

**NTS N°105 - MINSA/DGSP.V.01**  
**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE**  
**SALUD MATERNA**

**I. FINALIDAD**

Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal brindando una atención integral de salud a la mujer durante el periodo preconcepcional y concepcional (prenatal, natal y postnatal)

**II. OBJETIVOS**

**2.1 OBJETIVO GENERAL**

Lograr un manejo estandarizado, eficiente y de calidad en la atención integral de la salud materna y perinatal, en el marco de los derechos humanos, con enfoque de género e interculturalidad.

**2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer las normas y los procedimientos técnico-administrativos, basados en evidencia científica, que permitan brindar una atención integral de calidad durante la preparación para el embarazo, la atención prenatal reenfocada, la atención institucional y calificada del parto y la atención del puerperio.
- Fortalecer los procesos de gestión asegurando la disponibilidad de recursos que permitan el acceso oportuno y el manejo adecuado en la atención integral de salud materna y perinatal.
- Contribuir al fortalecimiento de la organización y funciones de los establecimientos de salud que brindan atención de salud materna y perinatal

**III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Lo establecido en la presente Norma Técnica de Salud es de aplicación en todos los establecimientos del Sector Salud (del Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales y Locales, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú y Privados) a nivel nacional.

**IV. BASE LEGAL**

Ley N° 26842, Ley General de Salud.

Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencia y partos.

Ley N° 28124, Ley de Promoción de la Estimulación Prenatal y Temprana.

Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.

Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios Públicos.

Decreto Legislativo N° 1161, Aprueba la ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.



**Decreto Supremo N° 004-2007-SA**, establecen el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciben financiamiento del SIS.

**Decreto Supremo N° 016-2009-SA**, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que contiene el Plan de Beneficios con el Listado de Condiciones Asegurables, Intervenciones y Prestaciones a financiar y las Garantías Explícitas.

**Resolución Ministerial N° 008-2000-SA/DM**, que aprueba la "Historia Clínica Materno Perinatal y su Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios Materno Perinatales SIP 2000".

**Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA**, aprueba las "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva"

**Resolución Ministerial 751-2004/MINSA**, que aprobó la NTS N° 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".

**Resolución Ministerial N° 179-2005/MINSA**, que aprueba la NT N° 026.MINSA/OGE-V.01: "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias".

**Resolución Ministerial N° 486-2005/MINSA**, que aprueba la NT N° 030-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología".

**Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA**, aprueba la Norma Técnica de Salud N° 032-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Planificación Familiar"

**Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA**, aprueba la NTS N° 033-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural".

**Resolución Ministerial N° 713-2005/MINSA**, aprueba la Modificación de la Conformación del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal a nivel Nacional y Regional.

**Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA**, aprueba el Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

**Resolución Ministerial N° 453-2006/MINSA**, aprueba el Reglamento de Funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.

**Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA**, aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGPS-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud".

**Resolución Ministerial N° 674-2006/MINSA**, aprueba el Documento Técnico "Casas de Espera Materna, Modelo para la Implementación".

**Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA**, aprueba la Guía Técnica: "Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos".

**Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA**, aprueba el Documento Técnico: "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales".

**Resolución Ministerial N° 660-2007/MINSA**, modifican el Reglamento del Funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.

**Resolución Ministerial N° 278-2008/MINSA**, que aprueba el Documento Técnico: "Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva"

**Resolución Ministerial N° 862-2008/MINSA**, que aprueba la NTS N° 074-MINSA/DGSP-V.01. "Norma Técnica de Salud que Establece el Conjunto de Intervenciones Articuladas para la Reducción de la Mortalidad Neonatal en el Primer Nivel de Atención en Salud, en la Familia y la Comunidad"



**Resolución Ministerial N° 164-2009/MINSA**, que aprueba la NTS N° 020-MINSA/DGSP V.01. "Directiva Sanitaria para la Implementación del Tamizaje de Prueba Rápida para VIH en Mujeres en Edad Fértil en los Servicios de Planificación Familiar".

**Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA**, que aprueba el Documento Técnico: "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015".

**Resolución Ministerial N° 223-2009/MINSA**, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales".

**Resolución Ministerial N° 724-2009/MINSA**, que aprueba la Guía Técnica: "Atención de la Paciente Gestante con Infección Respiratoria Aguda por Virus de Influenza en los Establecimientos de Salud".

**Resolución Ministerial N° 279-2009/MINSA**, que aprueba la NTS N°078-MINSA/DGE-V.01 "Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal".

**Resolución Ministerial N° 487-2010-MINSA**, que aprueba las Guías Técnicas para la Atención, Diagnóstico y Tratamiento de 10 condiciones obstétricas en el marco del Plan Esencial de Aseguramiento Universal (PEAS).

**Resolución Ministerial N° 634-2010/MINSA**, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 036-MINSA/DGE-V.01 "Directiva Sanitaria que establece la notificación e investigación para la Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna".

**Resolución Ministerial N° 361-2011/MINSA**, aprueba la "Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal"

**Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA**, que aprueba "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud".

**Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA**, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector salud".

**Resolución Ministerial N° 556-2012/MINSA**, aprueba la Directiva Administrativa "Metodología para la Mejora del Desempeño en base a Buenas Prácticas para la Atención de Salud en el Primer Nivel de Atención".

**Resolución Ministerial N° 599-2012-MINSA**, que aprueba el "Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud".

**Resolución Ministerial N° 853-2012-MINSA**, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02. Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud.

**Resolución Ministerial N° 946-2012/MINSA**, aprueba la NTS N° 064-2012-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión madre niño del VIH y la Sífilis Congénita.

**Resolución Ministerial N° 510-2013/MINSA**, que aprueba la NTS N° 080-MINSA/DGSP V.03. "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación".

## V. DISPOSICIONES GENERALES

### 5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

#### Alojamiento conjunto

Es la ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto precoz y permanente así como la lactancia materna exclusiva.



### **Atención de la gestante**

Cada una de las actividades que realiza el profesional con competencias con la gestante para su atención pre natal, en establecimiento de salud.

- **Gestante atendida**

Referida a la primera atención pre natal que recibe la gestante durante el embarazo actual

- **Gestante controlada**

Define a la gestante que ha cumplido su sexta atención prenatal y que ha recibido el *paquete básico de atención a la gestante*

### **Atención de emergencia obstétrica**

Conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se brinda a la gestante, parturienta o puerpera en situación de emergencia o urgencia, de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica por niveles de atención y a la capacidad resolutoria del establecimiento

### **Atención de gestante complicada**

Conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se brinda a la gestante que presenta patologías durante el embarazo, cumpliendo con el proceso de diagnóstico, estabilización y referencia (DER) según nivel de atención.

### **Atención del puerperio**

Conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos hospitalarios y ambulatorios que se brinda a la mujer durante el periodo puerperal, con la finalidad de prevenir o detectar complicaciones. Para fines de información se considera:

- **Puérpera atendida.** Es la puérpera que acude a su primera atención ambulatoria con el propósito de controlar la evolución de este periodo y detectar complicaciones relacionadas con el parto o puerperio dentro de los primeros 7 días post parto, puede ser coincidente con la cita de la/el recién nacida/o.
- **Puérpera controlada.** Puérpera que ha cumplido la segunda atención ambulatoria, ha recibido sulfato ferroso y tiene un control, de hemoglobina a los 30 días.

### **Atención del puerperio complicado**

Conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos especializados, que se realizan de acuerdo a las Guías de prácticas clínica.

### **Atención institucional y calificada del parto**

Conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que realizan profesionales calificados para la atención del parto en un establecimiento de salud.

### **Atención preconcepcional / pregestacional**

Conjunto de intervenciones y actividades de atención integral, realizada en un establecimiento de salud por profesional calificado, que se brinda a una mujer o a una pareja, con el fin de planificar una gestación y/o preparar a una mujer para el embarazo.

### **Atención prenatal reenforcada.**

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos,



### Atención odontológica de la gestante

Conjunto de intervenciones y actividades de salud bucal brindada a la gestante; incluye instrucción de higiene oral, profilaxis simple y tratamiento dental, realizada por el odontólogo.

### Centro de desarrollo de competencias (CDC)

Es la denominación que se otorga al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutoria de la región, en donde se realizan actividades de mejora de capacidades, dirigidas al personal de salud, asistencial y administrativo; para que puedan brindar una atención de calidad a los problemas de salud priorizados.

### Claves para el manejo de las emergencias obstétricas: Roja, Azul y Amarilla

Son guías para el manejo inmediato de la Hemorragia Obstétrica (**Clave Roja**), Hipertensión Inducida por el Embarazo (**Clave Azul**) y Sepsis Obstétrica (**Clave Amarilla**), que sistematizan el trabajo coordinado y simultáneo de los profesionales de salud y personal técnico para la atención de estos casos, en el primer nivel de atención y su referencia oportuna.

### Edad gestacional

Es el tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas.

### Estimulación prenatal

Conjunto de intervenciones que se realizan con la participación activa de la madre, el padre y la familia con la finalidad de promover el adecuado desarrollo físico, mental, sensorial y social de la persona humana desde la concepción y termina con el nacimiento. Se considera 6 sesiones por gestante.

### Morbilidad Materna Extrema (MME)

Es la complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

Criterios de inclusión:

- Relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica: eclampsia, choque séptico, choque hipovolémico.
- Relacionados con falla o disfunción orgánica: disfunción cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria o de coagulación.
- Relacionados con el manejo de la paciente: ingreso a UCI, intervención quirúrgica de emergencia en el post parto, post cesárea, o post aborto y transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma.

### Muerte fetal u óbito fetal

Muerte del producto de la concepción antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre.

### Nacido vivo

Todo producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso que, después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, respira o da señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.



## Parto

Es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas).

### ▪ Parto institucional

Parto ocurrido en un establecimiento de salud (hospital, centro o puesto de salud) que incluye el parto vaginal y abdominal (cesárea).

### ▪ Parto extra institucional:

Parto ocurrido fuera de un establecimiento de salud.

**Parto domiciliario.** Parto ocurrido dentro de una vivienda, atendido por personal de salud o por agente comunitario de salud, familiares u otros. Incluye los partos ocurridos en la casa de espera materna.

**Parto en el trayecto al establecimiento de salud.** Parto ocurrido durante el proceso de traslado de la gestante desde un establecimiento a otro establecimiento de salud. Con fines de información, el parto en trayecto corresponde al establecimiento que refiere, si el traslado es desde una vivienda es considerado parto domiciliario.



### ▪ Parto vertical

Es el parto en el cual la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el profesional de salud, se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto.

### ▪ Parto vaginal

Es aquel nacimiento por vía vaginal. Puede ser sin complicaciones (eutócico) o con complicaciones (distócico) pero que termina por vía vaginal.

### ▪ Parto abdominal

Es aquel nacimiento por intervención quirúrgica: Cesárea.

## Plan de parto

Es un instrumento utilizado como una estrategia efectiva que busca detallar, organizar y movilizar los recursos institucionales, familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante en el momento del parto. Consta de 3 entrevistas.

## Psicoprofilaxis obstétrica

Es un conjunto de actividades para la preparación integral de la mujer gestante que le permite desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio para lograr un recién nacido con potencial de desarrollo físico, mental y sensorial. Se considera 6 sesiones por gestante.

## Puerperio

Etapas biológicas que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días.

## Suplemento de ácido fólico

Es la administración profiláctica de ácido fólico, que se brinda a la gestante hasta las 13 semanas de gestación y a partir de las 14 semanas agregar al sulfato ferroso.

## Suplemento de calcio

Es la administración profiláctica de calcio, que se brinda a la gestante desde las 20 semanas de gestación hasta el término.



### Suplemento de hierro

Es administración profiláctica de sulfato ferroso, que se brinda a la gestante y a la puérpera. Se debe iniciar a partir de las 14 semanas de gestación y durante el puerperio.

### Tamizaje de violencia basada en género (VBG)

Es la aplicación de la Ficha de Tamizaje de VBG con el fin de hacer la detección de algún caso de violencia familiar contra la mujer.

### Toma de muestra de Papanicolaou (PAP)

Prueba que consiste en extraer del cérvix uterino una muestra de células a través de una adecuada técnica para determinar la presencia de células normales o anormales.

### Vacunación en gestantes. Administración de las vacunas

Es la administración de las vacunas según calendario vigente: aplicación de la vacuna difteria-tétanos (dt) con la finalidad de prevenir el tétanos neonatal.

**Protegida para dt.** Gestante que recibe dos dosis de vacuna antitetánica (dt) durante el embarazo o que acredita con carné, estar en el período de protección y se aplica una nueva dosis (dt).

- **Gestante o puérpera vacunada para H1N1:** gestante a partir del cuarto mes que recibe una dosis para la influenza estacional o en el puerperio.

### Visita domiciliaria

Actividad extramural realizada por personal de salud con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento (plan de parto), dirigida a la gestante, o puérpera, y aquellas que no acuden a su cita con un máximo de 72 horas de vencida la cita.

- **Visita domiciliaria efectiva**, cuando se le encuentra a la gestante o puérpera en su domicilio y se le brinda el paquete de actividades correspondiente.
- **Visita domiciliaria no efectiva**, cuando no se encuentra a la gestante o puérpera en su domicilio. Se pueden considerar las siguientes causas:
  - Está fuera de su domicilio.
  - Domicilio falso
  - Ha migrado a otra comunidad
  - Se encuentra en su domicilio y no permite la atención

## 5.2 DISPOSICIONES GENERALES DE LA ATENCIÓN MATERNA

**5.2.1 Las DISAs/DIRESAs** o las que hagan sus veces remitirán mensualmente los informes analizados de los casos de morbilidad materna extrema, muerte materna y fetal según corresponda a la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

### 5.2.2 La red de salud, debe tener en cuenta lo siguiente:

- Las DISAs/DIRESAs o quien haga sus veces, deben garantizar que todos los establecimientos de su jurisdicción, brinden atención prenatal por profesional de la salud.
- Asegurar que el conjunto de sus establecimientos haya captado al 100% de gestantes en su ámbito de influencia
- Asegurar que los establecimientos de salud usen obligatoriamente la Historia Clínica Materno Perinatal y el Carné Perinatal (Anexo N° 3), y brinde la atención básica de la gestante y refiriendo oportunamente a las gestantes con factores de riesgo o complicada a un establecimiento de mayor complejidad.



### 5.2.3 Todo Establecimiento de Salud debe:

- Cumplir con lo establecido en las normas para lograr que cada gestante reciba como mínimo 6 atenciones prenatales, de las cuales por lo menos la primera o segunda atención debe ser realizada por profesional médico gineco-obstetra, en su ausencia por médico cirujano con la finalidad de realizar el examen físico general minucioso, detectando alguna patología que pudiera complicar el embarazo. .
- Contar en el establecimiento de salud de primer nivel de atención con profesional de salud para la atención integral de la gestante y de la puérpera, garantizando la identificación, diagnóstico, estabilización, manejo y/o referencia oportuna.
- Las emergencias obstétricas y gestantes con morbilidad, deben ser referidas al establecimiento de mayor complejidad para su atención y evaluación por el médico gineco-obstetra, médico Intensivista, u otro médico especialista, con la participación del equipo multidisciplinario.
- Asegurar que a cada gestante se les realicen las pruebas de tamizaje (VIH y sífilis).
- Evaluar nutricionalmente a cada gestante, utilizando tablas del CLAP (peso, talla, edad gestacional) así como, detectar la anemia y brindar su tratamiento oportuno.
- Disponer las acciones para el seguimiento oportuno de gestantes y puérperas priorizando las que presenten algún factor de riesgo físico, psicológico o social.
- Disponer el cumplimiento del registro de todas las atenciones que se realizan en la madre.
- Asegurar la entrega gratuita y oportuna del certificado del recién nacido/a viva/o, siendo pasible de sanción administrativa quien contravenga lo dispuesto.
- Los establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención, deben identificar y captar al 100% de gestantes de su comunidad (búsqueda activa), siguiendo la estrategia de sectorización de calles, manzanas, barrios, comunidades, caseríos o anexos, haciendo uso del mapeo o radar de gestantes y del sistema de vigilancia comunitaria, u otro utilizado por la institución.
- Los establecimientos de salud públicos que cumplen funciones obstétricas neonatales deben usar obligatoriamente la Historia Clínica Materno Perinatal (ver Anexo N° 3), y garantizar la atención básica de la gestante identificando los signos de alarma y refiriendo oportunamente a un establecimiento de mayor complejidad.
- Garantizar la atención del parto complicado o normal y el manejo de las emergencias obstétricas, por profesional médico gineco-obstetra, médico cirujano u obstetra, según corresponda, de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento. En ausencia del profesional de la salud, el personal debe realizar la estabilización y derivación inmediata, considerando los riesgos y medidas de prevención en relación al producto de la concepción.
- Asegurar la elaboración del Plan de Parto a fin de promover el parto institucional.
- Implementar, aplicar y supervisar los estándares e indicadores de calidad para la atención materna según nivel de atención, realizando el monitoreo y vigilancia de indicadores de proceso y resultado.





- Garantizar la disponibilidad de medicamentos e insumos para la atención oportuna de las emergencias obstétricas.
- Notificar toda muerte materna debidamente tipificada, según normatividad vigente correspondiente, detectada en la comunidad en forma inmediata e investigarla a través del responsable de vigilancia epidemiológica en coordinación con el responsable de salud sexual y reproductiva del establecimiento más cercano a donde ocurrió el hecho, y remitirán lo actuado al nivel inmediato superior.
- Analizar toda muerte materna y fetal por el Comité respectivo según su Reglamento vigente.

## VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 6.1 COMPONENTE DE PRESTACIÓN

La atención integral de salud materna comprende las atenciones: preconcepcional / pregestacional, prenatal reenfocada, del parto institucional y puerperio.

#### 6.1.1. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL/PREGESTACIONAL

Esta atención es realizada por el equipo multidisciplinario de acuerdo a su perfil profesional.

La intervención es predominantemente en la mujer con vida sexual activa en la anamnesis también debe incluir a la pareja.

Se debe intervenir desde un año previo a la intención de embarazo, aunque mínimamente es aceptable 6 meses de intervención, antes del embarazo.

La atención incluye 2 consultas y la referencia a la especialidad correspondiente en caso se encuentre alguna patología. La primera atención es de detección del riesgo gestacional y la segunda de seguimiento o mantenimiento. De acuerdo al caso, en la segunda atención se debe realizar la interconsulta o referencia correspondiente.

Incluye:

- Evaluación clínica (anamnesis, examen físico), del riesgo gestacional, nutricional, y de laboratorio.
- Detección y evaluación temprana de riesgo de salud mental.
- Tamizaje de violencia familiar.
- Toma de Papanicolaou, previa orientación/consejería, y examen de mamas. Incluye educación para el autoexamen
- Solicitar evaluación y tratamiento odontológico.
- Revisar carné de vacunación e indicar que se complete según Esquema Nacional de Vacunación. Asimismo, indicar vacunación contra fiebre amarilla en zonas endémicas.
- Indicar suplemento de ácido fólico 1 mg al día, tres meses antes de la concepción.
- Realizar orientación/consejería en salud sexual y reproductiva, sobre estilos de vida saludables y de nutrición adecuada.
- Orientación/consejería a la pareja sobre su proyecto de paternidad y maternidad responsable.



- Revisión del caso con los resultados de exámenes solicitados, elaborar el plan de trabajo a seguir según corresponda (interconsultas a especialidad, nuevas pruebas, planificación familiar, etc.).

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Evaluación del riesgo gestacional:</b></p> | <p><b>Historia clínica:</b></p> <p><i>Factores sociodemográficos:</i><br/>                 Edad materna (inferior a 15 o superior a 35)<br/>                 Obesidad o delgadez extrema<br/>                 Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción<br/>                 Violencia de género<br/>                 Actividad física o laboral de riesgo<br/>                 Nivel socioeconómico bajo<br/>                 Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales</p> <p><i>Antecedentes reproductivos</i><br/>                 Esterilidad previa<br/>                 Aborto o parto pre término a repetición<br/>                 Muerte perinatal<br/>                 Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos</p> <p><i>Antecedentes reproductivos</i><br/>                 Esterilidad previa<br/>                 Aborto o parto pre término a repetición<br/>                 Muerte perinatal<br/>                 Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos</p> <p><i>Antecedentes médicos</i><br/>                 Hipertensión arterial<br/>                 Enfermedad cardíaca o renal<br/>                 Endocrinopatías<br/>                 Epilepsias<br/>                 Enfermedad respiratoria crónica<br/>                 Enfermedades hematológicas o hepáticas</p> |
| <p><b>Evaluación nutricional</b></p>             | <p>Índice de masa corporal – IMC</p>  |
| <p><b>Exploración física:</b></p>                | <p>Presión arterial<br/>                 Pulso<br/>                 Temperatura<br/>                 Examen cardiovascular<br/>                 Examen respiratorio<br/>                 Peso<br/>                 Talla</p>  |
| <p><b>Exámenes de laboratorio:</b></p>           | <p>Hemoglobina/hematocrito<br/>                 Grupo y Factor Rh<br/>                 Orina completa<br/>                 Prueba rápida de sífilis<br/>                 Prueba rápida de VIH previa consejería<br/>                 Glucosa</p>  |

**6.1.2. ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA**

- En todo establecimiento de salud según nivel de complejidad, se brindará la atención prenatal reenfocada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y



NTS N° -Minsa/DGSP. V.01  
NORMA TÉCNICA DE SALUD: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA

social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad.

