



REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA:**

ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

2016



ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ATENCIÓN MATERNO PERINATAL - ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
O080	Aborto séptico	O310	Feto papiráceo o feto comprimido
O109	Hipertensión preexistente no especificada, que complica el embarazo	O311	Embarazo que continúa después del aborto de un feto o más
O13X	Pre- eclampsia leve	O312	Embarazo que continúa después de la muerte intrauterina de un feto o más
O141	Pre- eclampsia severa	O318	Otras complicaciones específicas del embarazo múltiple
O142	Síndrome de HELLP	O364	Atención materna por muerte intrauterina
O150	Eclampsia en el embarazo	O365	Atención materna por déficit del crecimiento fetal
O152	Eclampsia en el Puerperio	O366	Atención materna por crecimiento fetal excesivo
O159	Eclampsia en período no especificado	O367	Atención materna por feto viable en embarazo abdominal
O200	Amenaza de aborto	O471	Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación
O208	Otras hemorragias precoces del embarazo	O479	Falso trabajo de parto, sin otra especificación
O209	Hemorragia precoz del embarazo, sin especificación	O48X	Embarazo Prolongado
O210	Hiperémesis gravídica leve o no especificada	O60	Trabajo de Parto prematuro
O211	Hiperémesis gravídica con trastornos metabólicos	O600	Trabajo de Parto prematuro sin parto
O212	Hiperémesis gravídica tardía	O601	Trabajo de parto prematuro espontáneo con parto prematuro
O218	Otros vómitos que complican el embarazo	O602	Trabajo de parto prematuro espontáneo con parto a término
O219	Vómitos del embarazo, no especificados	O603	Parto prematuro sin trabajo de parto espontáneo
O220	Venas varicosas de los miembros inferiores en el embarazo	O8000	Parto espontáneo Vertical
O221	Várices genitales en el embarazo	O8001	Parto espontáneo Horizontal
O224	Hemorroides en el embarazo	O809	Parto único espontáneo sin otra especificación
O230	Infección del riñón en el embarazo	O849	Parto múltiple, no especificado
O231	Infección de la vejiga urinaria en el embarazo	O861	Otras infecciones genitales consecutivas al parto (cervicitis, vaginitis)
O232	Infección de la uretra en el embarazo	O85X	Sepsis puerperal (endometritis pos parto)
O233	Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo	O860	Infección de herida Quirúrgica Obstétrica
O234	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	O862	Infección de las vías urinarias consecutivas al parto
O235	Infección genital en el embarazo	O368	Atención materna por otros problemas fetales especificados
O239	Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo	O369	Atención materna por problemas fetales no especificados
O240	Diabetes mellitus preexistente insulino dependiente, en el embarazo	O40X	Polihidramnios
O241	Diabetes mellitus preexistente no insulino dependiente, en el embarazo	O410	Oligohidramnios
O242	Diabetes mellitus preexistente relacionada con desnutrición, en el embarazo	O411	Infección de la bolsa amniótica o de las membranas
O243	Diabetes mellitus preexistente, sin otra especificación, en el embarazo	O429	Ruptura prematura de membranas, sin especificación
O244	Diabetes mellitus que se origina con el embarazo	O432	Adherencia mórbida de la placenta
O249	Diabetes mellitus no especificada, en el embarazo	O440	Placenta previa con especificación de que no hubo hemorragia
O25X	Desnutrición en el embarazo	O441	Placenta previa con hemorragia
O260	Aumento excesivo de peso en el embarazo	O459	Desprendimiento prematuro de placenta sin otra especificación
O261	Aumento pequeño de peso en el embarazo	O468	Otras hemorragias ante parto
O262	Atención del embarazo en una abortadora habitual	O470	Amenaza de parto prematuro
O264	Herpes gestacional	O863	Otras infecciones de las vías genitourinarias consecutivas al parto
O265	Síndrome de hipotensión materna		
O300	Embarazo doble		
O263	Retención de dispositivo anticonceptivo intrauterino en el embarazo		
O309	Embarazo múltiple, no especificado		



Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
O868	Otras infecciones puerperales especificadas	P95X	Muerte fetal (nacido muerto)
O872	Hemorroides en el puerperio	99411	Sesión de estimulación temprana (pre-natal)
O879	Complicación venosa en el puerperio, no especificada	88141	Toma de muestra PAP
O909	Complicaciones del puerperio no especificado	59025	Test no Estresante
O910	Infecciones del pezón asociada con el parto	Z298	Administración de vitamina A
O911	Absceso de la mama asociada con el parto	Z298	Administración de sulfato ferroso y ácido fólico
O912	Mastitis no purulenta asociada con el parto	Z3182	Sesión de psicoprofilaxis
O94	Secuelas de complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	Z320	Embarazo aún no confirmado
O980	Tuberculosis que complica el embarazo	Z321	Embarazo confirmado
O981	Sífilis que complica el embarazo	Z359	Supervisión de embarazo con riesgo
O982	Gonorrea que complica el embarazo	Z3491	Gestante normal de 1º trimestre
O983	Otras infecciones con un modo de transmisión predominantemente sexual que complican el embarazo	Z3492	Gestante normal de 2º trimestre
O984	Hepatitis viral que complica el embarazo	Z3493	Gestante normal de riesgo de 3º trimestre
O985	Otras enfermedades virales que complican el embarazo	Z3591	Gestante con factor de riesgo de 1º trimestre
O986	Enfermedades causadas por protozoarios que complican el embarazo	Z3592	Gestante con factor de riesgo de 2º trimestre
O987	Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, el parto y el puerperio	Z3593	Gestante con factor de riesgo de 3º trimestre
O988	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias maternas que complican el embarazo	Z370	Nacido vivo, único
O989	Enfermedad Infecciosa y parasitaria materna no especificada que complica el embarazo, parto y puerperio	Z371	Nacido Muerto, único
O990	Anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio	Z372	Gemelos, ambos nacidos vivos
O991	Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos del sistema inmunitario que complica el embarazo	Z373	Gemelos, un nacido vivo y un nacido muerto
O992	Enfermedades endocrinas, de la nutrición y del metabolismo que complican el embarazo	Z374	Gemelos, ambos nacidos muertos
O993	Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo	Z375	Otros nacimientos múltiples, todos nacidos vivos
O994	Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo	Z376	Otros nacimientos múltiples, algunos nacidos vivos
O995	Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo	Z377	Otros nacimientos múltiples, todos nacidos muertos
O996	Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo	Z381	Nacido fuera del hospital único
O997	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo que complican el embarazo	Z382	A término (producto único en lugar no especificado)
O998	Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo	Z384	Nacidos fuera del hospital gemelos
P073	RN Pre término	Z387	Nacidos fuera del hospital (varios)
		86592	Prueba Rápida para Sífilis
		82044	Proteinuria cualitativa en orina (tira reactiva)
		81007	Tira reactiva para bacteriuria asintomática
		99344	Visita familiar integral
		U122	Taller en salud
		Z392	Seguimiento post parto de rutina
		59430	Puérpera
		Z7171	Consejería Pre-Test para VIH
		Z7172	Consejería Post-Test Positivo para VIH
		Z7173	Consejería Post-Test Negativo para VIH
		U2601	Entrega de resultado PAP cuello uterino
		99403	Consejería nutricional
		99401	Consejería integral
		C0009	Sesión demostrativa
		C0010	Sesión educativa
		U124	Capacitación
		U0031	Actividad de Materno perinatal
		U1692	Plan de atención de parto
		U262	Evaluación y entrega de resultado de diagnóstico

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales. Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

A. ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al día, historia clínica, DNI, financiador, pertenencia étnica, distrito de procedencia, edad, sexo, establecimiento y servicio se registran siguiendo las indicaciones planteadas en el capítulo de Aspectos Generales del presente Documento Técnico.

En el ítem: Distrito de Procedencia, anote claramente el distrito del domicilio actual de la persona a la que se le aplicará la vacuna. Se considera a una persona residente de un distrito cuando tenga permanencia estable a partir de los 06 meses.

P: (Diagnóstico presuntivo) Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.

D: (Diagnóstico definitivo) Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.

R: (Diagnóstico repetido) Cuando el paciente vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

Si son más de tres (03) los diagnósticos y/o actividades los que se van a registrar, continúe en el siguiente registro y trace una línea oblicua entre los casilleros de los ítems Día y Servicio y utilice los siguientes tres (03) ítems del campo “diagnósticos y/o actividades” para completar el registro de la atención.

Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

ATENCIÓN A LA GESTANTE

Definición Operacional: Son todas las intervenciones preventivas que se realizan durante la atención prenatal. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano y Obstetra; a partir de los establecimientos de salud del I nivel.

Los profesionales responsables de la atención requieren de una actualización mínima de 75 horas al año.

Se considera 6 atenciones como mínimo. La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos, y las consultas de seguimiento deben durar no menos de 25 minutos.

- ⇒ 1º Atención Prenatal: antes de las 14 semanas de gestación.
- ⇒ 2º Atención Prenatal: entre las 14 a 21 semanas de gestación.
- ⇒ 3º Atención Prenatal: entre las 22 a 24 semanas de gestación.
- ⇒ 4º Atención Prenatal: entre las 25 a 32 semanas de gestación.
- ⇒ 5º Atención Prenatal: entre las 33 a 36 semanas de gestación.
- ⇒ 6º Atención Prenatal: entre las 37 a 40 semanas de gestación.

GESTANTE ATENDIDA

Definición Operacional: Es la gestante que acude a su 1º atención prenatal en el embarazo actual en cualquier establecimiento de salud del Ministerio de Salud.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Atención prenatal, especifique la semana del embarazo que se encuentra la gestante en cada consulta
- En los otros casilleros anote las actividades como Plan de Parto, Evaluación Nutricional, Tamizaje de VBG, etc.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” para las actividades y utilice los criterios descritos para Presuntivo, Definitivo o Repetido para los diagnósticos de acuerdo al episodio de la enfermedad.



En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 1. según corresponda.

