidas del eje mayor del cuerpo. La longitud se refiere a la talla obtenida con el paciente en decúbito; en tanto que la estatura se refiere a la talla con el paciente de pie. Para los fines de esta Norma, se utilizará talla como sinónimo de longitud y estatura.

Loquios: Es la secreción vaginal normal durante el puerperio que contiene sangre y moco, el flujo de loquios continua por 4 a 6 semanas huele similar al olor del flujo menstrual. Un olor fétido de los loquios puede indicar una posible infección. (Endometriosis).

Mecanismo de Trabajo de Parto: Serie de movimientos que realiza el producto para descender por el canal de parto hasta su expulsión siguiendo la curva de Carus.

Métodos De Planificación Familiar: Son aquellos que nos sirven evitar un embarazo, algunos también ofrecen protección contra enfermedades de transmisión sexual.

Mobiliario: A la dotación de bienes de uso duradero, indispensables para la prestación de los servicios de atención médica. (NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de usuarios ambulatorios).



Meconio: Primeras evacuaciones del producto, es espeso y verde.

Métodos Anticonceptivos: Se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes.

Micción Espontanea: La micción es un complejo proceso por el que la vejiga urinaria se vacía de orina cuando está llena. La vejiga (que en estado vacío se encuentra comprimida por los demás órganos) se llena poco a poco hasta que la tensión de sus paredes se eleva por encima de un valor umbral y entonces se desencadena un reflejo neurógeno llamado reflejo miccional que provoca la micción, y si no se consigue, al menos produce el deseo consiente de orinar.

Orientación consejería: Proceso de análisis y comunicación personal entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos mediante el cual se brindan a los elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias y consientes e informadas.

Oxitocina: Hormona generada de forma natural en el núcleo supraóptico y el núcleo paraventricular del hipotálamo en la base del cerebro y regula varios procesos fisiológicos como las emociones, Esta hormona es secretada por las células que componen a la neurohipófisis. Contrae el útero durante el trabajo de parto, con lo que ayuda a la expulsión del recién nacido y sus anexos, También contrae las células mioepiteliales de las glándulas mamarias, lo que favorece la expulsión de la leche cuando el lactante mama.

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento. (NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.)

Parto vertical: Atención del parto de la mujer embarazada colocada en posición vertical: de pie, sentada, semidecúbito, o en cuclillas.

Partograma: Es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes que se incluyen pueden incluir estadísticas como la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre. La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido.

Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención: Estrategia de salud de las acciones de prevención y promoción de la salud para la atención integral de toda persona que acuda a las unidades médicas de la institución, independientemente del motivo de la atención y de acuerdo al grupo de edad y sexo.



Preparación para el parto: Garantizar el acceso para su atención (plan de parto), oportunidad para informar a la mujer y a su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio; preparar a los padres para enfrentar mejor su nuevo rol; entrenar en Psicoprofilaxis (técnicas de relajación y respiración); aumentar la percepción de autocontrol de la mujer entre otros. (Sistema informático perinatal, Historia clínica perinatal, Instrucciones de llenado y definición de términos OMS-OPS).

Polisistolia: Contracciones de más de 90 segundos de duración

PUERPERIO INMEDIATO: Periodo que comprende las primeras 24 horas.

Puerperio normal: Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días (NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido).

Planificación Familiar: Es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

Prevención de infecciones nosocomiales: A la aplicación de medidas para evitar o disminuir el riesgo de adquirir y/o diseminar las infecciones nosocomiales (NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales).

Precaución Específica.- Son toda aquella medida de protección que debe ser llevada a cabo al atender un paciente potencialmente infeccioso para evitar la transmisión se infecciones.

Precaución Estándar.- Son toda aquella medida de protección que debe ser llevada a cabo al atender un paciente potencialmente infeccioso para evitar la transmisión se infecciones. Incluyen higiene de manos, uso de bata, cubrebocas, guantes y googles, lentes o cubrebocas protectora y serán aplicadas de acuerdo a las actividades realizadas en la atención médica.

Prevención Infección Nosocomiales.- A la aplicación de medidas para evitar o disminuir el riesgo de adquirir y/o diseminar las infecciones nosocomiales.

Promoción de la salud: Proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud (NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de defectos al nacimiento).

Prueba de evaluación del desarrollo infantil (EDI) es una herramienta de tamizaje diseñada para la detección temprana de problemas del neuro-desarrollo en menores de 5 años.



Prueba de tamiz neonatal: Se práctica a todos los recién nacidos a fin de detectar padecimientos como hipotiroidismo congénito. (Manual del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud).