- La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 30 minutos y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 15 minutos.
- La atención prenatal debe ser realizada por médico Gineco-Obstetra, médico cirujano u obstetra, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud. En establecimientos donde no existan dichos profesionales, puede ser realizado por la enfermera u otro profesional o personal de salud capacitado en atención de gestantes.
- Toda complicación del embarazo detectada en cualquier momento de la atención de la gestante debe ser atendida por médico gineco-obstetra.
- Brindar educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, parto, puerperio.
- Brindar educación sobre la identificación de signos de alarma durante la gestación, parto, puerperio.
- En toda atención prenatal se debe llenar la Historia Clínica Materno Perinatal. Anexo N° 3.
- Brindar la atención prenatal reenfocada según esquema básico de la atención prenatal anexo N° 2
- Realizar evaluación nutricional, orientación/consejería y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro.
- Elaborar el plan de parto para la atención institucional del parto con adecuación intercultural, de corresponder. Anexo N° 5.
- Detección y manejo temprano de complicaciones. Realizar dosaje de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfosalicílico.
- Promover y preparar para la lactancia materna.
- Facilitar la presencia de un acompañante durante la atención de preferencia la pareja.
- En el primer nivel de atención la primera o segunda atención prenatal debe ser realizada por médico gineco-obstetra o médico cirujano, según el nivel de atención, a fin de realizar el examen físico completo, evaluar los resultados de laboratorio, identificar patologías o complicaciones asociadas, e iniciar manejo en los casos que requiera. En el segundo y tercer nivel de atención es realizada por el médico gineco-obstetra.

**Consultas en la atención prenatal reenfocada:**

Aspectos específicos para la primera consulta:

Brindar información completa, veraz, clara y oportuna sobre la importancia de la atención prenatal (Anexo N° 1, Derechos y responsabilidades de la atención prenatal) y recibir información sobre las posibilidades de tener un producto con malformaciones congénitas, especialmente cuando existan antecedentes familiares o factores de riesgo.

- Es recomendable realizar el examen vaginal en la primera atención prenatal, esto incluye especuloscopia para detección de vaginosis bacteriana, toma de muestra para Papanicolaou y valoración de pelvis. Puede posponerse hasta la siguiente consulta si es que la gestante no se encuentra preparada.



- Los análisis de laboratorio (hemoglobina, sífilis, VIH, glicemia basal y urocultivo o examen de orina completo) se deben de actualizar a partir de las 33 semanas y con un intervalo mínimo de 3 meses en relación a la primera muestra.
- Durante la atención se brindará información a la pareja o familiar que acompaña, sobre los cuidados necesarios que debe tener una mujer durante la gestación, parto y puerperio.
- En toda consulta se realizará la detección de síntomas y signos de alarma.

#### Procedimientos de la primera atención prenatal

- Elaboración de la Historia Clínica Materno Perinatal:
  - Anamnesis. Utilizan la Historia Clínica Materno Perinatal. Precisar los datos de filiación, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes obstétricos, evaluar la edad gestacional e indagar sobre violencia y salud mental.
  - Examen físico. Incluye funciones vitales y el examen de los diferentes órganos (corazón, pulmones, abdomen, mamas, odontoestomatológico, etc.).
    - Tomar funciones vitales: pulso (técnica de los 3 dedos), respiración, temperatura (el termómetro se debe lavar y guardar en su protector) y presión arterial (después de 5 minutos de reposo, en posición sentada, tomar la presión arterial en el brazo derecho).
    - Tomar medidas antropométricas: peso (las balanzas deben ser calibradas diariamente con un peso estándar) y talla. Valorar el estado nutricional. Graficar en las tablas de ganancia de peso CLAP/OPS del Camé y la Historia Clínica Materno Perinatal. Aplicar las tablas CLAP/OPS/OMS de peso/talla para la edad gestacional. Si el gráfico denota riesgo nutricional, el seguimiento incluirá el uso de la tabla de índice de masa corporal (IMC) pregestacional del CENAN.
    - Valorar el edema:
      - 0: No presenta edema
      - 1+: Edema leve, fóvea perceptible sólo al tacto
      - 2+: Edema evidente sólo en miembros inferiores
      - 3+: Edema de miembros inferiores, superiores y cara
      - 4+: Anasarca con ascitis
    - Se consideran cifras hipertensivas, si: Presión arterial (PA)  $\geq 140/90$  o presión arterial media (PAM)  $\geq 106$ , o presión arterial sistólica  $< 140$  y diastólica  $< 90$  mmHg, con un incremento de 30 mmHg en la cifra sistólica y de 15 mmHg en la diastólica, de los valores basales, o PAM  $< 106$  mmHg, con un aumento de 20 mmHg, en comparación a cifras basales.
    - Evaluar reflejos osteotendinosos, 0: arreflexia o ausencia de reflejos; 1+: hiporreflexia; 2+: normal; 3+: hiperreflexia o reflejos aumentados; 4+: reflejos exaltados, presencia de clonus.
  - Si en los establecimientos que cumplen FONP se identifican signos de alarma referir a establecimientos que cumplen FONB o FONE.
  - Consignar en la historia clínica materno perinatal todos y cada uno de los datos solicitados. En los casos de hospitalización en establecimientos FONE o FONI usar historia clínica según normatividad vigente.



- **Examen obstétrico completo:**
  - Valoración obstétrica según edad gestacional, determinar: altura uterina, número de fetos, latidos cardiacos fetales y movimientos fetales.
  - Registrar el incremento de la altura uterina y graficar en la tabla CLAP/OPS. Utilizar la cinta métrica obstétrica para tomar la altura uterina a la gestante en posición de decúbito dorsal, semiflexión y apertura de miembros inferiores, juntando los talones.
  - Valoración ginecológica: realizar examen en el momento oportuno, preferentemente desde la primera consulta, previa preparación de la gestante y explicación del procedimiento a realizar: examen de mamas y examen ginecológico, que incluye toma de muestra cérvico-uterino (Papanicolaou).
- **Exámenes auxiliares basales**
  - Tamizaje de proteínas (albúmina) en orina a través de métodos cualitativos (prueba rápida en primera consulta: tira reactiva o prueba de reacción con ácido sulfosalicílico).
  - Hemoglobina (se evaluará según altitud sobre el nivel del mar de cada lugar), grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH (para diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) o RPR y ELISA, urocultivo, excepcionalmente examen completo de orina en establecimientos que no cuentan con microbiología.
  - Ecografía obstétrica será solicitada antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años solicitar evaluación del pliegue nucal entre las 10 y 14 semanas.
  - Cuando sea necesario se solicitará otros exámenes de acuerdo a las necesidades:
    - Prueba de Coombs indirecto en gestantes con Rh negativo. Si el resultado es negativo, se repetirá la prueba mensualmente hasta la semana 28. Si la gestante no está sensibilizada se deberá administrar 250 mcg de inmunoglobulina anti-D entre las 28 y 32 semanas.
    - Luego del parto y confirmado el grupo sanguíneo de la/el recién nacido/a como Rh positivo y test de Coombs directo negativo se deberá aplicar a la madre 250 mcg de inmunoglobulina anti-D dentro las primeras 72 horas.
    - Prueba de glicemia en ayunas:
      - Cifras mayores de 105 mg/dl: repetir en ayunas estricto (al menos 12 horas), derivar a médico especialista si continua la cifra mayor a 105.
      - Cifras menores de 105 mg/dl; realizar prueba de tolerancia a la glucosa, si tiene: antecedente familiar de diabetes, obesidad, abortos u óbitos fetales a repetición, malformaciones congénitas fetales, polihidramnios, macrosomía fetal.
    - Urocultivo periódico: en pacientes con antecedentes de ITU o con leucocitos mayor de 10 por campo y/o nitritos positivo en el examen de orina (sedimento urinario y/o tira reactiva).
- **Prescripción de ácido fólico**

Prescripción y entrega de ácido fólico (500 mcg) a toda gestante en la primera consulta durante el primer trimestre (hasta la semana 13).



- **Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso**

Prescripción y entrega de ácido fólico (400 mcg) y sulfato ferroso (60 mg) a toda gestante a partir de las 14 semanas hasta el parto.

- **Prescripción de calcio**

Prescripción y entrega de calcio durante la gestación es de 2000 mg al día, a partir de las 20 semanas hasta el parto

**Evaluación odontológica**

De contar con odontólogo solicitar la evaluación; de no contar, referir al establecimiento más cercano o coordinar su atención con la red de servicios.

- **Vacunación antitetánica y contra Influenza Estacional**

La gestante no vacunada debe recibir su primera dosis de vacuna dt al término de la primera consulta y continuar según el Esquema Nacional de Vacunación.

Toda gestante debe recibir una dosis de vacuna contra la influenza a partir de las 20 semanas de gestación.

- **Información para la gestante en la primera consulta:**

- Informar sobre los efectos nocivos y sus repercusiones en el feto por el consumo de tabaco, coca, alcohol y otras sustancias dañinas.
- Brindar información sobre dónde acudir en caso de presentar algún signo/síntoma de alarma: fiebre, sangrado, dolor abdominal, cefalea, convulsiones, mareos, tinnitus, escotomas, acúfenos, epigastralgia, anasarca, pérdida de líquido o cualquier otra emergencia.
- Solicitar a la gestante que registre fecha y hora de los primeros movimientos fetales presentes desde el segundo trimestre.
- Solicitar a la gestante que acuda a las siguientes consultas, de ser posible, acompañada por su pareja o un miembro de la familia o una persona de confianza para que la apoyen en el cuidado de su salud durante el embarazo, parto, puerperio Brindar información sobre sexo seguro, enfatizando el riesgo de adquirir ITS y/o VIH.
- Informar sobre los beneficios del Seguro Integral de Salud y Aseguramiento Universal.
- Programar la cita de la segunda atención prenatal con el médico para evaluar los resultados de exámenes de laboratorio, dicha cita no deberá exceder los 15 días de la primera consulta, se registrará en el carné la fecha de la siguiente cita.

- **Mantener los registros completos**

- Revisar y completar los datos de la historia clínica materno perinatal.
- Completar el Carné Materno Perinatal y entregar a la gestante recomendando que lo lleve cada vez que acuda a un establecimiento de salud.
- Registrar la atención prenatal en el Libro de Registro de Seguimiento de la Gestante y Puerpera.
- Registrar la atención en el formato de registro del HIS.



• **Referencia en caso de complicación obstétrica:**

- Comunicar la referencia al establecimiento de mayor nivel de complejidad, para que el equipo de salud se encuentre preparado para la recepción y atención inmediata.
- La referencia debe realizarse con el formato correspondiente.
- Los casos derivados a establecimientos que cumplen FONE o FONI deben ser recibidos por el médico gineco-obstetra.

**Procedimientos en las atenciones prenatales posteriores**

**En todas las consultas siguientes:**

- Interrogar por signos y síntomas de alarma asociados a la gestación y evaluación integral.

Indagar sobre el cumplimiento de las indicaciones, exámenes auxiliares y de laboratorio.

- Controlar el aumento de peso materno, las funciones vitales (especialmente presión arterial), reflejos y presencia de edemas.
- Control del crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina.
- Realizar prueba de proteinuria con ácido sulfosalicílico o tira reactiva en toda gestante.
- Evaluar edad gestacional, auscultación de latidos fetales y detección de movimientos fetales (desde las 20 semanas).
- Interpretación de exámenes auxiliares.
- Indicar suplemento de hierro con ácido fólico a partir de las 14 semanas.

**A partir de las 28 semanas:**

- Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos.
- Control de latidos cardíacos fetales.
- Interrogar sobre la presencia de movimientos fetales.
- Realizar prueba de Gantt o rollover test (prueba de rodamiento) entre las 28 a 32 semanas, de la siguiente manera: Tomar la presión arterial en decúbito lateral izquierdo en el brazo derecho, después colocar a la gestante en decúbito supino y esperar 5 minutos para repetir la toma de presión arterial, si la presión diastólica aumenta en 20 mmHg o si la presión arterial media es mayor de 85 mmHg es prueba positiva. La prueba de Gantt o rollover test es un método clínico predictivo de hipertensión arterial inducida por embarazo más fácil de realizar y que tiene un alto porcentaje de efectividad.
- Solicitar segundo examen de hemoglobina, glucosa, prueba rápida de sífilis y/o RPR, prueba de Elisa o prueba rápida para VIH y urocultivo a partir de 33 semanas de gestación, con un intervalo no menor a tres meses de los primeros exámenes de laboratorio.
- Los exámenes de detección de diabetes gestacional (glicemia en ayunas) se debe realizar en la semana 25 a 33.

**A partir de las 35 semanas:**

- Pelvimetría interna y valoración feto-pélvica especialmente en primigrávidas y gestantes de talla baja (1.40 m.).
- Determinación del encajamiento fetal.



- Determinación de la presentación fetal.
- Reevaluación del estado general materno.
- Actualizar exámenes auxiliares, si corresponde.
- Solicitar pruebas de bienestar fetal o test no estresante según el caso.
- Indicar a la gestante que controle los movimientos fetales. Se enseña a la gestante a identificar los movimientos fetales palpando el abdomen y debe controlarse 4 veces al día, cada control por 30 minutos, al término del día debe tener más de 10 movimientos, si tiene 10 o menos movimientos fetales debe acudir de inmediato al establecimiento de salud para su evaluación.
- Referir a establecimiento que cumplen FONE, los casos para cesárea electiva a fin de ser programada oportunamente.
- Se debe referir a las gestantes que no han tenido su parto hasta cumplidas las 40 semanas, a los establecimientos que cumplen FONE informándoles previamente el motivo de la referencia.
- En caso de vivir en lugar alejado o inaccesible referir a la gestante a una casa de espera materna cercana a un establecimiento que cumple FONB o FONE para la atención del parto institucional.

#### **Signos y síntomas de alarma**

Su presencia obliga a referir inmediatamente al establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, según el caso para su atención:

- Náuseas y vómitos incoercibles.
- Disuria.
- Fiebre/escalofríos.
- Sangrado vaginal.
- Desmayo o mareos.
- Convulsiones.
- Hinchazón de cara, manos y pies.
- Pérdida de líquido amniótico.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación
- Alteraciones psicoafectivas.
- Indicio o evidencia de ser víctima de violencia familiar (según gravedad).
- Complicaciones del embarazo.
- Patología obstétrica o enfermedades intercurrentes (si se requiere estancia prolongada considerar alojamiento en casa de espera).
- Accidentes y traumatismos.
- Otras que determine el médico gineco-obstetra, obstetra, o médico de guardia.

Con el fin de cumplir con una atención prenatal reenfocada de calidad, toda gestante que llega al sexto control debe haber recibido el esquema básico de atención descrito en el Anexo N° 2.

En zonas endémicas además se debe considerar:

- Tratamiento antiparasitario





- Protección contra la Malaria, Dengue, Bartonelosis, Chagas, usando mosquiteros tratados con insecticidas y seguimiento con la toma de gota gruesa. Verificar efectos de insecticidas sobre el feto.
- Inmunización contra fiebre amarilla después de las 26 semanas.

### 6.1.3. ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL

- **De la gestante, la familia y la comunidad:**
  - Reconocer los signos de alarma e identificar posibles complicaciones.
  - Acudir o comunicar al establecimiento el inicio de labor de parto.
  - Coordinar con la comunidad su participación para el apoyo por posibles complicaciones, según sea el caso.
  - Coordinar con anticipación el transporte para un traslado oportuno y adecuado.
  - Cumplir con las indicaciones del plan de parto.
- **Del establecimiento de salud:**
  - Contar con la infraestructura adecuada (ambientes de sala de dilatación y sala de partos) según capacidad resolutive y nivel para la atención del parto.
  - Los establecimientos que no cuentan con casa de espera deben considerar el internamiento antes de los 4 cm de dilatación considerando las siguientes variables: distancia del establecimiento a la casa, la accesibilidad geográfica, el grado de estrés de la gestante (adolescente, pródromo prolongado, feto valioso, gestante no controlada, etc.) y otros factores de riesgo.
  - La atención no debe estar condicionada si la gestante porta o no el carné perinatal, DNI, resultados de análisis y otros referentes a la atención prenatal
  - El parto debe ser atendido a partir de establecimientos de salud con categoría I-4 y en establecimientos estratégicos I-3. En establecimientos de menor capacidad resolutive se realizará solo la atención del parto inminente
  - El parto normal debe ser atendido por profesional de salud médico gineco-obstetra, médico cirujano u obstetra. En situaciones de parto inminente o de ausencia de los profesionales antes mencionados, el parto puede ser atendido por la enfermera u otro profesional o personal de salud capacitado. Atención del parto institucional horizontal o vertical según selección de la usuaria, consignado en el Plan de Parto. En establecimientos de salud para atención del parto vertical con adecuación intercultural, se debe tomar como referencia la Norma Técnica vigente para tal fin.
  - Asegurar un ambiente cálido, tranquilo, con luz tenue y libre de ruido o voz altisonante.
  - El primer nivel de atención debe contar con el kit de medicamentos e insumos para el uso de clave roja, azul o amarilla tanto en la emergencia como en el centro obstétrico o sala de partos.
- **Del personal de salud:**
  - Verificar el plan de parto brindando el tipo de parto que la usuaria desea.



- Brindar orientación sobre el proceso de parto y las posibles complicaciones.
- Reconocer los signos de alarma, y diagnosticar y manejar las complicaciones que se presenten en forma apropiada y oportuna.
- Coordinar la referencia en caso necesario a un establecimiento con mayor capacidad resolutoria para resolver la complicación.
- Evitar prácticas rutinarias que no favorecen la evolución normal del trabajo de parto y parto.
- Establecer un plan en caso de ocurrir una emergencia.
- Identificar y planificar quiénes serán los donantes de sangre y cómo proceder en caso de que sea necesaria una transfusión.
- Facilitar la presencia de un acompañante que elija la gestante, de preferencia el esposo.
- Cumplir con los estándares de bioseguridad.
- Respetar los derechos de la gestante y su recién nacido a una atención humanizada del parto.

• **Intervenciones:**

• **Trabajo de parto, dilatación o primer periodo del parto:**

- Durante el trabajo de parto normal se debe permitir:
  - El acompañamiento de la pareja o familiar.
  - Ropa adecuada según costumbre de la zona.
  - La ingesta de alimentos, mates o líquidos azucarados, toda vez que la gestante lo desee.
  - La deambulación y ducha con agua tibia
  - Que la gestante adopte la posición que le es más cómoda.
- Durante el trabajo de parto se debe tener en cuenta:
  - Brindar apoyo psicológico haciendo recordar las técnicas de relajación y respiración.
  - Elaborar el partograma de la OMS a partir de los 4 cm. de dilatación, controlando la evolución del trabajo de parto y funciones vitales.
  - Canalizar vía endovenosa preventiva. Control de descenso de la cabeza fetal (técnica de los quintos).
  - Cumplir con los criterios de estándares e indicadores de calidad según norma.
  - Acompañar a la gestante cuando desee ir al baño y verificar la micción
  - Si se detecta algún signo de alarma, coordinar la referencia inmediata a un establecimiento de mayor complejidad; de no ser ésta posible realizar el manejo según Guía de Práctica Clínica de Emergencias Obstétricas.
- Durante el trabajo de parto normal se debe evitar:
  - Realizar más de 4 tactos vaginales.
  - Realizar ruptura artificial de membrana
  - Rutinas innecesarias como: hidratación endovenosa, rasurado, enema evacuante.



- Realizar el tamizaje con prueba rápida para VIH y sífilis a toda gestante que no cuenta con resultados previos o con una antigüedad mayor de 6 meses.
- Usar el partograma modificado de la OMS (Guías Nacionales de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva).

• **Expulsivo o segundo periodo del parto:**

El periodo expulsivo se realiza en la sala de partos, la que forma parte del centro obstétrico.