DÍA	H.C./F.F. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591	
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1692		
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3. Gestante con bajo peso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	O261
						M	N	N	1. Tamizaje de VBG	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	U140	
							<input checked="" type="checkbox"/>	C	C	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

Según lo establecido por la ESN SSR, para la atención prenatal podrá utilizar los códigos en homologación con el Seguro Integral de Salud: Z3491, Z3492, Z3493, Z3591, Z3592 y Z3593

Cuando se toma Papanicolau, use otro registro:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero Toma de PAP
- En el 3º casillero Consejería Integral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 según el trimestre de gestación
- En el 2º casillero:
 - Si es la 1º vez que se toma PAP en su vida "PV"
 - Si es la 2º a mas veces "PC"
- En el 3º casillero en número de sesión de consejería 1, 2, 3... según corresponda
- En el 4º casillero "CU" para indicar que la orientación/consejería es por Prevención de Cáncer de Cuello Uterino

DÍA	H.C./F.F. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT			
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359	
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Toma de PAP	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PC	88141		
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3. Consejería Integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99401
						M	N	N	1.	P	D	R	CU		
							<input checked="" type="checkbox"/>	C	C	2.	P	D	R		
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R		

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

La clasificación que se hace de acuerdo a las normas técnicas vigentes.

Para las gestante se tiene 2 tipos de clasificaciones:

ÍNDICE DE MASA CORPORAL PRE GESTACIONAL (IMC).- Solo debe de registrarse en la 1ra. Atención, según la presente clasificación.

IMC PARA LA EDAD		
CÓDIGO	PUNTO DE CORTE (IMC)	CLASIFICACIÓN
E669	IMC >30	Obesidad
E660	IMC <= 30 a > 25	Sobrepeso
Z006	18.5 - < 25	Normal
O25X	< 18.5	Bajo Peso

GANANCIA DE PESO.- Se registra en todas las atenciones a partir de las 12 semanas de gestación, según la presente clasificación.

CLASIFICACIÓN DE GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN
O261	Menor a lo Recomendado según Semana Gestacional	Baja
Z006	Dentro de lo Recomendado según Semana Gestacional	Adecuada
O260	Mayor a lo Recomendado según Semana Gestacional	Alta

SIGNOS DE ALERTA DE MALNUTRICIÓN

Ganancia de peso inadecuada en la gestante (considerar el estado nutricional inicial, estimado a partir del IMC pre gestacional):

Estado Nutricional antropométrico pre gestacional:	Ganancia de Peso
Bajo peso, normal o sobrepeso	Ganancia > 3 kg /mes
Normal	Ganancia < 1kg/mes (2do y 3er trimestre)
Normal	Ganancia < 4.5kg/mes (mitad del embarazo)
Obeso	Ganancia < 0.5 kg/mes

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º casillero Atención Prenatal 8 semanas
- En el 2º casillero Plan de Parto
- En el 3º casillero el Resultado de la Evaluación por IMC
- En el 4º casillero la Consejería Nutricional
- En el 5º casillero Tamizaje de VBG



Si la gestante estuviera en la Consulta Nutricional (atendida por nutricionista), NO UTILIZA el registro de "Atención Prenatal" sino "Atención en Nutrición" y en los siguientes casilleros debe incluir los diagnósticos diferenciados de una consulta especializada como son los diagnósticos resultado de la clasificación del estado nutricional (evaluación antropométrica, evaluación dietética, evaluación de la actividad física y bioquímica nutricional); para mayor referencia consultar el Manual de Registro HIS de la Estrategia Alimentación y Nutrición Saludable.

Para el ítem: Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1º casillero siempre definitivo “D” en la consulta Nutricional y en la primera evaluación del estado nutricional (evaluación antropométrica, evaluación dietética y bioquímica nutricional).

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de Atención Prenatal
- En el 2º casillero “1” para indicar la elaboración del Plan de Parto
- En el 3º casillero “IMC” para indicar que la evaluación es el resultado del índice de masa corporal
- En el 4º casillero el número de consejería nutricional 1, 2... según corresponda
- En el 5º casillero “VIF” para indicar que el tamizaje es por violencia

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
15	35624	2	80	Villa El Salvador	29 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	D	R	1	Z3591
	85426233						C	C	2. Plan de parto	P	D	R	1	U1692
							R	R	3. Gestante con Sobrepeso	P	D	R	IMC	E660
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403
							C	C	2. Tamizaje de VBG	P	D	R	VIF	U140
							R	R	3.	P	D	R		

EN LAS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO:

Si la gestante mantiene en los siguientes controles la misma condición nutricional identificada ésta se debe registrar con tipo de diagnóstico “R” hasta que se recupere, el registrar con tipo de diagnóstico “D” en cada control incrementaría un mismo caso tantas veces como controles tenga la gestante durante el episodio de enfermedad.

SI ES CITADA FUERA DE LA ATENCIÓN PRENATAL PARA EL CONTROL NUTRICIONAL

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo de Alto Riesgo
- En el 2º casillero el Diagnóstico de la Evaluación por IMC
- En el 4º casillero la Consejería Nutricional

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de trimestre de gestación
- En el 2º casillero “IMC” [*en todos los controles se debe registrar el tipo de evaluación nutricional*]
- En el 3º casillero el número de consejería nutricional

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
15	35624	2	80	Villa El Salvador	29 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo de alto riesgo	P	D	R	1	Z359
	85426233						C	C	2. Gestante con Sobrepeso	P	D	R	IMC	E660
							R	R	3. Consejería Nutricional	P	D	R	2	

Si el control nutricional es dentro de la siguiente Atención Prenatal se registra solo el diagnóstico obtenido por IMC con tipo de diagnóstico “R” al cual se le incrementa el resultado de la evaluación de la ganancia de peso.

CUANDO LA GESTANTE ES RECUPERADA

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de trimestre de gestación
- En el 2º casillero "IMC" [en todos los controles se debe registrar el tipo de evaluación nutricional]
- En el 3º casillero el número de consejería nutricional

DÍA	H.C./F.F. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
15	35624	2	80	Villa El Salvador	29 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo de alto riesgo	P	B	R	1	Z359
	85426233					C	C	2. Consejería Nutricional	P	B	R	4	99403	
						R	R	3. Gestante con Sobrepeso	P	D	R	IMC	E660	
						M	N	N	1.	P	D	R	PR	
						C	C	2.	P	D	R			
						R	R	3.	P	D	R			

EN EL CASO DE UNA GESTANTE CON GANANCIA DE PESO

DÍA	H.C./F.F. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
15	35624	2	80	Villa El Salvador	29 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 13 semanas	P	B	R	1	99209
	85426233					C	C	2. Plan de parto	P	B	R	1	U1692	
						R	R	3. Normal	P	B	R	IMC	Z006	
						M	N	N	1. Ganancia de peso adecuada	P	B	R		Z006
						C	C	2. Tamizaje de VBG	P	B	R	VIF	U140	
						R	R	3.	P	D	R			

Para el caso de la Evaluación Nutricional por Ganancia de Peso de la Gestante el campo Lab va en blanco lo cual permite que se pueda utilizar para complementar el registro de otras actividades

EN LAS OTRAS ATENCIONES PRENATALES

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal 2, 3, 4... según corresponda.

DÍA	H.C./F.F. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 16 semanas	P	B	R	2	Z3592
	07033940					C	C	2. Dentro de lo recomendado según semana gestacional	P	B	R		Z006	
						R	R	3. Consejería Nutricional	P	B	R	1	99403	
						M	N	N	1. Administración de micronutrientes	P	B	R	SF1	Z298
						C	C	2.	P	D	R			
						R	R	3.	P	D	R			

DÍA	H.C./F.F. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 20 semanas	P	D	R	3	Z3592
						C	C	2. Dentro de recomendado según semana gestacional	P	D	R			Z006
	07033940						R	R	3. Consejería Nutricional	P	D	R	2	99403
						M	N	N	1. Administración de micronutrientes	P	D	R	SF2	Z298
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

EXÁMENES DE LABORATORIO COMPLETO

Definición Operacional.- Actividad de ayuda al diagnóstico dirigida a la gestante que acude a su atención prenatal; lo realiza el Tecnólogo Médico, Biólogo o Técnico de Laboratorio en establecimientos de salud que cuenten con servicio de laboratorio. Se considera:

- ⇒ **02 baterías de Análisis durante el embarazo** (1ª batería se solicita en la 1ª atención prenatal y la 2ª con un intervalo de 03 meses en el 3º trimestre de gestación), excepto el grupo sanguíneo y factor RH.
- ⇒ **Batería de Análisis:** Hemoglobina, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas para sífilis (Prueba rápida y/o RPR) y para VIH (prueba rápida y/o ELISA), urocultivo (laboratorio que cuenta con servicio de microbiología) o examen completo de orina (laboratorio que no cuenten con servicio de microbiología).
- ⇒ **El tamizaje de VIH y SÍFILIS** con Pruebas Rápidas lo realiza el profesional calificado que brinda la atención Prenatal con la finalidad de realizar la detección temprana y oportuna y contribuir a la reducción de la trasmisión vertical.

“El dosaje de hemoglobina debe ser solicitado de manera obligatoria en el primer trimestre de gestación a toda gestante en la primera atención prenatal con el objetivo de seleccionar la dosis de hierro elemental a utilizar”

En el caso de Gestantes sin Anemia (Hb ≥ 11g/dl)

Se realiza los dosajes de hemoglobina en las semanas que se indican en la tabla adjunta:

Dosajes de Hemoglobina en Gestantes sin Anemia por Deficiencia de Hierro

Nº de Dosaje	Edad Gestacional
1º	Durante el primer control prenatal
2º	Entre la semana 25 y 28 de gestación
3º	Entre la semana 37 y 40 (antes del parto)
4º	A los 30 días post parto (término de la suplementación)

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007
RM N° 069-2016/MINSA

- ⇒ Teniendo en cuenta que para el segundo dosaje no debe existir un intervalo mayor de 3 meses en relación a la primera muestra. Se solicitará un tercer dosaje antes del parto y el cuarto dosaje al término de la suplementación (30) días después del parto.
- ⇒ En el caso de gestantes que inician control prenatal después de las 32 semanas de gestación y no presentan anemia, se realizarán los dosajes en el primer control prenatal, el segundo entre la semana 37 – 40 y el último a los 30 días post parto.
- ⇒ Si en alguno de los dosajes de hemoglobina de la gestante resultara < 11g/dl (luego del reajuste según altura), deberá mantenerse la suplementación, evaluar la adherencia la mismo y referirse al médico para definir el procedimiento a seguir.