Psicoprofilaxis perinatal: Preparación física y psicológica de la pareja, para lograr el nacimiento de la forma más natural y más segura a través de un parto consciente y activo y como consecuencia sin sufrimiento. Orts (1983), Preparación de sus compañeros (Stoppard, 2004), Actividades preparatorias para las mujeres, como ejercicios obstétricos, relajación y manejo de la respiración; y para los hombres, dinámicas como el manejo de su "embarazo" y la elaboración de juguetes u obsequios para cuando nazca el bebé (Sapién, 2006).

Recién nacido: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad. (NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido).

Referencia: Es la acción y efecto de enviar a un paciente de una unidad de menor resolución (unidad referente), a otra unidad de mayor resolución o complejidad (unidad receptora), para dar respuesta a sus necesidades de salud.

Riesgo: Es la probabilidad de padecer un daño.

Signos Vitales: Son aquellos parámetros que nos indican el estado físico de primer contacto con el usuario.

Somatometría: La medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano (NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño).

Sucedáneo de la leche materna: Todo alimento comercializado presentado como sustituto parcial o total de la leche materna (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido)

Tamiz neonatal: Los exámenes de laboratorio practicados al recién nacido para detectar padecimientos de tipo congénito o metabólico. (NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de defectos al nacimiento).

Taquicardia: Aumento de la frecuencia cardíaca por encima del rango establecido: en feto la basal mayor a 160 latidos por minuto sin estímulo (movimiento fetal, contracción) y que es constante.

Taquisistolia: Aumento en la frecuencia de las contracciones uterinas en 10 minutos.

Tiro o tiraje: Hundimiento del hueco supraesternal, de los espacios intercostales y del hueco epigástrico, durante la inspiración, como consecuencia de la obstrucción de las vías respiratorias, que, en su expresión de mayor gravedad, se manifiesta como disociación torácico.



Triage: Es el método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes, basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de sobrevivir de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles, trata de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención. Prioriza el compromiso vital y las posibles complicaciones. (Manual de procedimientos de enfermería en unidades de salud de primer nivel de atención del ISEM, Marzo, 2012)

Trabajo de parto activo: Es una secuencia coordinada y eficaz que da como resultado el borramiento y dilatación completa.

Unidad Médica: Al establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población. (NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).

Urgencia: problema de salud que pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata.

Usuario: A toda aquella persona, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica. (NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico).



X.- VALIDACIÓN

Mtro. César Nomar Gómez Monge

**Secretario de Salud
(Rúbrica)**

Dra. Elizabeth Dávila Chávez

**Directora General del ISEM
(Rúbrica)**

Dr. José Pedro Montoya Moreno

**Coordinador de Salud
(Rúbrica)**

Mtro. Leopoldo Morales Palomares

**Coordinador de Administración y
Finanzas
(Rúbrica)**

Mtra. Beatriz García López

**Responsable Estatal de Enfermería
(Rúbrica)**

Lic. Claudia Terán Cordero

**Jefa de la Unidad de Modernización
Administrativa
(Rúbrica)**



XI.- CRÉDITOS

© **Guía Técnica de Procedimientos de la UNEME Maternidad del Instituto de Salud del Estado de México.**

Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

Responsable de su elaboración:

Mtra. Beatriz García López

Colaboradores:

Mtra. Virginia Campos Muñoz

EEP. Sonia Trinidad Zeferino

Mtra. Isabel Ruiz Albarrán

Participantes:

OEEP. Cynthia Patricia Téllez Ayala
EEP. Andrea Medina Hernández
LEO. Gabriela González Loa
Mtra. Yolanda Aguilar Ventura
EEP. Nancy Francelia Aguilar Badillo
Mtra. Adriana Fernández Morales
EEP. Fernando Mejía Monroy
EEP. Martha Elba Barrueta Ramírez
EEP. Guadalupe Linares Ocampo
EEP. Paula Guevara Lara
EEP. Eva Ponce Carbajal
EEP. Araceli Alvarez Diaz

Responsable de su integración:

- *Lic. Claudia Terán Cordero.- Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa.*
- *Ing. Q. Jessica Jazmín González González.- Jefa del Departamento de Desarrollo Institucional.*
- *Lic. Sergio Arturo Enguilo Yaxi.-. Analista del Departamento de Desarrollo Institucional.*
- *L.I.A. Mirna Elizabeth Ruiz Zea.- Responsable de Diseño de Formatos.*

Toluca, México
Octubre, 2015.