Durante el periodo expulsivo, sin complicaciones, se debe permitir:

- El acompañamiento de la pareja o familiar.
- La posición que la mujer solicite para atención de parto, vertical u horizontal
- Durante el periodo expulsivo normal, se debe tener en cuenta:
  - -Ingresar a la gestante a sala de partos o expulsivo:
    - Primípara: dilatación 10 cm. y altura de presentación + 2
    - Multípara: dilatación 10 cm. y altura de presentación 0
    - Gran multípara: dilatación 8 cm.
  - -Vigilar la presencia de globo vesical. Si la gestante no logra miccionar evacuar la vejiga a través de sonda.
  - -Brindar apoyo psicológico haciendo recordar las técnicas de relajación y respiración.
- Verificar que el paquete de atención de parto se encuentre completo y estéril, y cuente como mínimo con 2 campos de tela de textura suave y absorbente tibios
- Controlar latidos fetales y verificar la presencia de líquido meconial en cuyo caso y si no hay progresión del expulsivo reevaluar condiciones materno fetales para posibilidad de cesárea.
- Higiene vulvo perineal según técnica y colocación de campo estéril encima del abdomen y bajo el periné o poncho ginecológico.
- Controlar las contracciones y solicitar a la mujer que jadee o realice pujos voluntarios (acompañando la contracción) a medida que se expulsa la cabeza del bebé. Evitar realizar maniobras de Kristeler
- Controlar la expulsión de la cabeza colocando la palma de la mano entre los parietales y el occipital, manteniendo la cabeza flexionada.
- Proteger el periné (con la otra mano) y restringir la episiotomía
- Una vez que ya expulsó la cabeza del bebé, pídale a la mujer que deje de pujar.
- Verificar si hay presencia de cordón alrededor del cuello. En caso de encontrarse cordón suelto deslícelo por encima de la cabeza y si está ajustado píncelo con dos pinzas y córtelo.
- Permitir que la cabeza del bebé rote espontáneamente.
- Parto del hombro: colocar las palmas de la mano a cada lado de la cabeza del bebé (sobre los parietales), dígame a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción para extraer el hombro anterior y luego el posterior.



- Sostener el resto del cuerpo del bebé, con una mano mientras éste, se deslice hacia afuera.
- Recibir y colocar al recién nacido a término y sin complicaciones, inmediatamente sobre el abdomen de la madre. En caso de recién nacido con complicaciones pinzar y cortar el cordón umbilical de inmediato y entregarlo al equipo de atención neonatal,
- En recién nacidos a término y sin complicaciones, debe palpase el cordón con el pulgar e índice para el pinzamiento y corte del cordón umbilical cuando este deje de latir o entre el segundo y tercer minuto de vida. En Recién nacidos de madre con VIH, se tiene que ligar el cordón umbilical (sin ordeñar) inmediatamente de producido el parto. (R.M. N° 336-2008. NTS N° 064-MINSA/DGSP).
- La atención del Recién nacido debe hacerse de acuerdo con la norma técnica de atención integral de salud neonatal.
- En caso de óbito o natimuerto remitir con la placenta al servicio de patología disponible, para estudio anatomopatológico.

• **Alumbramiento o tercer periodo del parto:**

El alumbramiento se realiza en la sala de partos.

Durante el alumbramiento sin complicaciones, se debe permitir:

- El acompañamiento de la pareja o familiar.
- Después de un parto vertical, la mujer debe acostarse para el alumbramiento

Durante el alumbramiento sin complicaciones, se debe tener en cuenta:

- Luego del corte del cordón umbilical continuar con la atención materna y realizar el manejo activo de la tercera etapa del parto, revisión de la placenta y del canal del parto, según Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva.
- Revisar el fondo uterino y asegurar que no haya un segundo bebé.
- Aplicar 10 UI de oxitocina intramuscular.
- Realizar la maniobra de Brandt Andrews, que consta de una tracción controlada del cordón umbilical con una mano y con la palma de la otra mano realizar la contra tracción para evitar la inversión uterina.
- Luego de la expulsión de la placenta realizar su revisión: Comprobar la integridad de la placenta y las membranas.
- Revisar el canal del parto, verificando la necesidad de sutura.
- Realizar masaje uterino intenso comprimiendo externamente el útero con ambas palmas

Terminado el alumbramiento se debe continuar con la atención:

- En caso de complicaciones se procederá según las Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas vigentes
- Identificación de la madre (impresión dactilar) y del recién nacido normal (impresión plantar) antes de salir de sala de partos.
- Registro claro y completo en el Libro de Registro de Atención de Partos.
- Elaboración del certificado de nacido vivo o de defunción fetal según corresponda.



- Mantenerse expectante y preparado para una referencia materna, según corresponda.

#### 6.1.4. ATENCIÓN DEL PUERPERIO

##### Atención del puerperio inmediato

- Comprende las primeras dos horas post parto, la realiza el médico gineco-obstetra, médico cirujano o profesional de obstetricia y en puerperio post quirúrgico por medico anestesiólogo, médico gineco-obstetra, médico cirujano y profesional de enfermería. Durante este periodo se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos
  - Realizar la vigilancia estricta de la puérpera cada 15 minutos durante estas dos primeras horas, controlando:
    - Signos vitales,
    - Contracción uterina,
    - Sangrado vaginal.
  - Revisar la episiorrafía para descartar la formación de hematomas y/o edemas.
  - En este periodo la puérpera debe estar con su recién nacida/o si no presenta complicaciones o signos de alarma.
  - En caso de preeclampsia severa/eclampsia, sepsis o hemorragia, dar la atención inmediata de acuerdo a cada Clave, identificar la causa, estabilizar funciones vitales, iniciar el tratamiento y de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento o si el caso lo requiere, deberá ser referida a un nivel de mayor complejidad (FONE o FONI) y asegurar su recepción en el establecimiento a donde es referida.
  - Si no se producen complicaciones, al terminar este período, la puérpera debe trasladarse a la sala de hospitalización puerperio y garantizar el alojamiento conjunto.
  - En los casos post cesárea se procederá según las Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas, vigentes.
- Sala de puerperio/internamiento/hospitalización (después de dos horas hasta completar el primer día)
  - Debe ser atendida por profesional con competencias según nivel de capacidad resolutive del establecimiento.
  - Indicar el traslado e ingreso a sala puerperio / internamiento y garantizar el alojamiento conjunto de puérpera normal o con patología y estable.
  - Vigilar durante este periodo hasta el alta, cada 30 minutos durante la tercera hora, y cada hora en la cuarta, quinta y sexta hora; y luego cada 6 horas, los:
    - Signos vitales.
    - Contracción uterina.
    - Sangrado vaginal.
    - Episiorrafía o sutura perineal para descartar la formación de hematomas y/o edemas.
  - Promover la deambulación precoz.
  - Informar sobre signos de alarma durante el puerperio de la madre.



- Orientación/consejería y provisión del método de planificación familiar elegido por la puérpera.
- Favorecer la relación entre la madre, su recién nacido, el padre y familia dando facilidades fuera del horario de visita establecido.
- Brindar atención diferenciada y apoyo emocional a las puérperas que han sufrido la pérdida (fallecimiento) de su recién nacida/o. Se recomendará la supresión de la lactancia por medios disponibles. Se debe brindar atención diferenciada a puérperas adolescentes, apoyando el alojamiento conjunto y la aceptación del proceso de maternidad.
- En caso de evolución satisfactoria, se puede dar de alta a la puérpera cuando hayan transcurrido al menos 24 horas de observación posparto y mínimo 48 horas en puérperas adolescentes.
- Entregar contenidos educativos necesarios, en forma apropiada y de fácil comprensión.
- Entregar el certificado de nacido vivo, realizando el registro del certificado del Recién Nacido en línea inmediatamente para la obtención del DNI.
- En caso de defunción fetal, entregar el certificado correspondiente, procurando la autorización de los familiares para la realización de la necropsia.
- Entregar al momento del alta el carné prenatal con los datos completos de la atención, en los casos de referencia realizar la contrarreferencia oportuna y completa al nivel de atención que corresponde.
- Indicar y orientar sobre la cita para atención de puerperio por consulta externa, haciendo coincidir la fecha con la cita de atención del recién nacido.



#### **Atención del puerperio mediato**

Este período comprende desde las 24 horas hasta los 7 días posparto. Posterior al alta de la puérpera, esta atención se realiza en consulta externa por profesional con competencias.

Incluye las siguientes acciones:

- Vigilar y controlar la involución uterina y características de los loquios.
- Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia e infección puerperal, vigilando los signos vitales y detectando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, sub involución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Está prohibida la lactancia materna a todo hijo/a nacido/a de madre infectada por el VIH, según norma.
- Informar sobre las medidas higiénicas para prevenir infección materna.
- Informar sobre los signos de alarma de la madre.
- Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
- Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- Brindar el método de planificación familiar elegido o reforzar la orientación/consejería en aquellas puérperas que aún no optaron por algún método.



- Programar la segunda atención a la puérpera en fecha que coincida con la atención del neonato entre los 28 a 30 días.

#### Atención durante el puerperio tardío

- Este período comprende después de los 7 días hasta los 42 días posparto. Atención realizada en consulta externa por médico Gineco Obstetra, médico cirujano o profesional de obstetricia, según nivel de atención; para reforzar las buenas practicas de higiene, alimentación, lactancia materna y seguimiento del método de planificación familiar elegido o reforzar la orientación/consejería en aquellas puérperas que aún no optaron por algún método.

### 6.1.5. ACTIVIDADES DE CAPTACIÓN Y SEGUIMIENTO

Implementar intervenciones extramurales para la captación y seguimiento oportuno de las gestantes y puérperas. Incluye el plan de parto

- Los establecimientos de salud deben implementar el radar de gestante y/o tarjetero y/o mapeo y el libro de seguimiento de la gestante y puérpera en todos los establecimientos del primer nivel de atención.
- Los establecimientos de salud deben garantizar la elaboración del plan de parto en la segunda y tercera entrevista la misma que se efectúa en el domicilio de la gestante, a fin de promover el parto institucional.
- Los establecimientos de salud deben garantizar el seguimiento de gestantes y puérperas según su condición de riesgo

#### 6.1.5.1 Intervención

##### **Búsqueda activa:**

- Identificar y captar el 100% de gestantes y puérperas de parto domiciliario de la jurisdicción, siguiendo la estrategia de sectorización de calles, manzanas, barrios, comunidades, caseríos o anexos, según Modelo de la Atención Integral Basado en la Familia y Comunidad.
- El personal de salud realizará la búsqueda activa de gestantes y puérperas en estrecha coordinación con los agentes comunitarios de salud, lo que permitirá detectar, educar, prevenir, intervenir y controlar oportunamente sus condicionantes de riesgo biopsicosocial.
- Se brindarán estrategias diferenciadas en la búsqueda de gestantes y puérperas adolescentes involucrando a todos los actores locales.

##### **Paquete de actividades de la búsqueda activa:**

- Informar a la gestante y puérpera, pareja o familia, acerca de la importancia de la atención prenatal, atención del parto institucional, atención del puerperio y atención del recién nacido en establecimiento de salud.
- Informar sobre la inscripción y beneficios del Seguro Integral de Salud.
- En caso de puérperas, informar sobre la inscripción del recién nacido/da en la RENIEC.
- Programar una cita en el establecimiento de salud dentro de los primeros siete días de la fecha de visita.



**Visita domiciliaria:**

- Realizar la visita domiciliaria a gestantes que no acuden oportunamente a su Atención Prenatal, a fin de orientar y sensibilizar a la familia sobre la importancia de la Atención Prenatal Reenfocada y verificar la presencia de riesgo social y/o signos de alarma.
- Gestante que no acude a su cita en el primer trimestre de gestación se realizará la visita en un máximo de diez días de pasada la cita prevista.
- Gestante que no acude a su cita en el segundo trimestre de gestación, se realizará la visita en un máximo de siete días de pasada la cita prevista.
- Gestante que no acude a su cita en el tercer trimestre de gestación se realizará la visita en un máximo de 48 horas de pasada la cita prevista.
- La puérpera que no acude a su control de los siete días después del parto, la visita deberá efectuarse dentro de las de las siguientes 24 horas.
- La segunda visita de seguimiento se realizará priorizando casos identificados de riesgo o riesgo potencial.
- En el caso de parto domiciliario, la visita deberá efectuarse inmediatamente que se comunica el caso y en coordinación con el profesional/equipo de atención neonatal. Debiendo trasladar a la puérpera y al recién nacido/a al establecimiento de salud para su evaluación y garantizar su adecuada evolución.

**Paquete de actividades en la visita domiciliaria a la gestante**

- Educación en auto cuidado de la salud dirigida a la gestante y familia, identificación de signos de alarma, verificar la preparación de pezones, percepción y control de los movimientos fetales.
- Informar a la gestante y familia, sobre la importancia de la atención prenatal y de la toma de análisis de laboratorio.
- Verificar la toma de sulfato ferroso más ácido fólico y de medicamentos indicados en caso de alguna patología.
- Verificar vacunas y resultados de exámenes de laboratorio en el carnet prenatal. Coordinar con inmunizaciones del establecimiento de salud en el caso no se haya vacunado. Si no tiene resultados para VIH/SIDA y Sífilis se realizará la prueba rápida previa orientación/consejería.
- Identificación de Violencia Basada en Género y Depresión.
- Segunda y tercera entrevista del plan de parto.
- Firma de compromiso para acudir a su atención prenatal.

**Paquete de actividades en la visita domiciliaria a la puérpera**

- Brindar educación en higiene, alimentación para la madre.
- Brindar educación en el cuidado al Recién Nacido.
- Identificar los casos de Depresión, Psicosis puerperal, desequilibrio de salud mental.
- Identificar los casos de Violencia Basada en Género (VBG).
- Informar sobre la importancia de la planificación familiar.
- Informar sobre el reconocimiento de los signos de alarma en la madre  
Verificar la toma de sulfato ferroso más ácido fólico.





- Verificar si ha sido registrado en el sistema en línea o cuenta con el certificado de nacimiento, e informar los pasos a seguir para la obtención del DNI de la/el recién nacida/o.
- Obtener la firma de compromiso para acudir al control de puerperio

#### Plan de Parto:

De aplicación obligatoria en todos los niveles de atención. En el primer nivel de atención se debe realizar siguiendo las siguientes pautas:

- Primera Entrevista: se elabora la ficha de plan de parto en la primera atención prenatal, entregándole una copia a la gestante para que la socialice con su familia y decidan todas las opciones concernientes a la atención del parto; así mismo fijen la fecha para que el personal de salud acuda a su domicilio para la segunda y tercera entrevista.
- Segunda entrevista: se realiza en el domicilio de la gestante antes de la segunda atención prenatal, según la fecha acordada para comprometer a la pareja y a la familia.
- Tercera entrevista: se realiza en el domicilio de la gestante con la participación del agente comunitario o líder comunitario según la fecha acordada para asegurar el apoyo con el transporte en caso de emergencia, entre otras cosas.
- En caso sea atendida la gestante en un hospital, las entrevistas del plan de parto serán realizadas en dicho establecimiento de salud.

En el caso de gestante adolescente, previo consentimiento de la adolescente y en calidad de confidencialidad, la tercera entrevista se realiza en la institución educativa, con la participación del tutor o docente encargado del aula para asegurar: permanencia en la institución educativa, apoyo en caso de emergencia, para garantizar el parto institucional y la reinserción escolar después del mismo.

En el segundo y tercer nivel de atención, las entrevistas pueden realizarse durante la consulta pre natal

Se considera Plan de Parto Efectivo, en aquella gestante que después de haberle realizado las 3 entrevistas termina en parto institucional.

#### 6.1.5.2 Instrumentos

##### Radar de Gestantes

- Es de aplicación obligatoria en el primer nivel de atención
- Su cumplimiento es responsabilidad del Jefe del Establecimiento y responsable de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva.
- El radar de gestantes debe ser un instrumento sencillo y estar ubicado en los consultorios de atención a las gestantes o sala situacional del establecimiento.
- El radar debe identificar los tramos de accesibilidad (tipo de carretera), distancia (km), tiempo (Hora) al establecimiento de salud.
- El radar debe diferenciar a las gestantes según factor de riesgo: adolescente, nulípara, multipara, complicada, abandonada, etc.
- Su actualización se realizará de manera semanal, determinando el día de acuerdo a la realidad local, con la finalidad de registrar los cambios



ocurridos con las gestantes: incluyendo a nuevas gestantes, las que tuvieron un parto o aborto, las que acudieron o no a su atención prenatal.

- El responsable de salud materna deberá socializar la situación actual del radar al equipo de salud y a los agentes comunitarios de salud, cada siete días y deberán cruzar información de partos esperados para el mes y relación de gestantes que no acuden a su atención prenatal. (Reportes obtenidos del SIP 2000 y/ o Libro de Registro de Seguimiento actualizado de Gestantes y Púérperas).
- Para identificar la ubicación de las Gestantes en el Radar se considera :
  - Gestante o púérpera que acude a su cita: identificar con marcador, chinche u otro diseño de color NEGRO.
  - Gestante o púérpera que no acude a su cita: identificar con marcador, chinche u otro diseño de color ROJO.
  - Gestante con detección de complicaciones: identificar con marcador, chinche u otro diseño de color AMARILLO
  - Gestante con Fecha Probable de Parto (FPP) próximo: identificar con marcador, chinche u otro diseño de color VERDE.
  - Gestante con riesgo social: identificar con marcador, chinche u otro diseño de color AZUL

#### **Libro de seguimiento o Padrón de Gestantes**

Las gestantes y púérperas están sujetas a vigilancia y seguimiento y deberán estar registradas en el libro de seguimiento para su monitoreo respectivo y toma de decisiones.

Todos los establecimientos de salud, públicos y privados deben contar con el libro de seguimiento o padrón de gestantes donde se debe anotar las gestantes atendidas en el día.

En la primera consulta, se anota nombre y datos completos de la gestante según solicita el libro de registro. En las consultas siguientes se buscará el nombre de la gestante, de acuerdo al día en que acudió a su primera consulta, donde se registrará, sucesivamente, la fecha el número de atención, los avances de acuerdo a la evolución del embarazo y finalmente la fecha de próxima cita.

#### **Instrumentos e Insumos para la visita domiciliaria:**

La visita domiciliaria se programa teniendo en cuenta las gestantes que no acuden a la cita prevista, gestantes con fecha probable de parto para el mes, gestantes con factor de riesgo y gestantes nuevas atendidas, datos obtenidos del radar de gestantes, el libro de seguimiento o padrón de gestantes, reportes del SIP 2000 y cuaderno de visitas domiciliarias. Es necesario asegurar visitas efectivas.

La visita domiciliaria se prepara a través de un plan de visita personalizado según el caso o motivo de visita.

#### *Kit de visita domiciliaria*

Dependiendo del plan de visita personalizado se deben tener en cuenta los siguientes insumos:

- Ficha de plan de parto (Anexo N° 5)
- Registro de Visitas domiciliarias.



- Rotafolio de salud materna y perinatal
- Carné Materno Perinatal.
- Termómetro.
- Estetoscopio.
- Fetoscopio de Pinard
- Tensiómetro
- Linterna
- Guantes
- Cinta Obstétrica
- Gestograma de bolsillo
- Kit Completo de Pruebas rápidas para VIH/SIDA y Sífilis
- Hemoglobímetro
- Toalla descartable
- Alcohol Gel
- Frasco recolector de esputo (descartable)
- Folletería relacionada a salud materna perinatal



#### **Registro de Gestantes y Puérperas que recibieron la visita domiciliaria**

Las visitas correspondientes a plan de parto, se registrarán en el instrumento de plan de parto.

Las visitas correspondientes al seguimiento de gestantes y puérperas se registrarán en la ficha de visita domiciliaria (Anexo N° 9).

Una copia de ambos registros debe quedar en la historia clínica y deben, además, registrarse en el cuaderno de visitas especificando el motivo de visita: plan de parto o seguimiento, siendo responsabilidad del profesional que realiza la visita domiciliaria.

## **6.2 COMPONENTE DE GESTIÓN**

Los niveles de dirección de los establecimientos de salud y unidades ejecutoras deben incluir en el Plan Operativo Anual las actividades y metas operativas para la salud materna incluyendo el realizar actividades de monitoreo, supervisión y evaluación; utilizando indicadores de proceso, resultado e impacto.

### **6.2.1. PLANIFICACIÓN LOCAL DE LA ATENCIÓN MATERNA**

#### **a) Criterios para la planificación**

- Evolución histórica de la demanda.
- Recursos disponibles.
- Factores socioeconómicos, geográficos y culturales.

#### **b) Resultados esperados**

- Incrementar la cobertura de gestantes controladas.
- Incrementar la cobertura de partos institucionales.



- Disminuir los partos domiciliarios
- Disminuir el embarazo en adolescentes.
- Disminuir la prevalencia de anemia en gestantes.
- Disminuir el número de abortos inseguros.
- Disminuir la incidencia de partos prematuros.
- Incrementar el inicio de la lactancia en la primera hora.
- Disminuir los casos de bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos).
- Disminuir la prevalencia de tétanos neonatal.
- Disminuir la transmisión vertical de VIH y sífilis.
- Disminuir la morbilidad materna y perinatal.
- Disminuir la letalidad materna.
- Disminuir la razón de mortalidad materna (RMM).
- Disminuir la tasa de mortalidad perinatal (TMP).
- Disminuir la tasa de complicaciones obstétricas.
- Disminuir la tasa de cesáreas innecesarias.