“El primer dosaje de hemoglobina estará incluido en la Batería de Laboratorio de la gestante, debiendo registrar de manera individual los siguientes dosajes dentro de la atención prenatal”

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º casillero Atención Prenatal
- En los siguientes casilleros el Diagnóstico de la Evaluación Nutricional, Suplementación, entre otras relacionadas a la Atención Prenatal
- En el 5º casillero Tamizaje de Anemia

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En los casilleros de las actividades marque “D”
- En el 5º casillero del Tamizaje de Anemia marque “P” (indica que se generó la orden de laboratorio) y “D” cuando realiza el examen en el consultorio (hemoglobinómetro)

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de atención prenatal
- En los siguiente casilleros según corresponda para la actividad

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
3	65389	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 25 semanas	P	D	R	4	Z3492
	45236589						C	C	2. Dentro de lo recomendado según semana gestacional	P	D	R		Z006
							R	R	3. Administración de micronutrientes	P	D	R	SF3	Z298
 	 	 	 	 	 	 	N	N	1. Consejería Nutricional	P	D	R	MN	99403
							C	C	2. Tamizaje de Anemia	P	D	R		Z017
							R	R	3.	P	D	R		

Solo se registrará “Tamizaje de Anemia” con tipo de diagnóstico “D” (definitivo) para indicar expresamente que se realizó el dosaje de hemoglobina.

Cuando se cuenta con el resultado (y NO le toca su control)

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo de alto riesgo
- En el 2º casillero Tamizaje de Anemia
- En el 3º casillero Consejería Nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” para las actividades, en el caso del tamizaje indica la disponibilidad del resultado

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el trimestre de gestación
- En el 3º casillero el número de la consejería nutricional

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
3	65389	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo de alto riesgo	P	D	R	2	Z359
	45236589						C	C	2. Tamizaje de Anemia	P	D	R		Z017
							R	R	3. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403

Para efectos de registro HIS se deberá anotar cada uno de los exámenes que a continuación se detallan, estos forman parte de la Batería de Análisis de Laboratorio de la Gestante

En el caso de Gestante con Anemia (Hb < 11.0 g/dl)

- ⇒ Se realizarán dosajes de hemoglobina de manera continua con el objeto de evaluar oportunamente el cumplimiento, la administración correcta y la respuesta al tratamiento con hierro elemental.
- ⇒ La cantidad de dosajes de hemoglobina dependerá del grado de severidad de la anemia, tal como se detalla a continuación:

Nº de Dosaje	Edad Gestacional
Anemia Leve Hb: 10.0 – 10.9 mg	Cada 4 semanas hasta que la Hb alcance valores de 11mg/dl a más (valores ajustados a los 1000 msnm).
Anemia Moderada Hb: 7.0 – 9.9 mg	<ol style="list-style-type: none"> El primer dosaje a las 2 semanas de iniciado el tratamiento. Luego cada 4 semanas hasta que la Hb alcance valores de 11mg/dl a más (valores ajustados a los 1000 msnm).

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007
RM N° 069-2016/MINSA

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º casillero Atención Prenatal
- En los siguientes casilleros el diagnóstico de la Evaluación Nutricional, Suplementación, entre otras relacionadas a la Atención Prenatal
- En el 4º casillero el diagnóstico de Anemia que afecta al embarazo
- En el 5º casillero el tamizaje de Anemia con el que se confirma el diagnóstico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En los casilleros de las actividades marque “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de atención prenatal
- En los siguientes casilleros según corresponda para la actividad
- En el casillero del diagnóstico de anemia el grado de severidad:
 - **LEV** = Leve (Hb: 10.0 – 10.9 g/dl)
 - **MOD** = Moderado (Hb: 7.0 – 9.9 g/dl)
 - **SEV** = Severo (Hb: < 7.0 g/dl)

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
3	65389	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 25 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	Z3492
	45236589						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Menor a lo recomendado según semana gestacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		O261
							R	R	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403
						M	N	N	1. Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	LEV	O990
							C	C	2. Tamizaje de Anemia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z017
							F	R	R	3. Administración de micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF3

Solo se registrará “Tamizaje de Anemia” con tipo de diagnóstico “D” (definitivo) para indicar expresamente que se realizó el dosaje de hemoglobina.

Cuando se cuenta con el resultado (y NO le toca su control)

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio
- En el 3º casillero Tamizaje de Anemia
- En el 4º casillero Consejería Nutricional
- En el 5º casillero Administración de Tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" para las actividades, en el caso del tamizaje indica la disponibilidad del resultado

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de trimestre de gestación
- En el 2º casillero el grado de severidad de la anemia:
 - **LEV** = Leve (Hb: 10.0 – 10.9 g/dl)
 - **MOD** = Moderado (Hb: 7.0 – 9.9 g/dl)
 - **SEV** = Severo (Hb: < 7.0 g/dl)
- En el 4º casillero el número de consejería nutricional
- En el 5º casillero el número de tratamiento

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
3	65389	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	1	Z359
	45236589						C	C	2. Anemia que afecta el embarazo, parto o puerperio	P	D	R	LEV	O990
							R	R	3. Tamizaje de Anemia	P	D	R		Z017
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403
							C	C	2. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	
							R	R	3.	P	D	R		



Todos los Tamizaje de Anemia positivos deben incluir consejería nutricional; si estas coincidieran con cualquier hallazgo de problemas relacionados con la evaluación nutricional solo se registra una consejería nutricional numerando en el campo Lab el número de sesión.

TAMIZAJE DE BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

Definición Operacional.- Actividad que se realiza a partir del 1º contacto de la gestante con el servicio, en establecimientos de salud desde el I.1.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Atención prenatal, especifique la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En los otros casilleros anote las actividades como Plan de Parto, evaluación nutricional, tamizaje de VBG, etc.
- En siguiente casillero Tamizaje de Bacteriuria Asintomatica

En el ítem: Lab registre:

- En el casillero del Tamizaje:
 - **RP** si el resultado es positivo
 - **RN** si el resultado es negativo



Cuando el resultado es negativo:

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1692
							R	R	3. Gestante con bajo peso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	O261
						M	N	N	1. Tamizaje de VBG	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	U140
							C	C	2. Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	81007
							F	R	R	3.	P	D	R	

Cuando el resultado es positivo:

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Tamizaje de Bacteriuria Asintomática	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	81007
							R	R	3. Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		O234
						M	N	N	1. Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U310
							C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R	

Cuando el resultado es Negativo (RN) el registro del tamizaje se realiza dentro de las actividades de la Atención Prenatal pero cuando se tiene una gestante con resultado Positivo (RP) se deberá utilizar un nuevo registro para poder anotar el Tamizaje, el Resultado y el Tratamiento brindado.

Solo si el registro de actividades realizadas en la 1º atención prenatal le permitiera anotar el Tamizaje, el Resultado y el Tratamiento brindado puede utilizar un solo registro para esta actividad.

TAMIZAJE DE PROTEINURIA

Definición Operacional.- Actividad que se realiza a partir del 1er contacto de la gestante con el servicio, en establecimientos de salud desde el I.1.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Atención prenatal, especifique la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En los otros casilleros anote las actividades como Plan de Parto, evaluación nutricional, tamizaje de VBG, etc.
- En siguiente casillero Tamizaje de Proteinuria

En el ítem: Lab registre:

- En el casillero del Tamizaje:
 - **RP** si el resultado es positivo
 - **RN** si el resultado es negativo

Cuando el resultado es negativo:

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D			
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1692
							R	R	3. Gestante con bajo peso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	O261
						M	N	N	1. Tamizaje de VBG	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	U140
							C	C	2. Tamizaje de Proteinuria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	82044
							F	R	R	3.	P	D	R	

Cuando el resultado es positivo:

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D			
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1692
							R	R	3. Gestante con bajo peso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	O261
						M	N	N	1. Tamizaje de VBG	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	U140
							C	C	2. Tamizaje de Proteinuria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RP	82044
							F	R	R	3.	P	D	R	



Cuando se trata del Tamizaje de Proteinuria tanto el resultado es Negativo (RN) como el resultado Positivo (RP) se deberán anotar en el mismo registro con todas las actividades de la Atención Prenatal realizadas sin necesidad de desglosarlo en otro registro.

TAMIZAJE PARA VIH CON PRUEBAS RÁPIDAS EN GESTANTES CUANDO SE REALIZA EN EL CONSULTORIO

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo con Riesgo
- En el 2º casillero Orientación/Consejería Pre Test
- En el 3º casillero Toma de Prueba para VIH
- En el 4º casillero la orientación/consejería Post test de acuerdo al resultado sea:
 - NEGATIVO 27173
 - REACTIVO 27172

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se toma la prueba
- En el casillero de la orientación/consejería pre y post test
 - 1 si es la 1ª Batería de laboratorio
 - 2 si es la 2ª Batería de laboratorio
- En el 3º casillero registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:
 - **PRA** = Cuando se trate de Prueba Rápida

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	1	Z359
	07033940						C	C	2. Consejería Pre Test para VIH	P	D	R	1	Z7171
							R	R	3. Toma de Prueba para VIH	P	D	R	PRA	86703
						M	N	N	1. Consejería Post Test para VIH	P	D	R	1	Z7173
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

CUANDO EL TAMIZAJE ES REALIZADO EN EL LABORATORIO

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo con Riesgo
- En el 2º casillero Consejería Pre Test para VIH

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se toma la prueba
- En el casillero de la orientación/consejería pre test
 - 1 si es la 1ª Batería de laboratorio
 - 2 si es la 2ª Batería de laboratorio

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	26 A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo con Riesgo	P	D	R	1	Z359
	07033136						C	C	2. Consejería Pre Test para VIH	P	D	R	1	Z7171
							R	R	3.	P	D	R		

Cuando el Tamizaje con PR se realiza en el laboratorio ya no se registra la Toma de Prueba para VIH, solo se registran las Consejerías Pre y Post test para VIH y la Evaluación de los Resultados para VIH en la gestante.