**c) Recursos necesarios**

- Historia Clínica Materno Perinatal.
- Carné Perinatal.
- Aplicativo Analítico SIP 2000.
- Partograma OMS.
- Paquetes para la atención del parto.
- Paquetes para la atención de cesáreas.
- Suplemento de hierro, ácido fólico, calcio y vitamina A.
- Contar con sangre segura.
- Contar con el paquete completo de insumos de laboratorio.
- Paquetes para la atención integral del aborto incompleto.
- Paquete de medicinas e insumos para las principales emergencias obstétricas: clave roja, azul y amarilla, según norma vigente.



**Actividades a programar\***

| ACTIVIDAD  | UNIDAD DE MEDIDA       | CRITERIOS                    |
|--|------------------------|------------------------------|
| <b>PRE GESTACIÓN</b>                                     |                        |                              |
| 1. Atención pregestacional                               | Mujer/Pareja preparada | 5% de MEF                    |
| <b>GESTACIÓN</b>   |                        |                              |
| 1. Gestante atendida                                     | Gestante atendida      | 80% de gestantes esperadas   |
| 2. Gestante controlada                                   | Gestante controlada    | 85% de gestantes programadas |
| 3. Preparación psicoprofiláctica y estimulación prenatal | Gestante preparada     | 60% de gestantes programadas |
| 4. Atención de la gestante con complicaciones            | Gestante complicada    | 15% de gestantes esperadas   |
| <b>PARTO</b>   |                        |                              |
| 1. Atención del parto                                    | Parto atendido         | 85% de gestantes programadas |
| 2. Atención de complicaciones del parto                  | Parto complicado       | 10% de partos programados    |
| 3. Atención del parto complicado quirúrgico              | Cesárea                | 20% de partos programados    |
| <b>PUERPERIO</b>   |                        |                              |
| 1. Atención del puerperio                                | Puérpera atendida      | 100% de partos programados   |
| 2. Atención del puerperio con complicaciones             | Puérpera complicada    | 10% de partos programados    |

\* Sujeto a cambios según planes operativos y estrategias de intervención

**6.2.2. MONITOREO, SUPERVISIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA**

La Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva y la Etapa de Vida Niño del nivel nacional y regional conjuntamente con los equipos de epidemiología y estadística e informática, analizarán la información epidemiológica registrada sobre morbilidad y mortalidad materna perinatal basándose en los siguientes criterios:

- Las actividades de supervisión y asistencia técnica de las distintas redes, microrredes y hospitales son de responsabilidad de las direcciones de salud/direcciones regionales de salud y tiene como objetivo evaluar el desempeño de los equipos locales de salud, intercambiar experiencias y retroalimentar la gestión de acuerdo a los resultados de las evaluaciones. Se desarrolla como un proceso educativo, donde se identifican problemas de gestión y calidad en el trabajo y se recomiendan acciones para resolverlos o superarlos.
- Durante la visita de monitoreo, supervisión y asistencia técnica, el equipo de salud y los/las coordinadores/as prestarán particular atención a:



- El análisis de las muertes maternas y perinatales se realizan cumpliendo con las disposiciones del Comité Nacional y los Comités Regionales de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.
  - El manejo estandarizado según las guías de práctica clínica, aplicando las listas de chequeo para la atención de las emergencias obstétricas, según nivel de capacidad resolutoria, y los estándares e indicadores de calidad en la atención materna.
  - Notificación de los casos de muerte materna, según norma
  - Notificación de los casos de VIH/SIDA y sífilis congénita según norma.
  - La implementación de normas de bioseguridad y su cumplimiento para la prevención de la transmisión de infecciones.
  - El registro estadístico de los casos y situaciones de violencia doméstica intrafamiliar y sexual, explotación y abuso sexual.
- c) La periodicidad de las actividades de monitoreo, supervisión y asistencia técnica se realizará de la siguiente manera:
- Del nivel nacional al nivel regional mínimo 1 vez al año.
  - Del nivel regional al hospital y redes 2 veces al año.
  - De red a microrred y establecimientos del primer nivel en forma mensual o según necesidad y accesibilidad.
  - Del establecimiento de salud a los agentes comunitarios y organizaciones comunales de la jurisdicción.
- d) El seguimiento y monitoreo debe considerar aspectos como:
- Conformación de la red obstétrica.
  - Competencia del recurso humano.
  - Calidad técnica de los servicios y satisfacción de usuarios.
  - Vigilancia comunitaria en coordinación con los servicios de salud.
  - Gestión intra e intersectorial.
  - Gestión de medicamentos e insumos.
  - Aseguramiento universal de salud.
  - Estrategias locales para la prevención de complicaciones de la madre.
- e) El instrumento de monitoreo, supervisión y asistencia técnica a utilizar por el nivel central es la Ficha de Asistencia Técnica Especializada en Salud Materna la que podría ser adecuada en las regiones para sus niveles operativos.

### 6.2.3 EVALUACIÓN

Los establecimientos de salud del sector público deben:

- a) Cumplir con los objetivos y metas propuestos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Etapa de Vida Niño, de acuerdo al Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015.
- b) Cumplir con los criterios establecidos en los estándares e indicadores de calidad de la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales.



- c) Evaluar los indicadores de proceso, resultado e impacto de la estrategia implementada para la reducción de la mortalidad materna y perinatal.
- d) La evaluación se realizará con una periodicidad anual a nivel nacional, semestral a nivel regional y trimestral en las unidades operativas del nivel local, teniendo en cuenta el corto, mediano y largo plazo para el cumplimiento de metas.

#### 6.2.4. INDICADORES

Se utilizarán los indicadores propuestos por los siguientes documentos técnicos a fin de medir las actividades en salud materna:

- Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 – 2015.
- Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales
- Modelo de intervención para mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales
- Definiciones operacionales y criterios de programación del programa estratégico materno neonatal en el marco de presupuesto por resultados
- Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Perinatal
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna



#### 6.2.5. INFORMACIÓN

El sistema de información, registra, procesa, consolida y analiza las actividades de atención en salud materna y perinatal que se realiza en todos los establecimientos de salud del sector. La información debe contener los datos requeridos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y la Etapa de Vida Niño, según niveles de complejidad.

##### Fuentes de información:

Las principales fuentes de información utilizadas en salud materna y perinatal, que se manejan desde el Ministerio de Salud son:

- a) Sistema HIS:
  - Registro diario de actividades
  - Reporte 40 (del HIS)
- b) Aplicativo Analítico SIP 2000:
  - Historia clínica materno perinatal
  - Carné de atención materno perinatal
  - Reportes del sistema
- c) Informes de Gestión de Servicios Maternos
  - Producción de servicios de salud materna (Anexo N° 6)
  - Notificación mensual de defunción materna
  - Reporte de las Funciones Obstétricas y Neonatales (FON)
  - Reporte de los estándares e indicadores de calidad de atención materna
- d) Sistema de referencia y contrarreferencia:



- Ficha de referencia
  - Ficha de contrarreferencia
- e) Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna:
- Ficha de notificación inmediata
  - Ficha de investigación epidemiológica de muerte materna
- f) Seguro Integral de Salud (SIS)

#### Registros básicos:

a) Historia Clínica Materno Perinatal.- Es un instrumento desarrollado en base a una metodología sistemática con el objetivo de satisfacer las necesidades de información en la atención de la gestante, puérpera y recién nacido, está constituida por cinco páginas. La historia es llenada tanto en consulta externa, emergencia, hospitalización, centro obstétrico y servicio de neonatología. (Anexo N° 3)

b) Libro de Registro de Seguimiento de la Gestante y Puérpera.- Se encuentra ubicado en los consultorios que brindan atención prenatal y control de puerperio de los establecimientos de salud; el personal de salud que realizan en su momento dicha atención es el responsable de registrar los datos en el libro correspondiente. (Anexo N° 7)

c) Libro de Registro de Atención de Parto.- Se encuentra ubicado en sala de partos; el profesional de salud que atendió el parto es el responsable de registrar los datos en el libro de partos en los sectores que les corresponde. El profesional que atiende el recién nacido debe registrar los datos que les corresponden. Se registran todos los partos que se producen en el establecimiento incluida las cesáreas. (Anexo N° 8)

d) Libro de Registro de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación prenatal. Se encuentra ubicado en el lugar donde realizan la actividad; el profesional de Obstetricia que realiza psicoprofilaxis es la/el responsable de registrar los datos en el libro correspondiente.

f) Libro de Registro de Procedimientos Médico Quirúrgico. Se encuentra ubicado en sala de operaciones y será llenado por el médico que realiza dicho procedimiento: Aspiración Manual Endouterina (AMEU), legrados uterinos, cesáreas, etc.

g) Libro de Registro de Emergencias Obstétricas.- Se encuentra ubicado en la sala de emergencia y es llenado por el profesional que atiende la emergencia obstétrica sea en el embarazo, parto o puerperio.

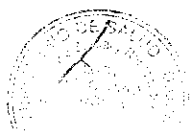
#### Flujos de Información:

Para efectos del proceso de consolidación de la información mensual de producción de servicios materno perinatal, se procede de acuerdo al flujo contenido en el Anexo N° 10.

#### 6.2.6. PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN

Los jefes/responsables de los Departamentos/Servicios de Atención Gineco-Obstétrica y las/los coordinadoras/es de la ESRSSR en coordinación con la Oficina de Comunicaciones implementarán planes de IEC en prevención de la morbilidad y mortalidad materna fomentando una maternidad saludable y segura, dirigidos a personal de los servicios de salud, centros educativos, redes sociales y a los decisores políticos de los sectores de educación, salud, protección social, etc., aprovechando las distintas instancias de participación.

Las/los coordinadoras/es de la ESRSSR en coordinación con la Dirección General de Promoción de la Salud, promoverán el auto cuidado de la salud; fortaleciendo el empoderamiento y la autonomía de la mujer para un ejercicio responsable y placentero de la sexualidad, maternidad/paternidad responsable, voluntaria y sin riesgos.





### 6.2.7. GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD MATERNA

En el marco de los procesos de mejora de la calidad de los servicios que cumplen funciones obstétricas y neonatales, las regiones deben capacitar a su personal en los centros de desarrollo de competencias (CDC), que permita tener al personal actualizado y con las competencias para resolver las emergencias obstétricas. Los centros de capacitación deben ser implementados en los EESS estratégicos.

Para determinar los CDC es necesario tener en cuenta los siguientes criterios:

- La sede del CDC regional para emergencias obstétricas debe ser el hospital con mayor capacidad resolutoria de la región: establecimiento que cumple FONE o FONI.
- Las sedes de pasantía para parto vertical, atención prenatal reenfocada, violencia basada en género y otros deben ubicarse en establecimientos que cumplen FONB, FONE y FONI.
- Las sedes deben cumplir con el 80% de los estándares e indicadores de acuerdo al Documento Técnico "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales" que permita ofrecer experiencias de aprendizaje a los participantes a fin de lograr las competencias previstas según nivel de atención.
- El equipo de gestión, los jefes de los servicios y los trabajadores de las sedes de capacitación deben manifestar una actitud de compromiso, para ofrecer servicios de capacitación y asistencia técnica.

Las Direcciones de Salud/ Direcciones Regionales de Salud deben:

- Identificar las necesidades y brechas en el sistema de capacitación regional para la atención materna y perinatal.
- Identificar y determinar los establecimientos candidatos a sedes de capacitación (CDC) regional y sedes de pasantía.
- Determinar el flujo de capacitación para lo cual es necesario la identificación y priorización de las redes y microrredes de salud que inician el proceso de capacitación.
- Solicitar la calificación como sede docente a la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos.
- Determinar la modalidad de capacitación:
  - Talleres regionales o locales según nivel de atención
  - Capacitación en servicio
  - Pasantía en establecimientos calificados como CDC o Sedes de Pasantías

### 6.2.8. INVESTIGACIÓN EN SALUD MATERNA

- a) Los jefes/responsables de los Departamentos/Servicios de Atención Gineco-Obstétrica, las/los coordinadoras/es regionales de la Estrategia Sanitaria Regional de Salud Sexual y Reproductiva, promoverán la investigación operativa en temas de salud materna, según corresponda, determinando las líneas de investigación a través de talleres con los establecimientos de su jurisdicción.

## 6.3 COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN



- La DISA/DIRESA o quien haga sus veces debe organizar la red de atención garantizando la ubicación estratégica de los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales.
- La DISA/DIRESA o quien haga sus veces debe contar con un Banco de Sangre y organizar su Red de Hemoterapia según normatividad vigente
- La DISA/DIRESA o quien haga sus veces debe asegurar el buen funcionamiento del Centro Regional de Referencias, Urgencias y Emergencias, según normatividad vigente, quienes coordinarán con el CENARUE nacional y el SAMU.
- Los establecimientos de salud deben garantizar los recursos necesarios para el manejo de las complicaciones obstétricas de acuerdo a la categoría del establecimiento.
- Para el cuidado integral de la gestante se debe promover la participación de la familia y la comunidad.

### 6.3.1 Referencia y Contrarreferencia en salud materna

El sistema de referencia y contrarreferencia debe estar operativo en todos los niveles de atención, según normatividad vigente, que facilite el acceso y manejo oportuno de las complicaciones obstétricas, a establecimientos con capacidad resolutive.

En salud materna debe contemplar el tiempo de sobrevivencia ante una complicación obstétrica.

El sistema de referencia y contrarreferencia debe trabajar en estrecha coordinación con el CENARUE y el SAMU.

#### Horas disponibles para salvar complicaciones obstétricas

| Complicación          | Horas | Días |
|-----------------------|-------|------|
| Hemorragia post-parto | 2     |      |
| Hemorragia ante-parto | 12    |      |
| Ruptura uterina       |       | 1    |
| Eclampsia             |       | 2    |
| Parto obstruido       |       | 3    |
| Infección             |       | 6    |

Fuente: Anne Paxton, Oficial principal de Programas, Monitoreo y Evaluación - AMDD, Deborah Maine, Directora de programas - AMDD, Nadia Hijo, Consultora - AMDD. <http://www.amdd.hs.columbia.edu/>

#### Medios de comunicación

En el marco de la reducción de la mortalidad materna, los medios de comunicación juegan un papel importante:

- Todos los establecimientos de salud deben garantizar que los medios de comunicación como radios, teléfono fijo, celulares, etc. se mantengan operativos permanentemente las 24 horas del día y con el personal programado según rol de turnos para la recepción de la información.
- Frente a la eventualidad de una Emergencia Obstétrica, la notificación es inmediata dentro de las 24 horas y obligatoria a la cabecera de Microrred, la misma que debe monitorizar, registrar y comunicar a la Red de Servicios de Salud, quien comunicará a la DISA/DIRESA.



NTS N° -MINS/DGSP. V.01  
NORMA TÉCNICA DE SALUD: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA

- Promover en las comunidades que cuenten con radio operador, conozcan la frecuencia del Ministerio de salud así como su indicativo, para la notificación comunal de casos de Gestantes con signos de alarma (Trabajo de Parto y Emergencias obstétricas).
- Las Gestantes Migrantes o Transeúntes que no corresponden a la jurisdicción del Establecimiento de Salud deben ser notificadas a las cabeceras de Microrredes/Redes de Salud y DIRESAS/DISAS y en el caso que la gestante retorna a su lugar de origen comunicar al establecimiento de salud para la continuidad de su atención.

**Procedimientos para la referencia de emergencia**

- Colocar vía segura con catéter endovenoso N° 16 ó 18 en el caso si fuera gestante o puérpera.
- Vía aérea libre, si requiere oxígeno administrar 3 litros por minuto con cánula nasal o 5 litros por minuto con máscara de Venturi.
- Posición en decúbito dorsal con elevación de miembros inferiores en caso de sangrado, en gestantes mayores de 22 semanas en decúbito lateral izquierdo.
- Abrigar a la usuaria manteniendo la temperatura corporal,
- Registro y monitoreo de funciones vitales, diuresis, latidos fetales, pérdida de sangre, según sea el caso, durante el traslado de la paciente.
- Personal de salud que acompaña debe ser profesional(es) con competencias en el manejo de emergencias obstétricas.
- Familiar que acompaña es potencial donante de sangre por lo que debe haber recibido orientación/consejería previa al traslado.
- En casos de hemorragia se deben realizar maniobras que reduzcan la pérdida sanguínea.
- En casos de convulsiones verificar vías aéreas permeables y evitar que la gestante se muerda la lengua, realizando el manejo de acuerdo al caso.
- Coordinar con el lugar de referencia, llenar ficha de referencia y formatos del SIS/AUS.
- Tener consentimiento informado de la paciente o de sus familiares para el traslado.
- El establecimiento que realiza la recepción debe firmar la copia de la referencia con el diagnóstico de ingreso y devolver al establecimiento de origen.

En los casos de que la gestante o puérpera no acepte la referencia y ponga en riesgo su vida y/o la de su recién nacida/o, el personal de salud que lo atiende solicitará la intervención de la autoridad del Ministerio Público.

Los casos de referencia por consulta externa se deben realizar con la ficha correspondiente.

**Nivel de Referencia de principales complicaciones**

Si se diagnostican las siguientes patologías, proceder como sigue al referir:



NTS N° -MINSA/DGSP. V.01  
NORMA TÉCNICA DE SALUD: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA

|   |   |
|---|---|
| Diabetes  | Establecimiento FONE; manejo de acuerdo a las indicaciones del especialista.  |
| Cardiopatía   | Establecimiento FONE, FONI; manejo de acuerdo al diagnóstico del especialista.  |
| Neuropatía  | Establecimiento FONE, FONI; manejo de acuerdo con indicaciones del especialista.                                      |
| Epilepsia   | Establecimiento FONE; manejo de acuerdo con indicaciones del especialista, dar información sobre medicación continua. |
| Abuso de drogas   | Establecimiento FONE para atención especializada.   |
| Anemia severa   | Incrementar la dosis de hierro [GNAISSR], o derivar a establecimiento FONB ó FONE para manejo por especialista.       |
| VIH Reactivo  | Referir a un establecimiento FONE; según NTS N° 064-2008-MINSA/DGSP-V.01)   |
| Antecedente familiar de Enf. Genética                         | Establecimiento FONI; para los estudios respectivos.  |
| Mortinato previo  | Establecimiento FONB ó FONE; para manejo del especialista.  |
| Embarazo múltiple   | Establecimiento FONB ó FONE; manejo de acuerdo a indicaciones del especialista  |
| Neonato con retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) previo | Establecimiento FONB ó FONE; para manejo del especialista.  |
| Antecedente de eclampsia o pre-eclampsia                      | Establecimiento FONB ó FONE; manejo según indicación del especialista   |
| Cesárea previa  | Referir a un establecimiento FONB ó FONE, para evaluación y si necesario programar una cesárea.                       |
| Presión sanguínea alta (>140/90 mm Hg)                        | Referir a un establecimiento FONE para evaluación y tratamiento.  |



### **Contrarreferencia**

- En el momento del alta se debe entregar a la usuaria epicrisis y la ficha de contrarreferencia para devolver al establecimiento de origen.
- Comunicar al establecimiento de origen el alta de la paciente a fin de que se haga el seguimiento respectivo.
- El establecimiento de origen debe hacer seguimiento de todas las usuarias referidas en el mes.
- En todo momento se debe guardar la ética profesional y evitar comentarios inoportunos, delante de la usuaria y/o sus familiares, sobre los diagnósticos de origen y destino.
- La unidad de referencia del establecimiento de destino debe brindar las facilidades a las usuarias referidas por consulta externa y realizar la contrarreferencia correspondiente.

### **6.3.2 Organización de la comunidad frente a las complicaciones maternas**

Implementar acciones de vigilancia comunitaria con enfoque territorial, de acuerdo al Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad que permita:

- Coordinar para contar con medios de comunicación y transporte comunitarios.
- Coordinar y promover un plan para la donación de sangre y/o donantes potenciales de sangre en caso de emergencia.
- Promover un esquema financiero de la familia y comunidad para gastos imprevistos.
- Contar con un sistema de referencia comunal operativo.

### **6.3.3. Casas de Espera Materna**

Estrategia de cogestión con autoridades locales y comunidad que permite mejorar la accesibilidad de las gestantes a los servicios de salud, acercando aquellas gestantes que viven en lugares alejados a un establecimiento FONB para la atención de su parto.

Todos los establecimientos FONB de zona rural deben coordinar la posibilidad de contar con una casa de espera materna.

El profesional responsable de salud materna del establecimiento de salud, tiene las siguientes responsabilidades en la casa de espera:

- Visitar la casa de espera a la entrada y salida de cada turno
- Evaluar a las gestantes/puérperas que se encuentren hospedadas en la casa de espera
- Brindar orientación/consejería en salud materna.
- Coordinar una estancia tranquila y saludable
- Coordinar el buen mantenimiento de la casa de espera
- Organizar las actividades de la pareja y familia durante la estancia



## 6.4 COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO

El financiamiento para el desarrollo de las actividades de salud materna se programa anualmente a nivel nacional de acuerdo al Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal, utilizando la metodología de Presupuesto por Resultados del Ministerio de Economía y Finanzas.

Las Direcciones de Salud, Direcciones de Salud, o la que hagan sus veces deben asegurar la planificación presupuestal en cada una de sus unidades ejecutoras.

## VII. RESPONSABILIDADES:

### 7.1. NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas y Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, es responsable de difundir la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional, así como de brindar asistencia técnica para su implementación, y evaluación de su cumplimiento.

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, en cumplimiento de sus funciones implementará la presente Norma Técnica de Salud en el ámbito de su competencia.

### 7.2. NIVEL REGIONAL

Las Direcciones de Salud/Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y redes ejecutoras son responsables de difundir y de implementar la presente Norma Técnica de Salud en sus redes, microrredes y establecimientos de salud de su ámbito, brindando asistencia técnica y supervisando su cumplimiento.

### 7.3. NIVEL LOCAL

Las redes, microrredes y establecimientos de salud son responsables de aplicar la presente Norma Técnica de Salud, según corresponda.

## VIII. DISPOSICIÓN FINAL

Las direcciones de salud, las direcciones regionales de salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional, elaborarán el plan de implementación de la presente norma en los establecimientos de salud de su jurisdicción y lo incorporarán en sus planes operativos.

## IX. ANEXOS

- ANEXO N° 1 DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN LA ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL
- ANEXO N° 2 ESQUEMA BASICO DE LA ATENCIÓN PRENATAL
- ANEXO N° 3 HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL.
- ANEXO N° 4 FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN DE LA GESTANTE.
- ANEXO N° 5 PLAN DE PARTO
- ANEXO N° 6 REPORTE MENSUAL DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS MATERNO PERINATAL
- ANEXO N° 7 LIBRO DE SEGUIMIENTO DIARIO DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA.
- ANEXO N° 8 LIBRO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DE PARTO.
- ANEXO N° 9 REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA DOMICILIARIA.
- ANEXO N° 10 FLUJO DEL PROCESO DE LA INFORMACIÓN



ANEXO N° 01

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN LA ATENCIÓN MATERNA**

**Derechos de las personas que reciben atención materna**

a) **Privacidad y Confidencialidad.-** Toda gestante o puérpera que acude a los servicios de salud tiene derecho a:

- La confidencialidad respecto al motivo de su atención, así como los registros de la atención y comunicación de su caso o del recién nacido/a se cumpla en todos los servicios del establecimiento de salud.
- Ser examinada ella y/o su recién nacido/a en consultorios que aseguren la privacidad visual y auditiva.
- Aceptar o rechazar la presencia de personas, que no estén directamente involucradas en su atención o en la de su recién nacido/a.
- Solicitar que esté presente una persona de su confianza durante el examen físico, el tratamiento o el procedimiento, que puedan traducir en caso hable otro idioma
- Permanecer con ropa de examen, bata u otra vestimenta, por el tiempo que es necesario para llevar a cabo el procedimiento ginecológico u obstétrico.

b) **Información.-** Toda gestante o puérpera que acude a los servicios de salud tiene derecho a:

- Recibir información completa, actualizada y en su idioma sobre su estado de salud y el de su recién nacido/a, debiendo verificar que el mensaje ha sido comprendido.
- Recibir información sobre el embarazo, parto, puerperio y cuidados de su recién nacido/a.
- Recibir información sobre los requisitos y procedimientos a seguir para la afiliación y atención por el Seguro Integral de Salud (SIS) o el Aseguramiento Universal en Salud (AUS).
- Solicitar y recibir, un informe médico (diagnóstico, indicaciones, resultado de análisis, procedimientos y tratamiento), así como la epicrisis.
- Que se le brinde información sobre su estado de salud y de la/el recién nacido/a (los motivos de atención, diagnósticos y tratamientos), a las personas que ella autorice, excepto en los casos que la ley lo señale.
- Que el personal de salud que está a cargo de su atención esté debidamente identificado.
- Conocer quién/quienes son los profesionales responsables de los procedimientos de atención o tratamiento.

c) **Seguridad en la atención.-** En los servicios de salud, toda gestante o puérpera y recién nacido/a tiene derecho a:

- Recibir atención mediante prácticas que cumplan los estándares sanitarios correspondientes en cada nivel de atención de los establecimientos de salud.
- Que las instalaciones de los establecimientos de salud cuenten con las medidas de privacidad, prevención de infecciones asociadas a la



atención en salud, bioseguridad y protección necesarios para su seguridad personal y la de su recién nacida/o.

**d) Comunicación.-** Toda gestante o puérpera que acude a los servicios de salud tiene derecho a:

- Hablar sólo con las personas que estén oficialmente relacionados/as con su atención, o la de su recién nacida/o, evitando el trato con visitantes no autorizados por la paciente.
- Poder comunicarse de manera verbal o escrita con personas de su elección durante su hospitalización en los establecimientos de salud.

**e) Toma de decisiones.-** Toda gestante o puérpera que acude a los servicios de salud tiene derecho a:

- Tomar decisiones relacionadas con el tratamiento o atención de salud de ella o su recién nacida/o, a través del consentimiento informado y voluntario, de ser el caso.
- No ser sometida, ella o su recién nacida/o, a ningún procedimiento sin su consentimiento informado y voluntario.
- No ser sometida a presión alguna para elegir un método anticonceptivo de inmediato sobre todo después del parto o aborto.
- Consultar con otros profesionales de salud, antes de dar su consentimiento, sin perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios de salud.
- Rehuser su participación en actividades de investigación, actividades de docencia o actividades de entrenamiento clínico, sin perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios de salud o participar voluntariamente luego de haber dado consentimiento informado.

**f) Rehuser a recibir tratamiento.-** Toda gestante o puérpera que acude a los servicios de salud tiene derecho a:

- Rehuser la atención o tratamiento en cualquier momento después de haber recibido la información completa, siempre y cuando no se encuentre en situación de emergencia (riesgo de fallecimiento o daño permanente ) ella, el producto de la concepción o su recién nacida/o, en estos casos, se debe informar a la Fiscalía de Prevención del Delito.

**g) Respeto y Dignidad.-** Toda gestante o puérpera, que acude a los servicios de salud tiene derecho a:

- Recibir trato respetuoso y amable de parte del personal de salud en todo momento y bajo todas las circunstancias.
- Que en la atención se respeten las creencias, religión, valores y actitudes propias de su cultura.

**h) Identidad.-** Toda madre debe recibir gratuitamente el certificado de nacimiento de su recién nacida/o en los establecimiento de salud, ya sea de parto institucional o domiciliario, condición indispensable para la inscripción en el registro civil. En los casos de parto institucional se debe entregar el certificado de nacimiento al alta de la puérpera.

**i) Reclamo.-** Toda gestante o puérpera que acude a los servicios de salud tiene derecho a:

- Presentar reclamo o queja sobre su inconformidad por la atención recibida tanto por ella como por su recién nacida/o.





### Derechos sexuales y reproductivos de las usuarias en salud materna

Toda gestante o puerpera tiene derecho a:

- Recibir la información, educación y comunicación relacionada a la salud sexual y reproductiva, cuidados maternos y del recién nacido/a.
- Disfrutar de su sexualidad y su maternidad al más alto nivel posible de salud física, mental y social.
- Decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.
- Tener acceso a los servicios de salud materno infantiles, en condiciones de igualdad, independientemente de la edad, condición social, estado civil, raza y religión y sin estar sujeto a coerción, discriminación o violencia.
- Tener acceso a la atención prenatal, parto, puerperio y cuidados de la/el recién nacida/o.

### Deberes de las usuarias para la atención de salud materna

Las usuarias de los servicios de salud materna deben:

- Brindar los datos veraces sobre sus antecedentes y estado de salud de ella, que contribuyan al diagnóstico y al plan de atención integral de ambos.
- Acudir a los servicios de salud a fin de recibir las atenciones para ella y su recién nacida/o en las fechas establecidas.
- Cumplir las recomendaciones e indicaciones, así como los tratamientos y procedimientos que el personal de salud indique para la recuperación de su salud y/o la de su recién nacida/o.
- Colaborar con el equipo de salud para el traslado al nivel de referencia en los casos que lo ameriten.
- Participar activamente en el auto cuidado de su salud sexual y reproductiva de acuerdo con la información, educación y comunicación recibida del personal de salud.

### Deberes de los prestadores de servicios de atención materna

#### a) Enfoque de género en la atención materna

El personal de salud que brinda atención materna debe:

- Conocer, respetar y promover los derechos sexuales y reproductivos de las parejas, considerando el mayor riesgo de enfermar y morir que tienen las mujeres por los factores propios de la reproducción.
- Brindar información clara y precisa sobre el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y varones para reducir las inequidades que existen en la toma de decisiones.
- Fomentar la participación y responsabilidad de los varones en la salud materna y perinatal, así como el acompañamiento durante la atención prenatal, parto, puerperio y cuidados de la/el recién nacida/o.
- Promover la participación activa del varón en los cuidados durante el embarazo (atención prenatal, psicoprofilaxis, estimulación prenatal), parto (parto con acompañante) puerperio. y cuidados de la recién nacida/o.



- Realizar el diagnóstico de violencia familiar y riesgo biopsicosocial de la gestante.

**b) Enfoque de interculturalidad en la atención materna**

El proveedor de salud que brinda atención materna debe:

- Conocer y respetar la cultura étnica, lingüística, creencias religiosas, durante la atención del embarazo, parto y puerperio. Siempre y cuando no implique riesgos para la salud de la madre, el feto y el recién nacido/a.
- Considerar los conocimientos, actitudes y prácticas de las/los usuarias/os para brindar la atención respecto a la adecuación cultural de los servicios.
- Promover el uso de las casas de espera (hogares maternos)
- Brindar atención del parto humanizado: con acompañante, parto vertical, etc.
- Trabajar con agentes comunitarios de salud.
- Promover la formación de redes sociales de apoyo a las madres gestantes y puérperas.



NTS N° -Minsa/DGSP. V.01  
NORMA TÉCNICA DE SALUD: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA

ANEXO N° 2

ESQUEMA BÁSICO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

| ACTIVIDAD  | 1ra.<br>Atención<br>< 14 sem | 2da.<br>Atención<br>14-21 sem | 3ra.<br>Atención<br>22-24 sem | 4ta.<br>Atención<br>25-32 sem | 5ta.<br>Atención<br>33-36 sem | 6ta.<br>Atención<br>37-40 sem |
|--|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Confirmación del embarazo  | +                            |                               |                               |                               |                               |                               |
| Orientación/consejería y evaluación nutricional                                    | +                            |                               |                               |                               |                               |                               |
| Anamnesis  | +                            |                               |                               |                               |                               |                               |
| Detección de signos de alarma  | +                            | +                             | +                             | +                             | +                             | +                             |
| Medición de la talla   | +                            |                               |                               |                               |                               |                               |
| Control del peso   | +                            | +                             | +                             | +                             | +                             | +                             |
| Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura                          | +                            | +                             | +                             | +                             | +                             | +                             |
| Examen Gineco-Obstétrico   | +                            |                               |                               |                               |                               |                               |
| Evaluación clínica de la pelvis  | +                            |                               |                               |                               | +                             |                               |
| Estimación de edad gestacional   | +                            | +                             | +                             | +                             | +                             | +                             |
| Diagnóstico del número de fetos (Ecografía y/o palpación)                          | +                            | +                             | +                             | +                             | +                             | +                             |
| Medir altura uterina   |                              | +                             | +                             | +                             | +                             | +                             |
| Auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler)                                       |                              | +                             | +                             | +                             | +                             | +                             |
| Evaluación clínica del volumen de líquido amniótico                                |                              |                               | +                             | +                             | +                             | +                             |
| Diagnóstico presentación, situación fetal  |                              |                               |                               | +                             | +                             | +                             |
| Determinar grupo sanguíneo y Rh  | +                            |                               |                               |                               |                               |                               |
| Determinación de Hb o Hto  | +                            |                               |                               |                               | +                             |                               |
| Urocultivo o examen de orina completa  | +                            |                               |                               |                               | +                             |                               |
| Detección diabetes gestacional   | +                            |                               |                               | +                             |                               |                               |
| Pruebas de Tamizaje para VIH/SIFILIS (Prueba rápida / ELISA/RPR) previa consejería | +                            |                               |                               |                               | +                             |                               |
| Proteína en orina (Con tira Reactiva o Ac. Sulfosalicílico)                        | +                            | +                             | +                             | +                             | +                             | +                             |
| Vacuna antitetánica  |                              | +                             | +                             |                               |                               |                               |
| Toma de PAP(*)   | +                            |                               |                               |                               |                               |                               |
| Evaluación odontoestomatológica  |                              | +                             | +                             |                               |                               |                               |
| Evaluación con Ecografía   | +                            |                               | +                             |                               |                               |                               |
| Administración ácido fólico  | +                            |                               |                               |                               |                               |                               |
| Bienestar fetal. Test no estresante  |                              |                               |                               |                               | +                             | +                             |
| Administración de hierro + ácido fólico  |                              | +                             | +                             | +                             | +                             | +                             |
| Administración de calcio   |                              |                               | +                             | +                             | +                             | +                             |
| Información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación Familiar             | +                            | +                             | +                             | +                             | +                             | +                             |
| Psicoprofilaxis/ Estimulación Prenatal   |                              | +                             | +                             | +                             | +                             | +                             |

\* Gestante en condiciones adecuadas para la toma de PAP.

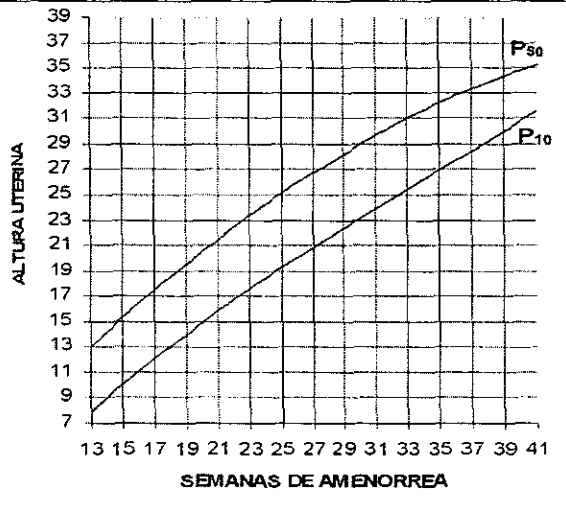
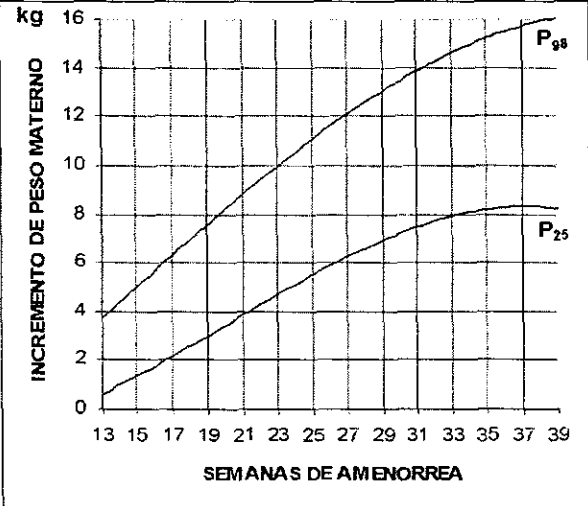




NTS N° -MINSA/DGSP. V.01  
NORMA TÉCNICA DE SALUD: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA

| ATENCIÓNES PRENATALES                                | ATENCIÓN 1  | ATENCIÓN 2  | ATENCIÓN 3  | ATENCIÓN 4  | ATENCIÓN 5  | ATENCIÓN 6  | ATENCIÓN 7  | ATENCIÓN 8  | ATENCIÓN 9  |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Fecha y hora atención (a/m/d hh:mm)                  | / / : / / : | / / : / / : | / / : / / : | / / : / / : | / / : / / : | / / : / / : | / / : / / : | / / : / / : | / / : / / : |
| Edad Gest. (semanas)                                 |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Peso madre (kg)                                      |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Temperatura (°C)                                     |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Presión arter. (mm. Hg)                              |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Pulso materno (por min.)                             |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Altura Uterina (cm)                                  |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Situación (LT/NA)                                    |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Presentación (CP/NA)                                 |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Posición (DM/NA)                                     |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| F.C.F. (por min./NA)                                 |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Mov.fetal (+/++/+++/SMNA)                            |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Proteinuria Cualitativa (+/++/+++/NSH)               |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Edema (+/++/+++/SE)                                  |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Reflejo Osteotendinoso (0. +/++/+++)                 |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Examen de Pezón (Formado/ No Form./Sin Exam)         |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Indic. Hierro /Ac Fólico (mayor o igual a 18 sem)    |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Indic. Calcio  |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Indic. Ac. Fólico                                    |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Orient. Consej. (PFATS/NoU/Inm/VITB/C/No se hizo/NA) |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| EG de Eco Control (Sem/No se hizo/NA)                |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Perfil Biotísico (4, 6, 8, 10 de 10 /NSH/NA)         |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Cita (a/m/d)   |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Visita domicil. (SI/No/NA)                           |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Plan Parto (control/visita/No se hizo/ NA)           |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Estab. de la atención                                |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Responsable atención                                 |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Nro Formato SIS                                      |             |             |             |             |             |             |             |             |             |

L = Longitudinal T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se Hizo



Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas:

1. Sin patologías  Fecha: / /

2. / /

3. / /

Otras patologías (CIE 10):

1: / / / /

2: / / / /

Referencia - Consulta Externa Si  No  No Aplica  Fecha: / / / / Establ. Trasl: / / / /

Referencia - Emergencia Si  No  No Aplica  Fecha: / / / / Establ. Trasl: / / / /

Referencia - Apoyo al Diagnost. Si  No  No Aplica  Fecha: / / / / Establ. Trasl: / / / /

PSICOPROFILAXIS  ESTIMULACIÓN PRENATAL  PLAN DE PARTO Si  No  No Aplica  ALOJADA EN CASA DE ESPERA Si  No  No Aplica



NTS N° -MINS/DGSP. V.01  
NORMA TÉCNICA DE SALUD: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA

|  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>HCMP :</b> Atención Prenatal <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Producto de la concepción: Hijo Único <input type="checkbox"/> Embarazo Múltiple <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/>  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Ingreso al establecimiento por parto</b> <b>Fecha y Hora:</b> / /   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>REFERENCIA AL INGRESO</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>FREC. RESP.</b> / <b>TEMP.</b> /   | <b>SITUACIÓN</b> Longitudinal <input type="checkbox"/> Transversa <input type="checkbox"/> <b>POSICIÓN</b> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> <b>TAMAÑO FETAL ACORDE</b> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>PULSO MATERNO</b> / <b>PRESIÓN ARTERIAL (Sistólica/Diastólica)</b> / / <b>E.G.</b> /  | <b>PRESENTACIÓN</b> Cefálica <input type="checkbox"/> Pelvica <input type="checkbox"/> <b>ALTURA UTERINA</b> / cm <b>F.C.F.</b> / <b>FECHA RUPTURA</b> / /   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Signos y Síntomas de Alerta</b>   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anasarca <input type="checkbox"/> Cianosis <input type="checkbox"/> Escotomas <input type="checkbox"/> Epigastralgia <input type="checkbox"/> Olor hipocond. der. <input type="checkbox"/>   | Hematuria <input type="checkbox"/> Hipot. ortostática <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Proteinuria <input type="checkbox"/>  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Corticoides antenatales (28-34sem)</b>  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> No recibe <input checked="" type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> <b>SEM. INICIO</b> / /  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Tipo Procedimiento</b>  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CESÁREA: Corporal <input type="checkbox"/> Segmentaria <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Medicación en Parto (Ver anexo)</b> Sin medicación <input type="checkbox"/>   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>MEDICACIÓN:</b> 1. / 2. / 3. / <b>MEDICAMENTOS:</b> 1. / 2. / 3. /  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Indicación Principal Parto Operatorio</b> No hubo <input type="checkbox"/>  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Atención</b>  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>NIVEL:</b> FONP <input type="checkbox"/> FONB <input type="checkbox"/> FONE <input type="checkbox"/> FONI <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>   | <b>PARTO NEONATO:</b> Médico <input type="checkbox"/> Residente Médico <input type="checkbox"/> Obstetriz <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Téc. de Enfermería <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empírica o partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Responsable de la atención del Parto:</b> / (firma y sello)   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Responsable de la atención del Neonato:</b> / (firma y sello)   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Recién Nacido</b>   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Sexo:</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> <b>Peso:</b> / g <input type="checkbox"/> < 2500 g <input type="checkbox"/> / g <input type="checkbox"/> < 1500 g <input type="checkbox"/> / g <input type="checkbox"/> > 4000 g <input type="checkbox"/>   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Talla:</b> / mm <b>Temp.:</b> / C   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Edad por Ex. Física:</b> / sem <input type="checkbox"/> < 37 <input type="checkbox"/> / sem <input type="checkbox"/> > 42 <input type="checkbox"/> <b>APGAR:</b> 4-6 <input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/>  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Peso x Edad Gestacional:</b> Adecuado <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/>   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Exam. Físico Hospitaliz.:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>S. Luética RN:</b> VDR/LRPR <input type="checkbox"/>   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>EVOLUCIÓN RN:</b> Deposiciones Mecénal <input type="checkbox"/> Amarilla <input type="checkbox"/> Ictericia Precoz <input type="checkbox"/>   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Alojamiento Conjunto:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Contacto Piel a Piel:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>LME:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Vacunas RN:</b> BCG <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/>   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Tipo de Sangre:</b> Grupo A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> Rh + <input type="checkbox"/> Rh - <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/>  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>PUERPERIO INMEDIATO</b>   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Horas/días postparto o aborto</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pulso (latidos/minuto)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pres. Arterial max/min (mm.Hg)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Involución uterina</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Caract. Loquios (Sangrado: Leve, Moderado, Severo)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Herida oper. (abdominal/perine)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Observaciones</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |  | Horas/días postparto o aborto |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Temperatura |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Pulso (latidos/minuto) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Pres. Arterial max/min (mm.Hg) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Involución uterina |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Caract. Loquios (Sangrado: Leve, Moderado, Severo) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Herida oper. (abdominal/perine) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Observaciones |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Horas/días postparto o aborto  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Temperatura  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pulso (latidos/minuto)   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pres. Arterial max/min (mm.Hg)   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Involución uterina   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Caract. Loquios (Sangrado: Leve, Moderado, Severo)   |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Herida oper. (abdominal/perine)  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Observaciones  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Reingreso RN:</b> Fecha: / / <b>Reingreso</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Diagnóst.:</b> / <b>Fecha egreso:</b> / / <b>Egreso:</b> Sano <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <b>Dx. Fallecim.:</b> / <b>Dx. Traslado:</b> / <b>Establ. Trasl.:</b> / <b>Aimento Al Alta:</b> TSH <input type="checkbox"/> <b>Peso:</b> / g  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Reingreso Materno:</b> Fecha: / / <b>Reingreso</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Diagnóst.:</b> / <b>Fecha egreso:</b> / / <b>Egreso:</b> Sano <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <b>Dx. Fallecim.:</b> / <b>Dx. Traslado:</b> / <b>Establ. Trasl.:</b> / <b>Anticonceptivos:</b> Ligadura Tubaria <input type="checkbox"/> Amesconoc. combinada <input type="checkbox"/> Abstinencia Periódica <input type="checkbox"/> MELA <input type="checkbox"/> Sólo Oritonaxal <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Progesterón. Inyectables <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Progesterón. Orais <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



Resolución Ministerial N° 008-2000-SA/DM, que aprueba la "Historia Clínica Materno Perinatal y su Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios Materno Perinatales SIP 2000".