CUANDO SE TIENE EL RESULTADO DE LABORATORIO

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo con Riesgo
- En el 2º casillero Orientación/Consejería Post test de acuerdo al resultado:
 - NEGATIVO Z7173
 - REACTIVO Z7172

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambos

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se toma la prueba
- En el casillero de la orientación/consejería post test
 - 1 si es la 1ª Batería de laboratorio
 - 2 si es la 2ª Batería de laboratorio



DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	26 A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo con Riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería Post Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z7173
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

TAMIZAJE PARA VIH EN TRABAJO DE PARTO

Esta es una actividad que no se realiza en consulta externa pero por su importancia como indicador dentro de la atención integral hace que se incluya en el registro HIS para complementar la información de la estrategia.

El registro es individual y como para esta actividad siempre la prueba es “Prueba Rápida” la indicación del tipo de prueba en el campo Lab no es necesaria, solo se indicará el resultado y la diferenciación del registro de la consulta externa indicando utilizando el 2º campo Lab “RSA” de Riesgo Sanitario.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Consejería Pre Test para VIH
- En el 2º casillero Toma de Prueba para VIH
- En el 3º casillero Consejería Post Test para VIH o Reactivo según corresponda

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:
PRA = Cuando se trate de Prueba Rápida
- En el siguiente casillero registre SIEMPRE la sigla “**RSA**” para indicar Riesgo Sanitario

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	26 A	M	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7171
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Toma de Prueba para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PRA	86703
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3. Consejería Post Test Negativo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSA

Cuando el resultado es REACTIVO

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	26 A	M	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7171
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Toma de Prueba para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PRA	86703
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3. Consejería Post Test Positivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RSA
						M	N	N	1. Profilaxis con Antirretroviral para transmisión vertical	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z5185
						C	C		2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

TAMIZAJE PARA VIH EN CASOS DE ABORTOS

Esta es una actividad que no se realiza en consulta externa pero por su importancia como indicador dentro de la atención integral hace que se incluya en el registro HIS para complementar la información de la estrategia.

El registro es individual y como para esta actividad siempre la prueba es “Prueba Rápida” la indicación del tipo de prueba en el campo Lab no es necesaria, solo se indicará el resultado y la diferenciación del registro de la consulta externa indicando utilizando el 2º campo Lab “RMA” de Riesgo Sanitario.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Consejería Pre Test para VIH
- En el 2º casillero Toma de Prueba para VIH
- En el 3º casillero Consejería Post Test para VIH o Reactivo según corresponda

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero registre la sigla que identifique el tipo de prueba realizada:
PRA = Cuando se trate de Prueba Rápida
- En el siguiente casillero registre SIEMPRE la sigla “RMA” para indicar Riesgo Sanitario

DÍA	H.C./F.F. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
18	20635	1	80	San Martín de Porres	26 A	M	N	N	1. Consejería Pre Test para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z7171
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Toma de Prueba para VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PRA	86703
	<input checked="" type="checkbox"/>						R	R	3. Consejería Post Test Negativo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RMA

TAMIZAJE DE VIH CON ELISA EN GESTANTES CON PRUEBA RÁPIDA REACTIVA

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo con Riesgo
- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de Resultado de VIH
- En el 3º casillero Consejería Post Test Positivo

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en ambos casos

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se toma la prueba
- En el 2º casillero:
 - **ELI** = Cuando se trate de Prueba de Elisa

DÍA	H.C./F.F. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	26 A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo con Riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y Entrega de Resultado de VIH	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ELI	U2652	
	<input checked="" type="checkbox"/>						R	R	3. Consejería Post Test Positivo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z7172

Este registro se realiza SOLO cuando se cuenta con los resultados de la prueba.

TAMIZAJE PARA SÍFILIS CON PRUEBAS RÁPIDAS EN GESTANTES**Las pruebas para le Tamizaje de Sífilis pueden ser a través de:**

- ⇒ **Prueba Rápida de Sífilis (Cualitativa)** para este caso utilice el código **86592**
- ⇒ **RPR o VDRL (Cuantitativa)**, esta prueba se realiza en el laboratorio por lo que solo se registra la **Evaluación y Entrega de Resultados de RPR con el código U2641.**

Cuando se realiza en el consultorio

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo con Riesgo
- En el 2º casillero Toma de Prueba Rápida para SÍFILIS
- En el 3º casillero Orientación/Consejería ITS

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en todos los casos

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el trimestre de gestación 1, 2, 3 según corresponda
- En el casillero de la orientación/consejería ITS
 - **RP** si el resultado es Reactivo
 - **RN** si el resultado es No Reactivo
- En el 3º casillero:
 - **1** si es la 1º Batería de Laboratorio
 - **2** si es la 2º Batería de Laboratorio

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	R			
18	16458	1	80	Arequipa	26 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Toma de Prueba Rápida para Sífilis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86592
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3. Consejería en ITS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1

Recuerde que las Consejerías en ITS no se numeran, solo contienen el valor que indica el número de Batería de Laboratorio**Cuando el Tamizaje de Sífilis se realiza a través de RPR**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Atención Prenatal
- En los otros casilleros anote las actividades como Evaluación Nutricional, etc.
- En uno de los casilleros Evaluación y Entrega de Resultados de RPR

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal según corresponda.
- En el 3º casillero de la evaluación de resultados:
 - **RP** = Si es Reactivo
 - **RN** = Si es No Reactivo

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	R			
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 16 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z3591
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Dentro de lo Recomendado según Semana Gestacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z006
							R	R	3. Evaluación y Entrega de Resultados de RPR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	U2641
						M	N	N	1. Consejería en ITS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U130
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

TAMIZAJE PARA SÍFILIS CON PRUEBAS RÁPIDAS EN PUERPERAS

Solo se realizará cuando la puérpera no se realizó el tamizaje durante la gestación

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Control de Puerperio
- En el 2º casillero Toma de Prueba Rápida para Sífilis
- En el 3º casillero Consejería en ITS

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en todos los casos

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de control de puerperio
- En el 2º casillero:
 - **RP** si el resultado es Reactivo
 - **RN** si el resultado es No Reactivo

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	R			
18	16458	1	80	Arequipa	26 A	M	N	N	1. Control de Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	59430
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Toma de Prueba Rápida para Sífilis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86592
							R	R	3. Consejería en ITS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U130

Si esta actividad se realiza en el 2º Control de Puerperio registre "2" en el campo Lab del Control de Puerperio

Si la prueba se realiza fuera del Control de Puerperio

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Toma de Prueba Rápida para Sífilis
- En el 2º casillero Consejería en ITS

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero:
 - **RP** si el resultado es Reactivo
 - **RN** si el resultado es No Reactivo
- En el 2º casillero la sigla "P" para indicar que es Puérpera



DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	Arequipa	26 A	M	N	N	1. Toma de Prueba Rápida para Sífilis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	86592
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería en ITS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	P	U130
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

Quando el Tamizaje de Sífilis en Puérperas se realiza a través de RPR

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Control de Puerperio
- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de Resultados de RPR
- En el 3º casillero Consejería en ITS

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en todos los casos

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de control de puerperio
- En el 2º casillero:
 - **RP** si el resultado es Reactivo
 - **RN** si el resultado es No Reactivo

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	Arequipa	26 A	M	N	N	1. Control de Puerperio	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	59430
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Evaluación y Entrega de Resultados de RPR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	U2641
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Consejería en ITS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U130

Si es fuera del Control de Puerperio

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Evaluación y Entrega de Resultados de RPR
- En el 2º casillero Consejería en ITS

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero:
 - **RP** si el resultado es Reactivo
 - **RN** si el resultado es No Reactivo
- En el 2º casillero la sigla “P” para indicar que es Puérpera

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	Arequipa	26 A	M	N	N	1. Evaluación y Entrega de Resultados de RPR	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RN	U2641
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería en ITS	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	P	U130
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

GESTANTE CON RESULTADOS DE BATERÍA DE LABORATORIO COMPLETA

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Atención prenatal, especifique la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En el 2º casillero Bateria de Laboratorio de la Gestante

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el número de evaluación de resultados según corresponda:
 - “1” cuando se tiene el resultado de la 1º batería
 - “2” cuando se tiene el resultado de la 2º batería

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 14 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z3591
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Bateria de Laboratorio de la Gestante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z0177
							R	R	3. Dentro de recomendado según semana gestacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z006

Solo se registra la “Bateria de Laboratorio de la Gestante” cuando se cuenta con los resultados de los exámenes de laboratorio (todos), NO se registra cuando se prescribe la orden para realizarlos

Si viene con los resultados de la Bateria de Análisis completo y no le toca la Atención Prenatal

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero Bateria de Laboratorio de la Gestante

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 según el trimestre de gestación
- En el 2º casillero el número de evaluación de resultados según corresponda:
 - “1” cuando se tiene el resultado de la 1º batería
 - “2” cuando se tiene el resultado de la 2º batería

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Bateria de Laboratorio de la Gestante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z0177
							R	R	3.	P	D	R		

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

Definición Operacional.- Examen de ayuda al diagnóstico que se realiza a la gestante antes de las 20 semanas; lo realiza el Médico Gineco-Obstetra y Médico Cirujano calificado en establecimientos de salud que cuenten con el equipo de ecógrafo.

Se considera 02 exámenes ecográficos de 15 minutos cada uno:

- ⇒ **1º Examen:** Antes de las 20 semanas para confirmar edad gestacional y entre las 11 y 14 semanas para gestantes mayores de 35 años de edad y/o con antecedentes de malformaciones congénitas para evaluación del pliegue nucal fetal.)
- ⇒ **2º Examen:** En el tercer trimestre de gestación para establecer el peso, placenta, ILA, PBF.

Cuando la ecografía se realiza en el mismo establecimiento de salud que se realiza la atención prenatal

Registro del personal calificado que realiza la ecografía en establecimientos de salud:

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 según el trimestre de gestación
- En el 2º casillero el número de la ecografía 1, 2 según corresponda

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	2	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033940								2. Ecografía, Útero Grávido	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	76805
									3.	P	D	R		

Cuando la ecografía no es realizada en el establecimiento en que se realiza la atención prenatal

Se pueden dar 02 situaciones:

1. La Ecografía es realizada en un EESS De Referencia (MINSa):

Establecimiento de Salud MINSa
Donde fue referida la gestante



- ⇒ Registra la ecografía en HIS indicando En el campo Lab "OTR"

En el EESS MINSa que refirió

- ⇒ Registra en la atención prenatal: En un campo Lab libre "EC1" o "EC2" según corresponda

2. La Ecografía es realizada por Particular (Otra institución externa a MINSa)

Establecimiento NO MINSa (particular)
Donde la gestante se realizó la ecografía



- Esta información no se registra en ningún Registro MINSa

En el EESS MINSa que realiza Atención

- ⇒ Registra en la atención prenatal: En un campo Lab libre "EC1" o "EC2" según corresponda

1. Ecografía realizada por un EESS de referencia (MINSa)

En el establecimiento que realiza la ecografía se registra:

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 según el trimestre de gestación
- En el 2º casillero el número de la ecografía 1 ó 2.
- En el 3º casillero la sigla "OTR" para indicar que es una **GESTANTE REFERIDA DE OTRO ESTABLECIMIENTO MINSa**

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	Sullana	25 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	07033940								2. Ecografía, Útero Grávido	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	76805
									3.	P	D	R	OTR	

En el establecimiento que refirió para apoyo al diagnóstico (dentro de la atención prenatal, cuando se cuenta con los resultados) registra:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Atención Prenatal
- En los siguientes casilleros las actividades que corresponda a la atención

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal según corresponda
- En los siguientes casilleros según corresponda las actividades de la atención prenatal
- En el 1º campo Lab libre la sigla “**EC1**” para indicar que se cuenta con la 1ª ecografía o “**EC2**” para indicar que se cuenta con la 2ª ecografía

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	65284	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 15 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z3491
	07458298						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Batería de Laboratorio de la Gestante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z0177
							R	R	3. Ganancia de Peso Mayor a lo Recomendado según Semana Gestacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	EC1	O260
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

En este caso la Evaluación de Ganancia de Peso Gestacional no utiliza el campo Lab por eso que se hace uso de esa casilla para registrar la Ecografía pero puede ser cualquier otra, incluso si todas estuvieran llenas se usa la última disponible.

2. Ecografía realizada por un particular (Otra institución externa a MINSa)

En el establecimiento que realiza la atención prenatal y la gestante trae la Ecografía tomada por un externo registra:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Atención Prenatal
- En los siguientes casilleros las actividades que corresponda a la atención

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal según corresponda
- En los siguientes casilleros según corresponda las actividades de la atención prenatal
- En el 1º campo Lab libre la sigla “**EC1**” para indicar que se cuenta con la 1ª ecografía o “**EC2**” para indicar que se cuenta con la 2ª ecografía

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
11	28654	1	80	Huancavelica	23 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 17 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z3491
	82907458						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Batería de Laboratorio de la Gestante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z0177
							R	R	3. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AF1	Z298
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403
							C	C	2.	P	D	R	EC1	
							R	R	3.	P	D	R		

EVALUACIÓN DE BIENESTAR FETAL

Definición Operacional: Procedimiento que se realiza a la gestante, con el cual se determina el estado del feto, a través de la monitorización clínica o electrónica, ecografía, test estresante y no estresante, las mismas que se solicitan según el caso y la semana de gestación; lo realiza el Médico Gineco Obstetra y Obstetra capacitado en monitoreo de bienestar fetal.

Se considera:

- ⇒ Monitoreo electrónico fetal no estresante y test estresante a partir de establecimiento FONB.
- ⇒ Ecografía de bienestar fetal según el caso.



En el caso de la Evaluación del Bienestar Fetal se aplica el mismo criterio de registro que para ecografía; si se realiza en un Establecimiento de Salud de MINSA que cuenta con el equipamiento para realizar la actividad o si se realiza en un Establecimiento de Salud de MINSA de referencia se registra en HIS de acuerdo a lo ya indicado, si la gestante se realiza la evaluación de manera particular solo se hace la referencia a la disposición de la Evaluación de Bienestar Fetal ya realizados

Quando la Evaluación de Bienestar Fetal se realiza en el mismo establecimiento de salud que se realiza la atención prenatal

Registro del personal calificado que realiza la ecografía en establecimientos de salud:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo
- En el 2º casillero el procedimiento según corresponda:
 - **59020** Test de Estrés Fetal
 - **59025** Test No Estresante

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 según el trimestre de gestación
- En el 2º casillero el número de la Evaluación de Bienestar Fetal 1, 2... según corresponda

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
14	95682	2	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z359
	2. Test no estresante								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	59025	
	3.								P	D	R			

Quando la EBF no es realizada en el establecimiento en que se realiza la atención prenatal

Se pueden dar 02 situaciones:

1. La EBF es realizada en un EESS De Referencia (MINSa):

Establecimiento de Salud MINSa
Donde fue referida la gestante



- ⇒ Registra el procedimiento en HIS indicando En el campo Lab "OTR"

En el EESS MINSa que refirió

- ⇒ Registra en la atención prenatal: En un campo Lab libre "BF1" o "BF2" según corresponda.

2. La EBF es realizada por Particular (Otra institución externa a MINSa)

Establecimiento NO MINSa (particular)
Donde la gestante se realizó la EBF



Esta información no se registra en ningún Registro MINSa

En el EESS MINSa que realiza Atención

- ⇒ Registra en la atención prenatal: En un campo Lab libre "BF1" o "BF2" según corresponda.

1. Evaluación de Bienestar Fetal realizada por un EESS de referencia (MINSA)

En el establecimiento que realiza la ecografía se registra:

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 según el trimestre de gestación
- En el 2º casillero la sigla “OTR” para indicar que es una **GESTANTE REFERIDA DE OTRO ESTABLECIMIENTO MINSA**

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R	2	Z359		
	07033940								C	C	2. Test no estresante	P	D	R	1	59025
									R	R	3.	P	D	R	OTR	

En el establecimiento que refirió para apoyo al diagnóstico (dentro de la atención prenatal, cuando se cuenta con los resultados) registra:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Atención Prenatal
- En los siguientes casilleros las actividades que corresponda a la atención

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal según corresponda
- En los siguientes casilleros según corresponda las actividades de la atención prenatal
- En el 1º campo Lab libre la sigla “BF1” para indicar que se cuenta con la 1ª Evaluación del Bienestar Fetal o “BF2” para indicar que se cuenta con la 2ª Evaluación del Bienestar Fetal

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
18	65284	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 21 semanas	P	D	R	3	Z3492		
	07458298								C	C	2. Batería de Laboratorio de la Gestante	P	D	R	1	Z0177
									R	R	3. Ganancia de Peso Mayor a lo Recomendado según Semana Gestacional	P	D	R	BF1	O260
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403		
									C	C	2.	P	D	R		
									R	R	3.	P	D	R		

En este caso la Evaluación de Ganancia de Peso Gestacional no utiliza el campo Lab por eso que se hace uso de esa casilla para registrar la EBF pero puede ser cualquier otra, incluso si todas estuvieran llenas se usa la última disponible.

2. Evaluación de Bienestar Fetal realizada por un particular (Otra institución externa a MINSA)

En el establecimiento que realiza la atención prenatal y la gestante trae la Evaluación de Bienestar Fetal tomada por un externo registra:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Atención Prenatal
- En los siguientes casilleros las actividades que corresponda a la atención

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención prenatal según corresponda
- En los siguientes casilleros según corresponda las actividades de la atención prenatal
- En el 1º campo Lab libre la sigla:
 - **"BF1"** para indicar que se cuenta con la 1º Evaluación del Bienestar Fetal o
 - **"BF2"** para indicar que se cuenta con la 2º Evaluación del Bienestar Fetal

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
11	28654	1	80	Huancavelica	23 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 21 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	Z3492
	82907458						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Batería de Laboratorio de la Gestante	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z0177
							R	R	3. Administración Micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AF1	Z298
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403
							C	C	2.	P	D	R	BF1	
							R	R	3.	P	D	R		



Si todos los campos Lab están llenos, incluso el último disponible deberá utilizar un nuevo registro consignando Z359 Supervisión de Embarazo, indicando en el 1º campo Lab en número de trimestre de gestación y en el 2º campo Lab la sigla "EC1", "EC2", "BF1" o "BF2" según sea el caso, ya sabe que solo puede utilizar un solo campo Lab adicional al registro de la última actividad.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero 1, 2 ó 3 correspondiente al trimestre del embarazo en que se realiza la evaluación
- En el 2º casillero:
 - **"EC1", "EC2"** (si es ecografía) o
 - **"BF1", "BF2"** (si es evaluación de bienestar fetal) según corresponda

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	26 A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo con Riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	Z359
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	BF1	
							R	R	3.	P	D	R		

Para el reporte de Gestante con Ecografía o Evaluación del Bienestar fetal se tomará en cuenta el registro de las condiciones en campo Lab "EC1", "EC2", "EB1", "EB2"; el registro de los procedimientos de ecografía de útero grávido o test no estresante solo se considera para la producción de servicio, no para la consideración de las actividades de la gestante con Atención Reenfocada.



GESTANTE CONTROLADA: Gestante que cumple su sexta atención prenatal.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número "6"

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
6	6532	2	80	Wanchaq	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 34 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	Z3593
	95642582								2. Dentro de recomendado según semana gestacional	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		Z006
									3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	99403
 	 	 	 	 	 	M	N	N	1. Administración de micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF5	Z298
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

GESTANTE CONTROLADA CON BATERÍA DE LABORATORIO COMPLETA

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control [este debe ser el 6º a más]
- En cualquier casillero LIBRE "PC" para indicar que esta gestante controlada tiene la batería completa

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
6	6532	2	80	Wanchaq	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 37 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	Z3593
	95642582								2. Dentro de recomendado según semana gestacional	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	Z006
									3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	99403
 	 	 	 	 	 	M	N	N	1. Administración de micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF5	Z298
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

GESTANTE CON PROTEGIDA CON VACUNA ANTITETÁNICA

Para el caso en que la Gestante YA SE ENCUENTRE PROTEGIDA en la 1º Atención Prenatal se deberá considerar en cualquier campo Lab en blanco la sigla "PV" de Persona Vacunada

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
	07033940								2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1692
									3. Gestante con bajo peso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	O261
 	 	 	 	 	 	M	N	N	1. Tamizaje de VBG	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VIF	U140
									2.	P	D	R	PV	
									3.	P	D	R		

GESTANTE CON ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

Definición Operacional: Son todas aquellas actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de la madre. Lo realiza el Médico Gineco-Obstetra, Médico Cirujano con competencias y Obstetra, con la participación de todo el equipo multidisciplinario; a partir de los establecimientos de salud nivel I. Debe iniciarse en el primer trimestre de gestación y recibir el paquete básico que permita la detección oportuna de signos de alarma y factores de riesgo para el manejo adecuado de las complicaciones que puedan presentarse tanto en la madre como en el perinato. Considera como mínimo 6 atenciones durante el embarazo.