**NTS N° -MINSADGSP. V.01**  
**NORMA TÉCNICA DE SALUD: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA**

**INDICACIONES AL ALTA:**

---



---



---



---



---



---

FIRMA DEL RESPONSABLE

**EPICRISIS:**

---



---



---



---



---



---

**Los códigos que se presentan corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE 10)**

|                                     |      |                                  |      |
|-------------------------------------|------|----------------------------------|------|
| ANENCEFALIA Y MALF CONG SIML        | 000  | KERIOCTERUS                      | P57  |
| ASPIRIA DEL NACIMIENTO              | P21  | LABIO LEPORINO                   | Q36  |
| COMC PATRIVASO DISEM                | P60  | MALFORMACIONES ORGANOS CENTALES  | Q50  |
| CONJUNTIVITIS NEONATAL              | P391 | MALFORMACIONES SIST CIRCULATORIO | Q20  |
| CONVULSIONES DEL RN                 | P90  | MALFORMACIONES SIST DIGESTIVO    | Q38  |
| DEFORM CONGENIT CADERA              | Q66  | MALFORMACIONES SIST RESPIRATORIO | Q30  |
| DIARREA                             | A09  | MALFORMACIONES SIST URINARIO     | Q52  |
| DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE        | Q750 | MEMBRANA HIALINA                 | P22  |
| EDEMA CEREB X TRAUMAT AL NAC        | P110 | MENINGITIS                       | Q08  |
| ENFECALDCEFE                        | Q01  | NEUMONIA CONGENITA               | P22  |
| ENFERMEDAD HEMORR FETORN            | P53  | ONFALITO RN DS HEMORRAG LEVE     | P36  |
| ENFERMEDADES VIRALES CONGENITRS     | P35  | OTRA PATOLOGIA DEL RN            | P63  |
| ENFIS INTERS Y OTRAS PERINAT        | P25  | OTRAS AFECQ DE PIEL FETORN       | P96  |
| ENTEROCOC NECROTIZ FETORN           | P17  | OTRAS AFECQ DEL PERIODO PERINAT  | P96  |
| ESPIRMA BIFIDA                      | Q05  | OTRAS ALTERA METAB ELECTROL RN   | P74  |
| FETORN AFECT X ANEST-ANALG          | P940 | OTRAS APNEAS DEL RN              | P284 |
| FETORN AFECT X COORDINAMONTIS       | P027 | OTRAS ENF INFECO-PARASIT CONGEN  | P37  |
| FETORN AFECT X COMF CORD UMB        | P025 | OTRAS HEMORRAGIAS NEONATALES     | P56  |
| FETORN AFECT X COMF LACTER          | P006 | OTRAS MALFORMACIONES             | Q59  |
| FETORN AFECT X OLIGOHIDRAMNOS       | P012 | OTRAS OBSTRUCC INTESTINALES RN   | P76  |
| FETORN AFECT X PARTO CON FORCEPS    | P032 | OTROS TRANS ENDOCR TRANSIT       | P12  |
| FETORN AFECT X PARTO CON VENTOSA    | P033 | OTROS TRANS HEMATOL PERINAT      | P81  |
| FETORN AFECT X POLIHIDRAMNOS        | P013 | OTROS TRANS PERINAT DIGESTIVOS   | P76  |
| FETORN AFECT X PROLAP CORD UMB      | P024 | OTROS TRAUMATISMOS DEL NACIM     | P15  |
| FISURA PALADAR                      | Q26  | PERDIDA DE SANGRE FETAL          | P50  |
| HEMORRA CEREBRAL X TRAUM AL NAC     | R101 | PROBLEMA DE INGESTION ALIMENTOS  | P92  |
| HEMORRA INTRA CRANIO TRAUMAT        | P52  | REACC E INTOXICAC X DROGAS       | P53  |
| HEMORRA PULM PERINATAL              | P26  | RETARDO CRECIM Y DESNUIT FETAL   | P05  |
| HEMORRA UMBILICA DEL RN             | P51  | RETINOPATIA OEL PREMATURO        | H33  |
| HERNIA INGUINAL                     | R42  | SEPSIS BACTERIANA DEL RN         | P36  |
| HIDROCEFALIA                        | Q03  | SIFILIS CONGENITA                | A56  |
| HIDROPS FETAL X ENF HEMOLITICA      | P56  | SINDROME DE DOWN                 | Q90  |
| HIPOCALCEMIA NEONATAL               | P111 | SINDROMES DE ASPIRACION NEONATAL | P24  |
| HIPOGLUCEMIA NEONATAL               | P104 | TADUPNEA TRANSITORIA             | P271 |
| HIPOMAGNESEMIA NEONATAL             | P112 | TETANOS NEONATAL                 | A33  |
| HIPOTENSION SHOCK                   | R57  | TRANS RELAC CON BPN              | P07  |
| HIPOTERMIA DEL RN                   | P90  | TRANS X EMB PROLONGC Y SOBREPESO | P08  |
| HIPOXIA INTRALTERNIA                | P20  | TRANSIT CARDIOVASC PERINATAL     | P28  |
| ICTERICIA NEO X CAUSAS NO ESPECIF   | P59  | TRANSIT TONO MUSCULAR RN         | P96  |
| ICTERICIA NEO X HEMOLISIS EXCESIVAS | P58  | TRAUMA CUERO CABEILLO AL NACER   | P12  |
| LEO MECONIAL                        | R75  | TRAUMA ESQUELETO AL NACER        | P13  |
| INCOMPATIB ABQ FETORN               | P551 | TRAUMA SIST NERVIOSO PERIFERICO  | P14  |
| INCOMPATIB RM FETORN                | P550 |                                  |      |

**Los códigos corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)**

| PATOLOGIA                             | CÓDIGOS | PATOLOGIAS                           | CÓDIGOS |
|---------------------------------------|---------|--------------------------------------|---------|
| ABORTO COMPLETO                       | O026    | HERPES GESTACIONAL                   | O264    |
| ABORTO INCOMPLETO                     | O029    | HIPEREMESIS GRAVÍDICA LEVE           | O210    |
| ABORTO NO ESPECIFICADO (INCL A INDUC) | O06     | HIPEREMESIS GRAVÍDICA-TRANSIT METABO | O211    |
| ABORTO RETENIDO                       | O021    | HTA PREEXISTENTE EMB PART PUER       | O18     |
| ABORTO SEPTICO                        | O080    | INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO     | O342    |
| ABORTO TERAPEUTICO                    | O04     | INFC DEL TRACTO GENITAL              | O205    |
| ANEMIA DE ABORTO                      | O300    | INFCO BOLSAS AMNIOG O MEMBRANAS      | O311    |
| ANEMIA EN EMB PART PUER               | O290    | INFCO DEL TRACTO URINARIO            | O23     |
| ANOMALIA CONGENITA DEL UTERO          | O340    | INFCO MAMA ASOCIAD C/PARTO           | O91     |
| ANORRAXIA DEL TDP                     | O82     | INFECCION PUERPERALES                | O86     |
| BACTERIURIA ASINTOMÁTICA DEL EMB      | R827    | INTENTO FALLIDO DE ABORTO            | O07     |
| CANCER CUELLO UTERINO                 | C52     | INVERSION DEL UTERO                  | O712    |
| CANCER DE MAMA                        | C50     | ISOMINUTACION RHESUS                 | O360    |
| CARDIOPATIA                           | Z867    | MALARIA                              | B50     |
| CITOLOGIA ANORMAL EN CPN              | O282    | MOLA HIDATIFORME                     | O01     |
| COMF ANESTES EN PUERPERIO             | O89     | MUERTE INTRAUTERINA                  | O304    |
| COMF ANESTES EN TOP PARTO             | D74     | MUERTE OBST X CAUSA NO ESPECIF       | O95     |
| COMPLIC ANESTESIA EN EL EMB           | O29     | OLIGOHIDRAMNOS                       | O418    |
| COMPLIC ESPECIFICAS DEL EMB MULTIP    | O22     | OTRA PAT CLOGIA MATERNA              |         |
| COMPLIC VENOSAS EMBARAZO              | O87     | OTRAS COMF X TOP PARTO               |         |
| COMPLIC VENOSAS PUERPERIO             | O87     | OTRAS ENF MAT EMB-PART-PUER          | O69     |
| DEFUNCION MATERNA TARDIA              | O98     | OTRAS OBSTRUCC DEL TDP               | O66     |
| DEFUNCION DE ESPRITONA                | O801    | OTROS TRANS LIO AMNIOGICO Y MEMB     | O31     |
| DEFUNCION DE SUTURA DE CESAREA        | D900    | PARTO PREMATURO (INCL AMENAZA)       | O44     |
| DEPENDENCIA DE DROGAS                 | F10     | PLACENTA PREVIA                      | O44     |
| DESGARRO OBST. DEL CUELLO UTERINO     | O713    | POLIHIDRAMNOS                        | O38     |
| DESGARRO PERINAT EN EL PARTO          | O70     | PREECLAMPSIA LEVE                    | O130    |
| DESINTEGRACION EN EL EMBARAZO         | O44     | PREECLAMPSIA HEDERADA                | O140    |
| DESPREN PREMAT DE LA PLACENTA         | O45     | PREECLAMPSIA SEVERA                  | O141    |
| DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO      | O24     | PREECLAMPSIA, NO ESPECIFICADA        | O149    |
| DISTOCIA DE HOMBROS                   | O50     | RADILOGIA ANORM EN CPN               | O784    |
| ECLAMPSIA                             | O15     | RCH                                  | P05     |
| EDEMA Y PROTEINURIA X GESTA SHTA      | O12     | RETEN PLACENTAZEMB, SÍMOMORRAG       | O73     |
| EMBARAZO DOBLE                        | O000    | RUPURA PREMATURA MEMBRANAS           | C42     |
| EMBARAZO LETORICO                     | O30     | RUPURA UTERO EN TDP                  | O711    |
| EMBARAZO PROLONGADO                   | O48     | SEPSIS PUERPERAL                     | O85     |
| EMBARAZO TRIPLE                       | O001    | SIDA                                 | B20     |
| EMBOLIA OBSTETRICA                    | O88     | SIFILIS COMPLICACION EMB-PART-PUER   | O981    |
| ENF MATER INFECO-PARAS EMB-PART-PUER  | O98     | TBC EMB-PART-PUER                    | O980    |
| FALSO TRABAJO DE PARTO                | O47     | TDP OBSTRU Y MAL POSIC FETAL         | O64     |
| FRACASO DE LA INDUCCION DEL TDP       | O61     | TDP OBSTRU X PELVIS ANORMAL          | O65     |
| GONORREA EMB-PART-PUER                | O982    | TDP PROLONGADO                       | O63     |
| HEMATOMA OBST PELVIS                  | O46     | TDP PARTO COMPLIC X CORD UMBIL       | O69     |
| HEMORR ANTERPARTO NO CLASIF           | O46     | TDP PARTO COMPLIC X SUPRUS FET       | O68     |
| HEMORR POR ATONIA UTERINA             | O721    | TOLERANC GLUCOSA ANORMAL             | R708    |
| HEMORR POSTPARTO RETENC PLACENTA      | O720    | TRANSITRNOS PLACENTARIOS             | O47     |
| HEMORR X ABORTO ECTOPICO O MOLAR      | O91     | TUMOR DEL CUERPO DEL UTERO           | O341    |
| HEPATITIS VIRAL                       | O84     | ULTRASONIDO ANORMAL EN CPN           | O605    |




**INDICACIÓN PRINCIPAL POR LD QUE SE REALIZÓ LA CESÁREA**

|                                 |                                  |                                   |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Sin dato                        | RETARDO CRECIMIENTO INTRAUTERINO | DESPREND. PLA.CENTA NORMO INSERTA |
| CE.SÁREA ANTERIOR               | PRETERMINO                       | ROTURA UTERINA                    |
| SUFRIMIENTO FETAL AGUDO         | POSTERMINO                       | TOXEMIA (EPIGESTOSIS)             |
| DESproporción FETO-PELVICA      | PRESENTACIÓN PODÁLICA            | HERPES GENITAL                    |
| ALTERACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD | VARIEDADES POSTERIORES           | CONDILOMATOSIS GENITAL            |
| PARTO PROLONGADO                | SITUACIÓN TRANSVERSA             | OTRA ENFERMEDAD MATERNA           |
| FRACASO DE INDUCCIÓN            | ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS    | MORTINATO                         |
| DESCENSO DETENIDO DE PRESENTAC. | SOSP. O CERTEZA INFECCION OVUL   | AGOTAMIENTO MATERNO               |
| EMBARAZO GEMELAR                | PLACENTA PREVIA                  | OTRA                              |

| MEDICACIÓN         | MEDICAMENTOS  | MEDICACIÓN       | MEDICAMENTOS   | MEDICACIÓN        | MEDICAMENTOS  |
|--------------------|---|------------------|--|-------------------|---|
| ANESTESIA LOCAL    | BUPIVACAÍNA<br>LIDOCAÍNA Y SIMILARES  | ANTIHIPERTENSIVO | ANTAGONISTAS DEL CALCIO<br>ATENOLIDOL<br>CAPTOPRIL   | SANGRE            | PAQUETE GLOBULAR<br>PLAQUETAS   |
| ANESTESIA REGIONAL | BUPIVACAÍNA<br>LIDOCAÍNA Y SIMILARES<br>LIDOCAÍNA-BUPIVACAÍNA                                       |                  | HYDRALAZINA<br>METILDOPA   | ANTICONVULSIVANTE | PLASMA<br>DIFENILHIDANTOINA<br>SULFATO DE MAGNESIO  |
| ANESTESIA GENERAL  | ÉTER<br>HALOTANO<br>KETAMINA CLORHIDRATO<br>OXIDO NITROSO<br>TIOPENTAL SÓDICO                       | ANTIBIÓTICO      | NITROPRUSIATO DE SODIO<br>AMIKACINA<br>AMOXICILINA<br>AMPICILINA<br>AMPICILINA-GENTAMICINA<br>CEFALOSPORINAS | OTRA MEDICACIÓN   | AMINAS SIMPATICOMIMÉTICAS<br>AMINOPIFINA<br>ANTIESPASMÓDICOS<br>ANTIPROSTAGLANDINAS<br>BETA BLOQUEANTES<br>BETA MIMÉTICOS |
| ANALGES. TRANQUIL. | ACIDO ACETIL SALICÍLICO<br>CODEINA<br>DIAZEPAM<br>IBUPROFENO<br>METAMIZOL<br>MORFINA<br>PARACETAMOL |                  | CEFRANICINOL<br>ERITROMICINA<br>GENTAMICINA<br>METRONIDAZOL<br>PENICILINA<br>PENICILINA-GENTAMICINA          |                   | BLOQUEANTES MUSCULARES<br>CARDIOTÓNICOS<br>CORTICOIDES<br>DIURÉTICOS<br>HEPARINA<br>INSULINA<br>PROSTAGLANDINAS           |
| OXITOCINA          | PEPIDINA (MEPERIDINA)<br>OXITOCINA  |                  | PENICILINA-GENTAMICINA<br>PENICILINA-GENTAMICINA-CLORANFEN   |                   |   |