Paquete básico:

- Historia clínica Materno Perinatal, detección de factores de riesgo.
- Evaluación física, incluye: examen de mamas,
- Papanicolaou y/o IVAA.
- Educación para el auto examen de mamas.
- Orientación/consejería y evaluación nutricional. (Incluye talla y peso).
- Detección e intervención oportuna de signos de alarma.
- Examen Gineco-obstétrico.
- Plan de parto.
- Examen odontológico.
- Psicoprofilaxis /estimulación prenatal (cada programa tendrá sus 06 sesiones por separado).
- Tamizaje de Violencia.
- Exámenes completos de laboratorio.
- Ecografía en el primer trimestre y en el tercer trimestre.
- Monitoreo materno fetal en el tercer trimestre.
- Visitas Domiciliarias.
- Inmunización antitetánica (ESNI).
- Inmunización contra fiebre amarilla después de las 26 semanas en zonas endémicas. (ESNI).
- Inmunización contra la Influenza Adulto (0.5cc v. im. dosis única) debido a que las gestantes son consideradas como población de riesgo para influenza. A partir del segundo trimestre de gestación (a partir de las 20 semanas de gestación) y se programará al 60% del total de gestantes. (ESNI).
- Suplemento de ácido fólico (500 mcg) durante el primer trimestre, hasta las 13 semanas.
- Suplemento de hierro (60 mg) y ácido fólico (400 mcg), desde las 14 semanas. (PAN)
- Suplemento de calcio. 2 gramos v.o diarios, desde las 20 semanas hasta el parto.
- Tamizaje de:
 - Bacteriuria asintomática (tira reactiva).
 - Sífilis (prueba rápida).
 - VIH (prueba rápida).
 - Proteinuria (tira reactiva o ácido sulfosalicílico)
 - Anemia (Hemoglobina con “Hemocue”)
 - Diabetes gestacional (Hemoglucotest)

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control [*este debe ser el 6º a más*]
- En cualquier casillero LIBRE “TA” para indicar que esta gestante cumple con la condición

DÍA	H.C./F.F. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
6	6532	2	80	Wanchaq	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 37 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	Z3593
	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Dentro de recomendado según semana gestacional	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	TA	Z006	
	95642582						R	R	3. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	99403
						M	N	N	1. Administración de micronutrientes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF5	Z298
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

**Gestante Reenfocada es la que cumple con el paquete básico.
Ninguna gestante es REENFOCADA si es que no es controlada**

PLAN DE PARTO

Definición Operacional: Es una herramienta efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante, la puérpera y el recién nacido. El plan debe consignar la información precisa que permita organizar el proceso de la atención de la gestante, relevando los aspectos del parto y la referencia de ser necesaria. El plan facilita la información para que las gestantes y sus familias sepan a donde llegar, ante la presencia de señales de parto o algún signo de alarma. Se necesita por lo menos 03 entrevistas con la gestante y su familia.

1º Entrevista del Plan de Parto.- Se elabora en la primera atención prenatal y se le entrega a la gestante para que con su familia decidan todas las opciones concernientes a la atención.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Atención prenatal, especificando la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En el 2º casillero Plan de Parto

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en ambos casos

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número “1” de 1º atención prenatal
- En el 2º casillero el número “1” por ser la primera entrevista

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	21 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591
	07033940						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1692
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

Para el ejemplo solo se ha incluido el registro del Plan de Parto pero se debe registrar todas las actividades realizadas en la 1º Atención Prenatal

2º y 3º Entrevista del Plan de Parto

Se realiza en el domicilio de la gestante para hablar con la familia acerca del plan de parto.

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Plan de Parto
- En el 2º casillero Visita Familiar Integral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero el número 2, 3 según corresponda la entrevista por el Plan de Parto
- En el 2º casillero el número de la visita 1, 2... según corresponda.

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U1692
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita Domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

Para todos los casos de Suplementación (Ácido Fólico, Sulfato Ferroso, Hierro Polimaltosado o Calcio) se utiliza el código CIE10 "Z298" y la diferenciación del tipo de Suplemento se realiza utilizando el campo Lab.

- ⇒ Para los casos de Gestantes la suplementación inicia durante las 13 primeras semanas del embarazo y se utiliza Ácido Fólico (AF1, AF2).
- ⇒ A partir de las 14 semanas de gestación se utiliza Sulfato Ferroso (SF1, SF2... SF6) o Hierro Polimaltosado (P01, P02... P06) y si la dosis SF7 o P07 en el puerperio hasta los 30 días después del parto.
- ⇒ Gestantes que inician su atención prenatal después de la semana 32 recibirá Sulfato Ferroso (SF1, SF2) o Hierro Polimaltosado (P01, P02) pero 2 tabletas diarias.

Definición Operacional.- Intervención que tiene como objetivo asegurar el suministro adecuado a las gestantes y puérperas de hierro más ácido fólico, para disminuir la prevalencia de anemia y otras complicaciones.

Etapa	Micronutriente	Cantidad	Producto a Utilizar	Tiempo
Gestación	500 ug. Ácido Fólico	1 tableta diaria	Ácido Fólico	Durante las 13 primeras semanas de embarazo
	60 mg de hierro elemental + 400 ug. de Ácido Fólico	1 tableta diaria	Sulfato Ferroso/Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado/Ácido Fólico	A partir de la semana 14 de gestación
	120 mg de hierro elemental + 800 ug. de Ácido Fólico	2 tabletas diaria	Sulfato Ferroso/Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado/Ácido Fólico	Gestantes que inician su atención prenatal después de la semana 32
Puerperio	60 mg de hierro elemental + 400 ug. Ácido Fólico	1 tableta diaria	Sulfato Ferroso/Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado/Ácido Fólico	Hasta los 30 días después del parto

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007
RM N° 069-2016/MINSA

- ⇒ Se considera **GESTANTE SUPLEMENTADA** cuando la gestante recibe un total de **60 tabletas de Ácido Fólico** (durante las primeras 13 semanas del embarazo) y **180 tabletas de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico** (a partir de la semana 14 de gestación) y **30 tabletas de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico** (hasta los 30 días después del parto).
- ⇒ En el caso de que la Gestante iniciara su atención prenatal después de la semana 32 recibirá **360 tabletas de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado + Ácido Fólico (2 tabletas diarias)**
- ⇒ Además de la entrega del insumo, la gestante recibe la orientación/consejería y evaluación nutricional la misma que queda consignada en el cuaderno de seguimiento, historia clínica y carné materno perinatal.

ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTO DE ÁCIDO FÓLICO

Las gestantes recibirán una dosis diaria de ácido fólico de 500 ug. Hasta las 13 semanas. (Son 03 entregas)

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Atención prenatal, especificando la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En los siguientes casilleros las actividades del paquete de atención integral de la gestante
- En otro casillero Administración de Ácido Fólico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención
- En el casillero correspondiente al ácido fólico "**AF1**" Para indicar la entrega (60)

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 8 semanas	P	D	R	1	Z3591
	07033940						C	C	2. Plan de parto	P	D	R	1	U1692
							R	R	3. Bajo Peso	P	D	R	IMC	O25X
						M	N	N	1. Administración Micronutrientes	P	D	R	AF1	Z298
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTO DE SULFATO FERROSO / HIERRO POLIMALTOSADO

Definición Operacional.- Suplementación que se brinda a partir de las 14 semanas de gestación, son 180 tabletas en la gestante, se da 30 por vez (son 06 entregas)

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Atención prenatal, especificando la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En otro casillero Consejería Nutricional, Administración de Sulfato Ferroso, etc.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención
- En el casillero correspondiente a la consejería nutricional 1, 2.... según corresponda
- En el casillero de la suplementación la DOSIS correspondiente según tipo de PRODUCTO A UTILIZAR:

SULFATO FERROSO

- SF1 para indicar la 1º entrega (30)
- SF2 para indicar la 2º entrega (30)
- SF3 para indicar la 3º entrega (30)
- SF4 para indicar la 4º entrega (30)
- SF5 para indicar la 5º entrega (30)
- SF6 para indicar la 6º entrega (30)

HIERRO POLIMALTOSADO

- P01 para indicar la 1º entrega (30)
- P02 para indicar la 2º entrega (30)
- P03 para indicar la 3º entrega (30)
- P04 para indicar la 4º entrega (30)
- P05 para indicar la 5º entrega (30)
- P06 para indicar la 6º entrega (30)

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 14 semanas	P	D	R	2	Z3592
	03703940						C	C	2. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403
							R	R	3. Menor a lo Recomendado según Semana Gestacional	P	D	R		O261
						M	N	N	1. Administración Micronutrientes	P	D	R	SF1	Z298
							C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTO DE CALCIO

Definición Operacional.- Tratamiento que se da a partir de las 20 semanas de gestación hasta el parto, 02 gramos vía oral diarios, se da 30 por vez (son 05 entregas).