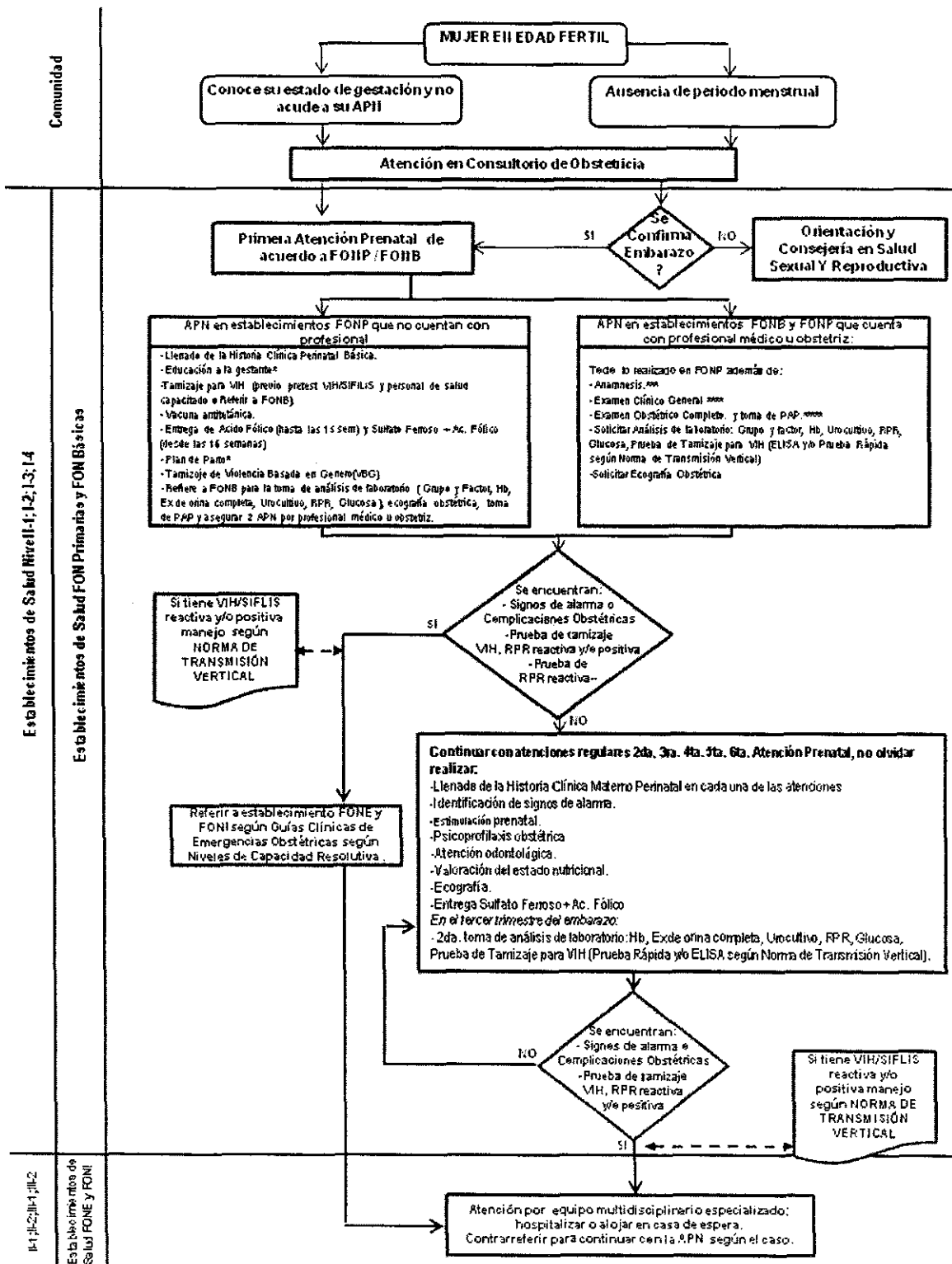
NTS N° -MINS/DGSP. V.01  
 NORMA TÉCNICA DE SALUD: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA

|  |  |   |   |  |   |   |   |  |  |   |  |  |  |   |  |   |  |   |  |        |   |  |  |             |   |  |  |             |                                      |  |  |
|--|--|---|---|--|---|---|---|--|--|---|--|--|--|---|--|---|--|---|--|--------|---|--|--|-------------|---|--|--|-------------|--------------------------------------|--|--|
|   | Código Atcn. SIS: _____<br>No. HC: _____   | = significa ALERTA    = requiere seguimiento continuo   |   |  |   |   |   |  |  |   |  |  |  |   |  |   |  |   |  |        |   |  |  |             |   |  |  |             |                                      |  |  |
| ADMISION   | <b>Admisión por Complicaciones del Embarazo: Aborto</b><br>Hospitalización en embarazo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> EG: <input type="checkbox"/> FUM/ECO: <input type="checkbox"/> Acompañante: Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>  |   |   |  |   |   |   |  |  |   |  |  |  |   |  |   |  |   |  |        |   |  |  |             |   |  |  |             |                                      |  |  |
| PRE - PROCEDIMIENTO  | <b>Pre-Pracimientos</b><br>Procedencia: Referencia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Establecimiento que refiere: _____ Medio de Transporte: Personal <input type="checkbox"/> Ambulancia Estable emerg. <input type="checkbox"/> Tiempo de Traslado: _____  |   |   |  |   |   |   |  |  |   |  |  |  |   |  |   |  |   |  |        |   |  |  |             |   |  |  |             |                                      |  |  |
| TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO  | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;"> <b>Sintomatología</b><br/>                     Dolor: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br/>                     Sangrado: no <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> </td> <td style="width:25%;"> <b>Signos Vitales</b><br/>                     Pulso: _____<br/>                     Presión Arterial: _____<br/>                     F. Resp: _____<br/>                     Temp: _____                 </td> <td style="width:25%;"> <b>Examen Clínico</b><br/>                     Conciencia: lúcida <input type="checkbox"/> soporosa <input type="checkbox"/> excitada <input type="checkbox"/> comatosa <input type="checkbox"/><br/>                     Piel/Mucosas: normal <input type="checkbox"/> pálida <input type="checkbox"/> equimosis <input type="checkbox"/> petequias <input type="checkbox"/> ictericia <input type="checkbox"/><br/>                     Abdomen: normal <input type="checkbox"/> viscerom <input type="checkbox"/> rebote <input type="checkbox"/> distendido <input type="checkbox"/> Signos perit <input type="checkbox"/> Silencio intestinal <input type="checkbox"/> </td> <td style="width:25%;"> <b>Examen Ginecológico</b><br/>                     Utero por examen bimanual: Tamaño <input type="checkbox"/> Cuello Cerrado: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Restos: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Vagina Normal: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br/>                     Posición: AVF <input type="checkbox"/> medio <input type="checkbox"/> RVF <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>Ecografía/Laboratorio</b><br/>                     ECO: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Tamaño útero: _____ Leucocitos Puz macrofábo: _____<br/>                     Hemoglobina: _____ Plaquetas: _____<br/>                     VDRL/RPR: No reactivo <input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> Tto. Sifilis: No se hizo <input type="checkbox"/> VIH: No se hizo <input type="checkbox"/> </td> <td colspan="2"> <b>Diagnóstico</b><br/>                     Tipo: completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/> Frustrado/Reten <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/><br/>                     Tipo: &lt;= 12 sem. <input type="checkbox"/> &gt;12 sem. <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>Tratamiento/Procedimiento</b><br/>                     Maduración cervical: prostaglandinas si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br/>                     Ambiente: Sala AMEU <input type="checkbox"/> Sala de parto <input type="checkbox"/> Sala legrado <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/><br/>                     Tipo Procedim: Aneu <input type="checkbox"/> Legrado <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/><br/>                     Hallazgos: Tamaño Uterino: _____ Anexos normales <input type="checkbox"/> Mal olor: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br/>                     Restos: escasos <input type="checkbox"/> moderados <input type="checkbox"/> Abundantes <input type="checkbox"/> Mal olor: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Revisión: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Anatomía Patológica: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> </td> <td colspan="2"> <b>Otros procedimientos</b><br/>                     Reparación lac. útero: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br/>                     Repar. lac. cerv/vag: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br/>                     Histerectomía: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br/>                     Otros: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br/> <b>Complicaciones intraoperatorias</b><br/>                     Quirúrgicas: Sangrado excesivo <input type="checkbox"/> Laceración uter/vag <input type="checkbox"/> Laceración uter/intest <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/><br/>                     Anestésicas: Reacción adversa <input type="checkbox"/> convulsión <input type="checkbox"/> Paro cardíaco <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>Post-Pracimientos</b><br/>                     Salud sexual/reproductiva: Cuidados básicos <input type="checkbox"/> Signos de alarma <input type="checkbox"/> Planificación Familiar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br/>                     Cita de control de seguimiento: día _____ mes _____ año _____                 </td> <td colspan="2"> <b>Medicación recibida</b><br/>                     Oxitocina <input type="checkbox"/> ergometrina <input type="checkbox"/> Prostaglandinas <input type="checkbox"/> antibióticos <input type="checkbox"/> Atropina <input type="checkbox"/> sedación <input type="checkbox"/> analgesia <input type="checkbox"/> anest. local <input type="checkbox"/> anest. región <input type="checkbox"/> anest. gral <input type="checkbox"/> transfusión <input type="checkbox"/><br/>                     Otro: <input type="checkbox"/> Score dolor: _____                 </td> </tr> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">EGRESO</td> <td colspan="3"> <b>Post-Pracimientos</b><br/>                     Orientación/Consejería: oral <input type="checkbox"/> escrito <input type="checkbox"/> ning <input type="checkbox"/><br/>                     Salud sexual/reproductiva: Cuidados básicos <input type="checkbox"/> Signos de alarma <input type="checkbox"/> Planificación Familiar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br/>                     Cita de control de seguimiento: día _____ mes _____ año _____                 </td> </tr> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">COMENTARIOS</td> <td colspan="3"> <b>Egreso</b><br/>                     Estancia hospitalaria: días _____ horas _____<br/>                     Medicamentos: Analgésicos <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/><br/>                     Condición al egreso: Sana <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> C: Patolog <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/><br/>                     Confirmación De diagnóstico: Compare con diagnóstico de admisión. Comentario: _____ Diagn. EGRESO: _____<br/>                     Autopsia: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> sí/d <input type="checkbox"/> n/a <input type="checkbox"/><br/>                     Complicaciones: Infección genital/pelv <input type="checkbox"/> Hemorragia tardía/excesiva <input type="checkbox"/> Shock (no séptico) <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/><br/>                     Referida: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br/>                     psicología <input type="checkbox"/> adolescencia <input type="checkbox"/> anticoncepción <input type="checkbox"/> infertilidad <input type="checkbox"/> VIH/ITS <input type="checkbox"/> otro estab <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">COMENTARIOS</td> <td colspan="3">                 Comentarios: _____<br/>                 _____<br/>                 _____             </td> </tr> </table> |   |   | <b>Sintomatología</b><br>Dolor: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Sangrado: no <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> | <b>Signos Vitales</b><br>Pulso: _____<br>Presión Arterial: _____<br>F. Resp: _____<br>Temp: _____ | <b>Examen Clínico</b><br>Conciencia: lúcida <input type="checkbox"/> soporosa <input type="checkbox"/> excitada <input type="checkbox"/> comatosa <input type="checkbox"/><br>Piel/Mucosas: normal <input type="checkbox"/> pálida <input type="checkbox"/> equimosis <input type="checkbox"/> petequias <input type="checkbox"/> ictericia <input type="checkbox"/><br>Abdomen: normal <input type="checkbox"/> viscerom <input type="checkbox"/> rebote <input type="checkbox"/> distendido <input type="checkbox"/> Signos perit <input type="checkbox"/> Silencio intestinal <input type="checkbox"/> | <b>Examen Ginecológico</b><br>Utero por examen bimanual: Tamaño <input type="checkbox"/> Cuello Cerrado: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Restos: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Vagina Normal: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Posición: AVF <input type="checkbox"/> medio <input type="checkbox"/> RVF <input type="checkbox"/> | <b>Ecografía/Laboratorio</b><br>ECO: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Tamaño útero: _____ Leucocitos Puz macrofábo: _____<br>Hemoglobina: _____ Plaquetas: _____<br>VDRL/RPR: No reactivo <input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> Tto. Sifilis: No se hizo <input type="checkbox"/> VIH: No se hizo <input type="checkbox"/> |  | <b>Diagnóstico</b><br>Tipo: completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/> Frustrado/Reten <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/><br>Tipo: <= 12 sem. <input type="checkbox"/> >12 sem. <input type="checkbox"/> |  | <b>Tratamiento/Procedimiento</b><br>Maduración cervical: prostaglandinas si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Ambiente: Sala AMEU <input type="checkbox"/> Sala de parto <input type="checkbox"/> Sala legrado <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/><br>Tipo Procedim: Aneu <input type="checkbox"/> Legrado <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/><br>Hallazgos: Tamaño Uterino: _____ Anexos normales <input type="checkbox"/> Mal olor: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Restos: escasos <input type="checkbox"/> moderados <input type="checkbox"/> Abundantes <input type="checkbox"/> Mal olor: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Revisión: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Anatomía Patológica: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |  | <b>Otros procedimientos</b><br>Reparación lac. útero: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Repar. lac. cerv/vag: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Histerectomía: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Otros: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br><b>Complicaciones intraoperatorias</b><br>Quirúrgicas: Sangrado excesivo <input type="checkbox"/> Laceración uter/vag <input type="checkbox"/> Laceración uter/intest <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/><br>Anestésicas: Reacción adversa <input type="checkbox"/> convulsión <input type="checkbox"/> Paro cardíaco <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> |  | <b>Post-Pracimientos</b><br>Salud sexual/reproductiva: Cuidados básicos <input type="checkbox"/> Signos de alarma <input type="checkbox"/> Planificación Familiar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Cita de control de seguimiento: día _____ mes _____ año _____ |  | <b>Medicación recibida</b><br>Oxitocina <input type="checkbox"/> ergometrina <input type="checkbox"/> Prostaglandinas <input type="checkbox"/> antibióticos <input type="checkbox"/> Atropina <input type="checkbox"/> sedación <input type="checkbox"/> analgesia <input type="checkbox"/> anest. local <input type="checkbox"/> anest. región <input type="checkbox"/> anest. gral <input type="checkbox"/> transfusión <input type="checkbox"/><br>Otro: <input type="checkbox"/> Score dolor: _____ |  | EGRESO | <b>Post-Pracimientos</b><br>Orientación/Consejería: oral <input type="checkbox"/> escrito <input type="checkbox"/> ning <input type="checkbox"/><br>Salud sexual/reproductiva: Cuidados básicos <input type="checkbox"/> Signos de alarma <input type="checkbox"/> Planificación Familiar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Cita de control de seguimiento: día _____ mes _____ año _____ |  |  | COMENTARIOS | <b>Egreso</b><br>Estancia hospitalaria: días _____ horas _____<br>Medicamentos: Analgésicos <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/><br>Condición al egreso: Sana <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> C: Patolog <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/><br>Confirmación De diagnóstico: Compare con diagnóstico de admisión. Comentario: _____ Diagn. EGRESO: _____<br>Autopsia: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> sí/d <input type="checkbox"/> n/a <input type="checkbox"/><br>Complicaciones: Infección genital/pelv <input type="checkbox"/> Hemorragia tardía/excesiva <input type="checkbox"/> Shock (no séptico) <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/><br>Referida: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>psicología <input type="checkbox"/> adolescencia <input type="checkbox"/> anticoncepción <input type="checkbox"/> infertilidad <input type="checkbox"/> VIH/ITS <input type="checkbox"/> otro estab <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> |  |  | COMENTARIOS | Comentarios: _____<br>_____<br>_____ |  |  |
| <b>Sintomatología</b><br>Dolor: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Sangrado: no <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/>   | <b>Signos Vitales</b><br>Pulso: _____<br>Presión Arterial: _____<br>F. Resp: _____<br>Temp: _____  | <b>Examen Clínico</b><br>Conciencia: lúcida <input type="checkbox"/> soporosa <input type="checkbox"/> excitada <input type="checkbox"/> comatosa <input type="checkbox"/><br>Piel/Mucosas: normal <input type="checkbox"/> pálida <input type="checkbox"/> equimosis <input type="checkbox"/> petequias <input type="checkbox"/> ictericia <input type="checkbox"/><br>Abdomen: normal <input type="checkbox"/> viscerom <input type="checkbox"/> rebote <input type="checkbox"/> distendido <input type="checkbox"/> Signos perit <input type="checkbox"/> Silencio intestinal <input type="checkbox"/>   | <b>Examen Ginecológico</b><br>Utero por examen bimanual: Tamaño <input type="checkbox"/> Cuello Cerrado: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Restos: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Vagina Normal: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Posición: AVF <input type="checkbox"/> medio <input type="checkbox"/> RVF <input type="checkbox"/> |  |   |   |   |  |  |   |  |  |  |   |  |   |  |   |  |        |   |  |  |             |   |  |  |             |                                      |  |  |
| <b>Ecografía/Laboratorio</b><br>ECO: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Tamaño útero: _____ Leucocitos Puz macrofábo: _____<br>Hemoglobina: _____ Plaquetas: _____<br>VDRL/RPR: No reactivo <input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> Tto. Sifilis: No se hizo <input type="checkbox"/> VIH: No se hizo <input type="checkbox"/>   |  | <b>Diagnóstico</b><br>Tipo: completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/> Frustrado/Reten <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/><br>Tipo: <= 12 sem. <input type="checkbox"/> >12 sem. <input type="checkbox"/>   |   |  |   |   |   |  |  |   |  |  |  |   |  |   |  |   |  |        |   |  |  |             |   |  |  |             |                                      |  |  |
| <b>Tratamiento/Procedimiento</b><br>Maduración cervical: prostaglandinas si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Ambiente: Sala AMEU <input type="checkbox"/> Sala de parto <input type="checkbox"/> Sala legrado <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/><br>Tipo Procedim: Aneu <input type="checkbox"/> Legrado <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/><br>Hallazgos: Tamaño Uterino: _____ Anexos normales <input type="checkbox"/> Mal olor: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Restos: escasos <input type="checkbox"/> moderados <input type="checkbox"/> Abundantes <input type="checkbox"/> Mal olor: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Revisión: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Anatomía Patológica: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |  | <b>Otros procedimientos</b><br>Reparación lac. útero: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Repar. lac. cerv/vag: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Histerectomía: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Otros: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br><b>Complicaciones intraoperatorias</b><br>Quirúrgicas: Sangrado excesivo <input type="checkbox"/> Laceración uter/vag <input type="checkbox"/> Laceración uter/intest <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/><br>Anestésicas: Reacción adversa <input type="checkbox"/> convulsión <input type="checkbox"/> Paro cardíaco <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> |   |  |   |   |   |  |  |   |  |  |  |   |  |   |  |   |  |        |   |  |  |             |   |  |  |             |                                      |  |  |
| <b>Post-Pracimientos</b><br>Salud sexual/reproductiva: Cuidados básicos <input type="checkbox"/> Signos de alarma <input type="checkbox"/> Planificación Familiar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Cita de control de seguimiento: día _____ mes _____ año _____  |  | <b>Medicación recibida</b><br>Oxitocina <input type="checkbox"/> ergometrina <input type="checkbox"/> Prostaglandinas <input type="checkbox"/> antibióticos <input type="checkbox"/> Atropina <input type="checkbox"/> sedación <input type="checkbox"/> analgesia <input type="checkbox"/> anest. local <input type="checkbox"/> anest. región <input type="checkbox"/> anest. gral <input type="checkbox"/> transfusión <input type="checkbox"/><br>Otro: <input type="checkbox"/> Score dolor: _____   |   |  |   |   |   |  |  |   |  |  |  |   |  |   |  |   |  |        |   |  |  |             |   |  |  |             |                                      |  |  |
| EGRESO   | <b>Post-Pracimientos</b><br>Orientación/Consejería: oral <input type="checkbox"/> escrito <input type="checkbox"/> ning <input type="checkbox"/><br>Salud sexual/reproductiva: Cuidados básicos <input type="checkbox"/> Signos de alarma <input type="checkbox"/> Planificación Familiar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Cita de control de seguimiento: día _____ mes _____ año _____  |   |   |  |   |   |   |  |  |   |  |  |  |   |  |   |  |   |  |        |   |  |  |             |   |  |  |             |                                      |  |  |
| COMENTARIOS  | <b>Egreso</b><br>Estancia hospitalaria: días _____ horas _____<br>Medicamentos: Analgésicos <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/><br>Condición al egreso: Sana <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> C: Patolog <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/><br>Confirmación De diagnóstico: Compare con diagnóstico de admisión. Comentario: _____ Diagn. EGRESO: _____<br>Autopsia: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> sí/d <input type="checkbox"/> n/a <input type="checkbox"/><br>Complicaciones: Infección genital/pelv <input type="checkbox"/> Hemorragia tardía/excesiva <input type="checkbox"/> Shock (no séptico) <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/><br>Referida: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>psicología <input type="checkbox"/> adolescencia <input type="checkbox"/> anticoncepción <input type="checkbox"/> infertilidad <input type="checkbox"/> VIH/ITS <input type="checkbox"/> otro estab <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>  |   |   |  |   |   |   |  |  |   |  |  |  |   |  |   |  |   |  |        |   |  |  |             |   |  |  |             |                                      |  |  |
| COMENTARIOS  | Comentarios: _____<br>_____<br>_____   |   |   |  |   |   |   |  |  |   |  |  |  |   |  |   |  |   |  |        |   |  |  |             |   |  |  |             |                                      |  |  |





ANEXO N° 4  
 FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN DE LA GESTANTE



ANEXO N° 5



FICHA DE PLAN DE PARTO

Modelo de Plan de Parto

# ESPERANDO MI PARTO

NOMBRE DE LA GESTANTE \_\_\_\_\_  
 EDAD \_\_\_\_\_ COMUNIDAD \_\_\_\_\_ Dirección de Referencia \_\_\_\_\_  
 GRUPO SANGUÍNEO \_\_\_\_\_ FECHA PROBABLE DE PARTO \_\_\_\_\_  
 ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_ RÉD \_\_\_\_\_ MICRO RED \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD \_\_\_\_\_ TELÉFONO ALTERNATIVO \_\_\_\_\_

| FECHA |  | 1ª ENTREVISTA<br>(I TRIMESTRE) | 2ª ENTREVISTA<br>(II TRIMESTRE) | 3ª ENTREVISTA<br>(III TRIMESTRE) |
|-------|--|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 1     | EDAD GESTACIONAL   |                                |                                 |                                  |
| 2     | ¿DÓNDE SE ATENDERÁ SU PARTO?   | HOSPITAL                       |                                 |                                  |
|       |  | C.S.                           |                                 |                                  |
|       |  | P.B.                           |                                 |                                  |
|       |  | DOMICILIO                      |                                 |                                  |
|       |  | OTRO                           |                                 |                                  |
| 3     | ¿QUÉN ATENDERÁ SU PARTO?   |                                |                                 |                                  |
| 4     | ¿EN QUE POSICIÓN PREFERE DAR A LUZ?  | ECUADA                         |                                 |                                  |
|       |  | QUILLAS                        |                                 |                                  |
|       |  | ASIMUTANA                      |                                 |                                  |
|       |  | OTRO                           |                                 |                                  |
|       |  | OTRO                           |                                 |                                  |
| 5     | ¿CÓMO SE VA A TRANSPORTAR EN EL MOMENTO DEL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA? | CARRO                          |                                 |                                  |
|       |  | ACÉMLA                         |                                 |                                  |
|       |  | CAMILLA                        |                                 |                                  |
|       |  | OTRO                           |                                 |                                  |
| 6     | ¿QUÉ TIEMPO TARDA EN LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?                   |                                |                                 |                                  |
| 7     | ¿QUÉN AVISARÁ AL PERSONAL DE SALUD EN EL MOMENTO DEL PARTO U EMERGENCIA?   |                                |                                 |                                  |
| 8     | ¿QUÉN CUIDARÁ DE SUS HIJOS SU CASA Y ANIMALES DURANTE SU AUSENCIA?         |                                |                                 |                                  |
| 9     | ¿ACEPTARÁ IR A LA CASA DE ESPERA U OTRA CERCA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD? |                                |                                 |                                  |
| 10    | ¿SARÉ CUÁNDO DEBE IR A LA CASA DE ESPERA?                                  | SI (FECHA)                     |                                 |                                  |
|       |  | NO                             |                                 |                                  |
| 11    | FIRMA DE LA GESTANTE   |                                |                                 |                                  |
| 12    | FIRMA DE LA PAREJA ACOMPAÑANTE O FAMILIAR                                  |                                |                                 |                                  |
| 13    | FIRMA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA VISITA                                 |                                |                                 |                                  |



¿QUÉ PERSONAS LA ACOMPAÑARÁN O VIGILARÁN EN SU TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO PARA EL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?

| NOMBRE | PARIENTESCO | (ES PARA LLENARLO SI PARECE NECESARIO) | DNI | FIRMA |
|--------|-------------|--|-----|-------|
|        |             |  |     |       |
|        |             |  |     |       |

¿QUÉ NECESITO PARA MI PARTO?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





NTS N° -MINSADGSP. V.01  
NORMA TÉCNICA DE SALUD: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA

ANEXO N° 6 REPORTE MENSUAL DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS MATERNO PERINATAL



REPORTE MENSUAL DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO PERINATAL.