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Atención prenatal, especificando la semana del embarazo que se encuentra la gestante
- En otro casillero Consejería Nutricional, Administración de Calcio, etc.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de la atención
- En el casillero correspondiente a la consejería nutricional 1, 2.... según corresponda
- En el casillero correspondiente al **CALCIO** indicar la dosis de acuerdo al siguiente detalle:
 - **C-1** para indicar la 1º entrega (30)
 - **C-2** para indicar la 2º entrega (30)
 - **C-3** para indicar la 3º entrega (30)
 - **C-4** para indicar la 4º entrega (30)
 - **C-5** para indicar la 5º entrega (30)

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	X	X	1. Atención Prenatal 22 semanas	P	X	R	3	Z3592	
	03703940							C	C	2. Consejería Nutricional	P	X	R	1	99403
									R	R	3. Menor a lo Recomendado según Semana Gestacional	P	D	X	
						M	N	N	1. Administración Micronutrientes	P	X	R	C-1	Z298	
							C	C	2.	P	D	R			
						F	R	R	3.	P	D	R			

La indicación de hierro y ácido fólico deberá ir acompañada de la consejería nutricional, los pasos y mensajes proporcionados se basan en la guía técnica “Consejería Nutricional en el marco de la Atención Integral de Salud de la Gestante y de la Puérpera”; para este registro indique en el campo Lab “MN” que es el registro de la consejería por Suplementación. En el caso de que se identifique algún problema en la evaluación del estado nutricional o en el tamizaje de anemia se deberá incluir la consejería nutricional numerada en el campo Lab de acuerdo al número de sesión de consejería.

Si en la misma sesión se entrega Suplementación y se presenta un problema nutricional deberá desglosar el registro para poder registrar tanto la consejería de la suplementación con “MN” como la del tratamiento del problema nutricional con el número de sesión de la consejería nutricional.

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Definición Operacional.- Actividad que se realiza dentro del control de la gestante para clasificar el estado nutricional.

Considerar la siguiente clasificación para:

ÍNDICE DE MASA CORPORAL PRE GESTACIONAL (IMC).- Solo debe de registrarse en la 1ra. Atención prenatal, según la presente clasificación.

IMC PARA LA EDAD		
CÓDIGO	PUNTO DE CORTE (IMC)	CLASIFICACIÓN
E669	IMC > 29	Obesidad
E660	IMC <= 29 a > 26	Sobrepeso
Z006	<= 26 a >= 19.8	Normal
O25X	< 19.8	Bajo Peso

GANANCIA DE PESO.- Debe de registrarse en todas las atenciones prenatales a partir de las 12 semanas de gestación, según la presente clasificación.

CLASIFICACIÓN DE GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN
O261	Menor a lo Recomendado según Semana Gestacional	Baja
Z006	Dentro de lo Recomendado según Semana Gestacional	Adecuada
O260	Mayor a lo Recomendado según Semana Gestacional	Alta

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 3º o 4º casillero los diagnósticos resultados de la clasificación del estado nutricional

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" cuando se determina el diagnóstico y "R" cuando el mismo diagnóstico de la ganancia de peso se mantiene en todas las atenciones prenatales

En el ítem: Lab anote:

- En el casillero correspondiente al índice de masa corporal anote las iniciales IMC

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R				
18	16458	1	80	San Juan de Miraflores	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 12 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3591		
	<input checked="" type="checkbox"/>								<input checked="" type="checkbox"/>	2. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U1692	
	07033940								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Gestante con peso normal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IMC	Z006
						M	N	N	1. Dentro de recomendado según semana gestacional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z006		
									<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R		
									<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
18	16458	1	80	Ocros	26 A	M	N	N	1. Atención Prenatal 27 semanas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	Z3591	
	<input checked="" type="checkbox"/>								<input checked="" type="checkbox"/>	2. Gestante con peso Mayor a lo recomendado según semana gestacional	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		O260
	07033940								<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	D	R	

GESTANTE CON MORBILIDAD

Definición Operacional: Actividad orientada al manejo de las patologías y/o complicaciones que se presentan durante la gestación y enfermedades trasmisibles y no trasmisibles.

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero la patología encontrada

En el ítem: Tipo de diagnóstico tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de marcar:

P: (Diagnóstico presuntivo) Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.

D: (Diagnóstico definitivo) Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.

R: (Diagnóstico repetido) Cuando el paciente vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	26 A	M	N	N	1. Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		O234
	07033136								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	9652	1	80	San Martín de Porres	28 A	M	N	N	1. Pre eclampsia Leve	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		O13X
	524316863								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

GESTANTE CON ANEMIA

Rangos de Referencia para el diagnóstico de Anemia y Esquema de Tratamiento en Gestantes y Puérperas (hasta 1000 msnm)

Nivel de Hemoglobina		Dosis	Producto a Utilizar
Anemia de grado Leve	Gestantes: Hb 10.0 – 10.9 g/dl	120 mg de hierro elemental y 800ug de Ácido Fólico por día	Sulfato Ferroso / Ácido Fólico O
	Puérperas: Hb 11.0 – 11.9 g/dl		Hierro Polimaltosado / Ácido Fólico
Anemia de grado Moderado	Gestantes: Hb 7.0 – 9.9 g/dl	Referir a un establecimiento de mayor complejidad que brinde atención especializada (hematología y/o ginecología)	Hierro Polimaltosado / Ácido Fólico
	Puérperas: Hb 8.0 – 10.9 g/dl		
Anemia de grado Severo	Gestantes: Hb < 7.0 g/dl	Referir a un establecimiento de mayor complejidad que brinde atención especializada (hematología y/o ginecología)	Hierro Polimaltosado / Ácido Fólico
	Puérperas: Hb < 8.0 g/dl		

- ⇒ Cuando la hemoglobina de la gestante con anemia alcance valores de 11 mg/dl o más (hasta 1000 msnm), se continuará con un tratamiento complementario en la misma dosis por un lapso de tres meses, concluido el mismo se continuará con una dosis profiláctica o de prevención hasta los 30 días post parto para reponer las reservas de hierro.
- ⇒ Cuando el nivel de hemoglobina no evoluciona en dos dosajes consecutivos a pesar de tener adherencia mayor a 75%, se referirá a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, donde un especialista determinará los exámenes auxiliares a realizarse.

Cuando sea fuera de la Atención Prenatal

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo de alto riesgo
- En el 2º casillero el diagnóstico de Anemia que complicada el embarazo, parto y/o puerperio
- En el 3º casillero Consejería Nutricional
- En el 4º casillero Administración de Tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el trimestre de gestación 1, 2, 3 según corresponda
- En el 2º casillero el grado de severidad de la anemia:
 - **LEV** = Leve (Hb: 10.0 – 10.9 g/dl)
 - **MOD** = Moderado (Hb: 7.0 – 9.9 g/dl)
 - **SEV** = Severo (Hb: < 7.0 g/dl)
- En el 4º casillero el número de consejería
- En el 5º casillero número de tratamiento

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	96552	1	80	San Martín de Porres	28 A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo de alto riesgo	P	D	R	2	Z359
	524316863						C	C	2. Anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio	P	D	R	MOD	O990
							R	R	3. Tamizaje de Anemia	P	D	R		Z017
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403
							C	C	2. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310
							R	R	3.	P	D	R		

PUÉRPERA CON MORBILIDAD

Definición Operacional: Actividad orientada al manejo de las patologías y/o complicaciones que se presentan durante el puerperio.

La codificación de estas patologías se encuentra descrita principalmente en los grupos CIE10 O85 – O92

ANEMIA EN EL PUERPERIO
En el control del Puerperio

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Control de Puerperio
- En el 2º casillero Anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio
- En el 3º casillero Tamizaje de Anemia
- En el 4º casillero Consejería Nutricional
- En el 5º casillero Administración de Tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en todos los casos

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de control de puerperio
- En el 2º casillero:
 - **LEV** = Leve (Hb: 11.0 – 11.9 g/dl)
 - **MOD** = Moderado (Hb: 8.0 – 10.9 g/dl)
 - **SEV** = Severo (Hb: < 8.0 g/dl)



- En el 4º casillero el número de consejería nutricional
- En el 5º casillero el número de Tratamiento

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	27 A	M	N	N	1. Control de Puerperio	P	D	R	2	59430
	07033136						C	C	2. Anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio	P	D	R	MOD	O990
							R	R	3. Tamizaje de Anemia	P	D	R		Z017
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403
							C	C	2. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310
							F	R	R	3.	P	D	R	

Fuera del Control de Puerperio

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero Anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio
- En el 2º casillero Tamizaje de Anemia
- En el 3º casillero Consejería Nutricional
- En el 4º casillero Administración de Tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en todos los casos

En el ítem: Lab registre:

- En el 1º casillero el número de control de puerperio
- En el 2º casillero:
 - LEV = Leve (Hb: 11.0 – 11.9 g/dl)
 - MOD = Moderado (Hb: 8.0 – 10.9 g/dl)
 - SEV = Severo (Hb: < 8.0 g/dl)
- En el 4º casillero el número de consejería
- En el 5º casillero el número de Tratamiento

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	27 A	M	N	N	1. Anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio	P	D	R	MOD	O990
	07033136						C	C	2. Tamizaje de Anemia	P	D	R		Z017
							R	R	3. Consejería Nutricional	P	D	R	1	99403
						M	N	N	1. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310
							C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R	

En el caso de suplementación siempre se acompaña con la consejería para suplementación que se registra con el campo Lab= “MN”, sin embargo cuando se presenta algún problema nutricional (peso mayor o menor a lo recomendado, anemia, entre otros), la consejería nutricional se registra con número de sesión de manera correlativa.

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero la patología encontrada

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	27 A	M	N	N	1. Sepsis puerperal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		O85X
	07033136								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

Si fuera morbilidad generar, que en la clasificación de enfermedades no especifica que es en el periodo de Puerperio

En el ítem: Lab anote la letra "P" para indicar que es puérpera

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	85422	1	80	San Martín de Porres	31 A	M	N	N	1. Mastitis no purulenta asociada con el parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	P	O912
	13003376								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		



En el caso de los diagnósticos de Enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas en gestantes se debe utilizar la clasificación general de la CIE10 y agregar en cualquier campo Lab la letra "G" para indicar que es gestante, para una mayor descripción sobre el registro específico deberá consultar los Manuales de Registro y Codificación de las Estrategias en mención.

ESTIMULACIÓN PRENATAL

Definición Operacional: Es el conjunto de procesos y acciones que potencian y promueven el desarrollo físico, mental, sensorial y social de la persona desde la concepción hasta el nacimiento; mediante técnicas realizadas a través de la madre con la participación activa del padre, la familia y la comunidad. (Ley W 28124, Ley de promoción y estimulación prenatal y temprana).