DIRECCION REGIONAL DE SALUD:  Microregión:

REC:  E.E.S.S.:

MES:  AÑO:

FONP:

FOND:

EDNE:

LENI:

I. ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

| GRUPO ETARIO | GESTANTES |         |          | PICO-PROFIL AXIS | PLAN DE PARTO |         | VBS | PAP | ATENCIÓN ODONTOLÓGICA | Gestante controlada con historia completa | Vacunas Antitetánico, Hepatitis B, Difteria, Tétanos, Polio, Sarampión, Rubéola, MOP | Otras vacunas |
|--------------|-----------|---------|----------|------------------|---------------|---------|-----|-----|-----------------------|---|--|---------------|
|              | ATENCIÓN  |         |          |                  | 1ª FASE       | 2ª FASE |     |     |                       |   |  |               |
|              | I TRIM    | II TRIM | III TRIM |                  |               |         |     |     |                       |   |  |               |
| < 12 a.      |           |         |          |                  |               |         |     |     |                       |   |  |               |
| 12-17        |           |         |          |                  |               |         |     |     |                       |   |  |               |
| 18-29        |           |         |          |                  |               |         |     |     |                       |   |  |               |
| 30-59        |           |         |          |                  |               |         |     |     |                       |   |  |               |
| TOTAL        |           |         |          |                  |               |         |     |     |                       |   |  |               |

II. ADMINISTRACION SULFATO FERROSO

| GRUPO ETARIO | PROT L-C OIDA |
|--------------|---------------|
| < 12 a.      |               |
| 12-17        |               |
| 18-29        |               |
| 30-59        |               |
| Total        |               |

III. ATENCIÓN ABORTO INCOMPLETO

| GRUPO ETARIO | AMCU LU | SEPTI CU |
|--------------|---------|----------|
| < 12 a.      |         |          |
| 12-17        |         |          |
| 18-29        |         |          |
| 30-59        |         |          |
| Total        |         |          |

IV. ATENCIÓN DEL PARTO

| FON   | ATENCIÓN PARTO INSTITUCIONAL |                     |                 |                     | PARTO EN EL TRAYECTO    |              |                   |                     | INFORMACIÓN ADICIONAL DEL TOTAL DE PARTOS INSTITUCIONALES Y RECIENTE NACIDOS (N°) |                                      |                                      |                                      |                   |
|-------|------------------------------|---------------------|-----------------|---------------------|-------------------------|--------------|-------------------|---------------------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
|       | MEDICO OBSTETRA              | OTRO PROFESIONAL DE | TOTAL DE PARTOS | TOTAL DE RN MUERTOS | Quién atiende el parto? | No de partos | TOTAL DE RN VIVOS | TOTAL DE RN MUERTOS | Atención de parto completado  | Atención de parto con complicaciones | Atención de parto con complicaciones | Atención de parto con complicaciones |                   |
|       |                              |                     |                 |                     |                         |              |                   |                     |   |                                      |                                      |                                      | PERSONAL DE SALUD |
| FOMI  |                              |                     |                 |                     |                         |              |                   |                     |   |                                      |                                      |                                      |                   |
| FOME  |                              |                     |                 |                     |                         |              |                   |                     |   |                                      |                                      |                                      |                   |
| FOMB  |                              |                     |                 |                     |                         |              |                   |                     |   |                                      |                                      |                                      |                   |
| FONP  |                              |                     |                 |                     |                         |              |                   |                     |   |                                      |                                      |                                      |                   |
| TOTAL |                              |                     |                 |                     |                         |              |                   |                     |   |                                      |                                      |                                      |                   |

V. MORBILIDAD MATERNA

| Morbidad                   | Número |
|----------------------------|--------|
| HIE                        |        |
| SEPSIS                     |        |
| ANEMIA                     |        |
| TBC                        |        |
| HELLP                      |        |
| Rotación de Placenta       |        |
| ITU                        |        |
| ATENCIÓN QUIRÚRGICA EN UCI |        |
| ATENCIÓN QUIRÚRGICA EN UCI |        |

VI. MORBILIDAD DEL FET

| Morbilidad      | Número |
|-----------------|--------|
| BAJO PESO       |        |
| PREMATURO       |        |
| HIPOXIA         |        |
| SOR             |        |
| SEPSIS NEONATAL |        |
| SFELS CONGÉNITA |        |
| PR-VH expuesto  |        |
| Otros RN en UCI |        |

NTS N° -MINSADGSP. V.01  
NORMA TÉCNICA DE SALUD: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA

| VII. ATENCION DE PUERPERO |     | VIII. REFERENCIAS OBSTETRICAS Y NEONATALES |          |          |            | IX. VISITA DOMICILIARIA |          |  |             | X. CASAS DE ESPERA |        |  |     | XI. FUERTES FIATRIAS |             |  |    | XII. FUERTES PERINATALES Y REQUINIALES |     |  |             |  |    |  |     |  |             |  |    |  |     |  |
|---------------------------|-----|--|----------|----------|------------|-------------------------|----------|--|-------------|--------------------|--------|--|-----|----------------------|-------------|--|----|--|-----|--|-------------|--|----|--|-----|--|-------------|--|----|--|-----|--|
| GRUPO ETARE               | ATO | CTRL                                       | Complica | Vitamina | EMERGENCIA |                         | CONSULTA |  | AYUDA AL DX |                    | PARTDS |  | FOM |                      | OBSTETRICAS |  | RN |  | FON |  | OBSTETRICAS |  | RN |  | FON |  | OBSTETRICAS |  | RN |  | FON |  |
| 4-12 s.                   |     |  |          |          |            |                         |          |  |             |                    |        |  |     |                      |             |  |    |  |     |  |             |  |    |  |     |  |             |  |    |  |     |  |
| 12-17                     |     |  |          |          |            |                         |          |  |             |                    |        |  |     |                      |             |  |    |  |     |  |             |  |    |  |     |  |             |  |    |  |     |  |
| 18-29                     |     |  |          |          |            |                         |          |  |             |                    |        |  |     |                      |             |  |    |  |     |  |             |  |    |  |     |  |             |  |    |  |     |  |
| 30-59                     |     |  |          |          |            |                         |          |  |             |                    |        |  |     |                      |             |  |    |  |     |  |             |  |    |  |     |  |             |  |    |  |     |  |
| TOTAL                     |     |  |          |          |            |                         |          |  |             |                    |        |  |     |                      |             |  |    |  |     |  |             |  |    |  |     |  |             |  |    |  |     |  |

| XIII. TRANSICIÓN VERTICAL |   | PUERPERAS INMEDIATAS            |  |                         |  |                            |  |                            |  |                            |  |                            |  | ABORTO                     |  |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|---|---------------------------------|--|-------------------------|--|----------------------------|--|----------------------------|--|----------------------------|--|----------------------------|--|----------------------------|--|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| GRUPO ETARE               | D | GESTANTES                       |  |                         |  | SIFILIS                    |  |                            |  | SIFILIS                    |  |                            |  | SIFILIS                    |  |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |   | VHISIDA                         |  | SIFILIS                 |  | SIFILIS                    |  | SIFILIS                    |  | SIFILIS                    |  | SIFILIS                    |  | SIFILIS                    |  |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |   | Ier. TAMIZAJE CON PRUEBA RAPIDA |  | Ier. TAMIZAJE CON ELISA |  | Ier. TAMIZAJE CON RPR/VDRL |  | Ier. TAMIZAJE CON RPR/VDRL |  | Ier. TAMIZAJE CON RPR/VDRL |  | Ier. TAMIZAJE CON RPR/VDRL |  | Ier. TAMIZAJE CON RPR/VDRL |  | Ier. TAMIZAJE CON RPR/VDRL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| < 12 s.                   |   |                                 |  |                         |  |                            |  |                            |  |                            |  |                            |  |                            |  |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12-17                     |   |                                 |  |                         |  |                            |  |                            |  |                            |  |                            |  |                            |  |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18-29                     |   |                                 |  |                         |  |                            |  |                            |  |                            |  |                            |  |                            |  |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30-59                     |   |                                 |  |                         |  |                            |  |                            |  |                            |  |                            |  |                            |  |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL                     |   |                                 |  |                         |  |                            |  |                            |  |                            |  |                            |  |                            |  |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| TOTAL DE EESS QUE DEBER REPORTAR   |  |
| N° DE EESS QUE REPORTARON ESTE MES |  |

Firma y sello del Coordinador de EHSRR

Firma y sello del resp. de la elaboración.

OBSERVACION:







NTS N° -Minsa/DGSP. V.01  
 NORMA TÉCNICA DE SALUD: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA

Anexo N° 9

REGISTROS DE SEGUIMIENTO DE VISITA DOMICILIARIA

1.- HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL

| ATENCIÓNES PRENATALES  | ATENCIÓN 1 | ATENCIÓN 2 | ATENCIÓN 3 | ATENCIÓN 4 | ATENCIÓN 5 | ATENCIÓN 6 | ATENCIÓN 7 | ATENCIÓN 8 | ATENCIÓN 9 |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Fecha y hora atención (dd/mm/aa)   | /// :      | /// :      | /// :      | /// :      | /// :      | /// :      | /// :      | /// :      | /// :      |
| Edad Gest. (semanas)   |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Peso madre (kg)  |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Temperatura (°C)   |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Presión arterial (mm Hg)   |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Pulso materno (por min)  |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Altura Uterina (cm)  |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Situación A/T/NA   |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Presentación (C/P/M/A)   |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Posición (D/NA)  |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| F.C.F. (por min/NA)  |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Mov fetal (actividad/NA)   |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Prontitud Cerviciviva (de 0 a 10)  |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Edema (de 0 a 3)   |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Estado Ocular (de 0 a 3)   |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Examen de Pecho (Presencia No Formada/NA)  |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Indic. Fémur (Ac. Fémur (Mayor o Igual a 13 cm))   |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Indic. Cálculo (Mayor o Igual a 28 mm)   |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Indic. Ac. Fémur   |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Orient. Consejo (P/NA)   |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Indic. de Seguimiento (de 0 a 3)   |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Parto Biotico (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z) |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Cita (mm/d)  |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Visita domici. (de 0 a 3)  |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Plan (de 0 a 3)  |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Estab. de la atención  |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Responsable atención   |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Nro Formate SIS  |            |            |            |            |            |            |            |            |            |

|                  |                |            |            |             |               |                     |                |                |                  |
|------------------|----------------|------------|------------|-------------|---------------|---------------------|----------------|----------------|------------------|
| L = Longitudinal | T = Transversa | C = Cabeza | P = Pelvis | D = Derecha | I = Izquierda | SN = sin Movimiento | SE = Sin Exema | NA = No Aplica | MIN = No se hizo |
|------------------|----------------|------------|------------|-------------|---------------|---------------------|----------------|----------------|------------------|

INCREMENTO DE PESO MATERNO

SEMANAS DE AMENORREA

ALTURA UTERINA

SEMANAS DE AMENORREA

|  |       |                            |       |
|--|-------|----------------------------|-------|
| Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas<br>25 patologías <input type="checkbox"/> Fecha: _____ |       | Otras patologías (CIE 10): |       |
| 1. _____   | _____ | 1. _____                   | _____ |
| 2. _____   | _____ | 2. _____                   | _____ |
| 3. _____   | _____ |                            |       |

|                                 |    |    |           |              |                    |
|---------------------------------|----|----|-----------|--------------|--------------------|
| Referencia - Consulta Externa   | SI | NO | No Aplica | Fecha: _____ | Estab. Trau: _____ |
| Referencia - Emergencia         | SI | NO | No Aplica | Fecha: _____ | Estab. Trau: _____ |
| Referencia - Apoyo al Diagnosi. | SI | NO | No Aplica | Fecha: _____ | Estab. Trau: _____ |

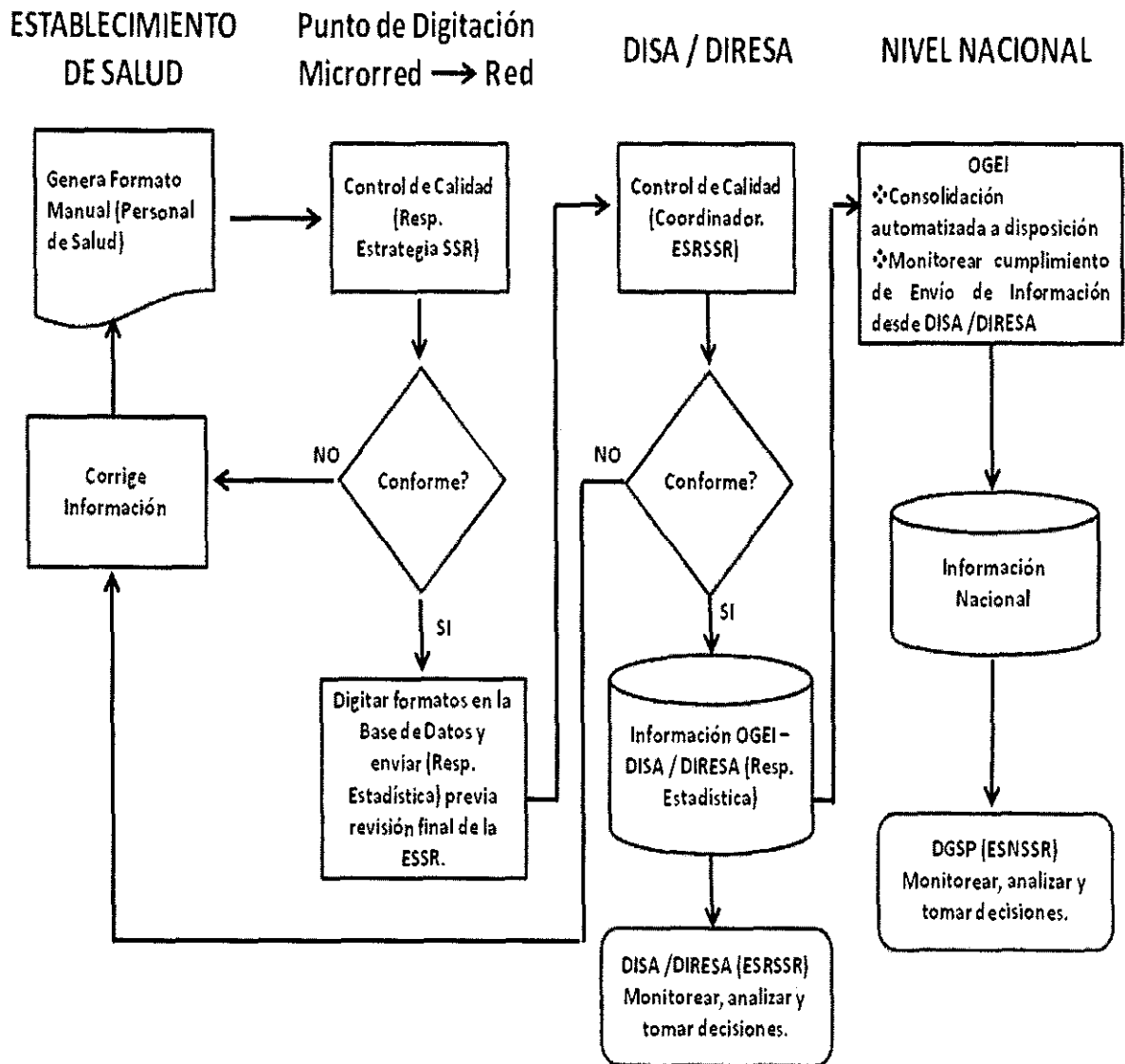
|                 |                       |               |    |    |           |                             |    |    |           |
|-----------------|-----------------------|---------------|----|----|-----------|-----------------------------|----|----|-----------|
| PSICOPROFILAXIS | ESTIMULACION PRENATAL | PLAN DE PARTO | SI | NO | NO APLICA | ALQUILADA EN CASA DE ESPERA | SI | NO | NO APLICA |
|-----------------|-----------------------|---------------|----|----|-----------|-----------------------------|----|----|-----------|







ANEXO N° 10  
 FLUJO DEL PROCESO DE LA INFORMACION



## X. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Centro Latinoamericana de Perinatología - Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud: Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS. Publicación Científica N° 1577- Montevideo-Uruguay; 2011.
- 2) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Estudio sobre Dimensiones Cuantitativas y Concepciones y Cuidados Comunitarios de la Salud del recién Nacido. En un área rural andina y amazónica del Perú. Capítulo I. 1era Edición. Lima. Perú; 2010.Set.
- 3) Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías Clínicas y Procedimientos para la Atención Obstétrica. Lima. Perú; 2006. Enero.
- 4) Instituto Nacional Materno Perinatal Guías Clínicas y Procedimientos para la Atención Neonatal. Lima. Perú; 2007.
- 5) Ministerio de Salud de Brasil - Secretaria de Atención en Salud. Manual Técnico de Atención Calificada y Humanizada: Prenatal y Puerperio. Serie Derechos Sexuales y Reproductivos. Brasil; 2006.
- 6) Ministerio de Proyección Social de Colombia. Guías de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades. Programa de apoyo a la Reforma en Salud. Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Investigaciones Públicas. Bogotá, Colombia; 2007. Mayo.
- 7) Ministerio de Salud de Perú. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres. Lima 2006.
- 8) Ministerio de Salud de Perú. Casa de Espera Materna, modelo para la implementación. Lima 2006.
- 9) Ministerio de Salud de Perú. Guía Técnica de la Atención Integral de las personas afectadas por la Violencia Basada en Género. Lima. Perú; 2007.
- 10) Ministerio de Salud de Perú. Tan cerca Tan lejos: Una mirada a las experiencias exitosas que incrementan el parto institucional en el Perú. Lima. Perú; 2007.
- 11) Ministerio de Salud de Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón. Lima. Perú; 2008
- 12) Ministerio de Salud de Uruguay. Guía de procedimientos en el primer nivel. Abordaje de Situaciones de Violencia Domestica hacia la Mujer. Uruguay; 2006.Julio.
- 13) Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Protocolos de Atención Materna y Neonatal Culturalmente Adecuados. Bolivia. 2006.
- 14) Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Dirección de Servicios de Salud Bolivia. Atención a la Mujer y al Recién Nacido en Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales Básicos de Apoyo. 2ª Edición. La Paz. Bolivia; 2005.Nov.
- 15) Organización Panamericana de la Salud, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva-CLAP/SMR. Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS. 3ra Edición. Montevideo. Uruguay; 2011.
- 16) Organización Panamericana de la Salud, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva-CLAP/SMR. El Hogar Materno. Descripción y Propuesta para su instalación. 2ª Edición. Montevideo. Uruguay; 2011.



NTS N° -MINSADGSP-V-01  
NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA

- 17) Organización Panamericana de la Salud, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva-CLAP/SMR. Sistema Informático Perinatal. Historia Clínica Perinatal. 2ª Edición. Montevideo. Uruguay; 2011.
- 18) Salud Sin Límites Perú. Madre Nativa. Experiencias acerca de la salud materna en las comunidades Ashaninkas y Nomatsiguengas. 1ra Edición. Lima. Perú; 2008. Mayo.
- 19) Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M, UNICEF. Situación de la infancia. Buen comienzo en la vida. 2005. Patrones recontrol prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford; 2005.