Las actividades de Psicoprofilaxis Obstétrica es realizada por profesional de la salud Obstetriz/Obstetra. Son 06 sesiones

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud anotar la estimulación prenatal, especificando el número de sesión.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Lab anote el número de sesión 1, 2, 3, 4, 5 ó 6 según corresponda.

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Estimulación pre natal 1º sesión	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99411
	07033136								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

Utilice un registro por cada gestante

PSICOPROFILAXIS

Definición Operacional: Es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién Nacida/o convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebe y su entorno familiar.

Contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y post natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor.

Contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto.

**Las actividades de Psicoprofilaxis Obstétrica es realizada por profesional de la salud Obstetríz/Obstetra.
Son 06 sesiones**

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud anotar la psicoprofilaxis especificando el número de sesión.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Lab anote el número de sesión 1, 2, 3, 4, 5 ó 6 según corresponda.

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Psicoprofilaxis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z3182
	07033136								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

ATENCIÓN DEL PARTO

ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL: Solo registran en el HIS los establecimientos que no tienen internamiento y se presenta el parto inminente en el consultorio.

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el tipo de parto
- En el 2º casillero el producto del parto

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en ambos casos

En el ítem: Código, considere lo siguiente:

- Parto Espontáneo Vertical O8000
- Parto Espontáneo Horizontal O8001

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Parto espontaneo vertical	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		O8000
	07033136								2. Nacido vivo único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z370
									3.	P	D	R		

Siempre que se registra el parto institucional se debe registrar el producto del parto, para esto utilice:

- ⇒ Z370 Nacido Vivo, Único
- ⇒ Z371 Nacido Muerto, Único
- ⇒ Z372 Gemelos, Ambos Nacidos Vivos
- ⇒ Z373 Gemelos, un Nacido Vivo y un Nacido Muerto
- ⇒ Z374 Gemelos, Ambos Nacidos Muertos
- ⇒ Z375 Otros Nacimientos Múltiples, Todos Nacidos Vivos
- ⇒ Z376 Otros Nacimientos Múltiples, Algunos Nacidos Vivos
- ⇒ Z377 Otros Nacimientos Múltiples, Todos Nacidos Muertos

NO DEBERÁ UTILIZAR EN EL REGISTRO

- ⇒ Z380 A Terminó (Producto Único Nacido en Hospital)
- ⇒ Z383 Gemelos, Nacidos en Hospital
- ⇒ Z386 Otros Nacimientos Múltiples, en Hospital



En los Hospitales NO se utiliza el HIS para el registro de Partos.

Los partos se registran en el Sistema de Hospitalización y a través de los Egresos que se cuantifican los partos. En la Epicrisis el diagnóstico de egreso debe ser el Parto en cualquiera de sus formas (O80 – O84).

ATENCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO: Cuando el personal de salud atiende el parto en el domicilio, **SOLO EN CASOS DE EMERGENCIA.**

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero el tipo de parto
- En el 2º casillero el producto del parto

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en ambos casos

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero “**AE**” de Actividad Extramural
- En el 2º casillero el “**ST**” para indicar que fue atendido por Personal de Salud

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	24 A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Parto espontaneo Horizontal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	AE	O8001
	07033136						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Nacido vivo único	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	ST	Z370
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.	P	D	R		

PARTO ATENDIDO POR PARTERA, AGENTE COMUNITARIO, FAMILIAR U OTRO (EN DOMICILIO)

Esta información será obtenida cuando la púrpura viene a su primer control en el establecimiento de salud.

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero Atención y Examen Inmediatamente después del Parto
- En el 2º casillero el producto del parto según corresponda:
 - **Z381** Nacido Fuera del Hospital Único
 - **Z384** Nacidos Fuera del Hospital Gemelos
 - **Z387** Nacidos Fuera del Hospital Varios
- En el 3º casillero la expedición del certificado de nacimiento, si fuera el caso

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el código de acuerdo a lo siguiente:
 - **PAR** si fue atendido por partera
 - **PDS** si fue atendido por agente comunitario
 - **FAM** si fue atendido por un familiar
 - **OTR** si fue atendido por Otros

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	X	X	1. Atención y Examen Inmediatamente después del Parto	P	X	R	PAR	Z390
	07033136						C	C	2. Nacido Fuera del Hospital Único	P	X	R		Z381
							R	R	3. Expedición de Certificado de Nacimiento	P	X	R		Z0273

PARTO ATENDIDO EN TRAYECTO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero Atención y Examen Inmediatamente después del Parto
- En el 2º casillero el producto del parto según corresponda:
 - **Z381** Nacido Fuera del Hospital Único
 - **Z384** Nacidos Fuera del Hospital Gemelos
 - **Z387** Nacidos Fuera del Hospital Varios
- En el 3º casillero la expedición del certificado de nacimiento, si fuera el caso

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º el código de acuerdo a lo siguiente:
 - **ST** si fue atendido por Personal de Salud
 - **PAR** si fue atendido por Partera
 - **PDS** si fue atendido por Agente Comunitario
 - **FAM** si fue atendido por un Familiar
 - **OTR** si fue atendido por Otros
- En el 2º casillero “**TRA**” para indicar **EN TRAYECTO**

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	X	X	1. Atención y Examen Inmediatamente después del Parto	P	X	R	FAM	Z390
	07033136						C	C	2. Nacido Fuera del Hospital Único	P	X	R	TRA	Z381
							R	R	3. Expedición de Certificado de Nacimiento	P	X	R		Z0273

Todos los registros de Parto deben incluir el producto del mismo (Recién Nacido vivo o muerto)

ATENCIÓN DEL PUERPERIO

Definición Operacional: Son las atenciones por consulta externa que se brinda a la puérpera; lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano capacitado y Obstetra a partir de los establecimientos de salud nivel I.

Se considera:

- ⇒ 02 atenciones x 20 minutos cada una.
- ⇒ Orientación y consejería en lactancia materna, salud sexual y reproductiva provisión de métodos anticonceptivos.
- ⇒ Vitamina “A” al 100% de puérperas en provincias priorizadas (01 tableta de 200,000UI).
- ⇒ 30 tabletas de sulfato ferroso + ácido fólico o hierro Polimaltosado + ácido fólico (Programa Presupuestal Articulado Nutricional).
- ⇒ 01 visita domiciliaria en caso que la puérpera no acuda a su control.
- ⇒ Toma de hemoglobina en el primer control de puerperio.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el número de control 1, 2 según corresponda
- En el 2º casillero correspondiente al sulfato ferroso “SF7”
- En el 3º casillero correspondiente a vitamina a “VA1”
- En el 4º casillero “MN” para indicar consejería por suplementación

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Control de puerpera	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	59430
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF7	Z298
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Administración de vitamina A	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VA1	Z298
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	MN	99403
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Tamizaje de Anemia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	Z017
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	

Cada control de Puerperio deberá incluir las actividades realizadas, debiendo empezar el registro por el Control de Puerpera

GESTANTE CON PLAN DE PARTO EFECTIVO

Definición Operacional: Es aquella que cumplió con todas las actividades programadas y termino en una atención de parto institucional.

En el ítem: Lab en el registro de Plan de parto “TA” de actividad terminada.

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	20635	1	80	San Martín de Porres	22 A	M	N	N	1. Control de puerpera	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	59430
	07033136						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de sulfato ferroso	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	SF7	Z298
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Administración de vitamina A	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	VA1	Z298
						M	N	N	1. Consejería Nutricional	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99403
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Tamizaje de Anemia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	Z017
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Plan de parto	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA	U1692

REFERENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

FON	EMERGENCIA		CONSULTA		AYUDA AL DX.		PARTOS
	OBSTE-TRICA	RECIÉN NACIDO	OBSTE-TRICA	RECIÉN NACIDO	OBSTE-TRICA	RECIÉN NACIDO	
DE FONP							
DE FONB							
DE FONE							
TOTAL							

El registro lo realiza el establecimiento de salud que refiere a la paciente o al recién nacido

REFERENCIA OBSTÉTRICA POR EMERGENCIA

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero el motivo de la referencia

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “EMG”

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	235657	2	80	Huamanga	28 A	M	N	N	1. Hemorragia Anteparto, no Especificada	P	D	R	EMG	O469
	03136307								2. Historia personal de complicaciones del Embarazo, del Parto y del Puerperio	P	D	R		Z875
									3.	P	D	R		

Los motivos descritos como emergencia para referencia pueden ser múltiples y diversos debiéndose describir el diagnóstico principal y los asociados debiendo utilizar la clasificación CIE10 para describirlos, asimismo estos pueden ser de tipo “P” (presuntivo) o “D” (definitivo)

REFERENCIA DEL RECIÉN NACIDO POR EMERGENCIA

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero el motivo de la referencia

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “EMG”

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	98896	2	80	Huamanga	1 D	M	N	N	1. RN Afectado por complicaciones no especificadas del Trabajo de Parto y del Parto	P	D	R	EMG	O469
	98786334								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

REFERENCIA POR CONSULTA OBSTÉTRICA

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero el motivo de la referencia

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “RF”

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	33441	2	80	Huamanga	28 A	M	N	N	1. Edema Gestacional	P	D	R	RF	O120
	54323112								2. Pre- Eclampsia Leve	P	D	R		O13X
									3.	P	D	R		

REFERENCIA POR CONSULTA DEL RECIÉN NACIDO

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero el motivo de la referencia

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero "RF"

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
18	362575	2	80	Huamanga	7	D	M	N	N	1. Ictericia Neonatal, no Especificada	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RF	P599
	01363307										P	D	R		
											P	D	R		

REFERENCIA OBSTÉTRICA POR AYUDA AL DIAGNÓSTICO

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero el motivo de la referencia

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero "RF"
- En el 2º casillero "PD" (por diagnóstico)

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
18	67533	2	80	Huamanga	30	A	M	N	N	1. Infección no Especificada de las Vías Urinarias en el Embarazo	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	RF	O234
	23487992										P	D	R	PD	
											P	D	R		

POR ECOGRAFÍA

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero "RF"
- En el 2º casillero "ECO" (por Ecografía)

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
18	85426	2	80	Huamanga	27	A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RF	Z359
	65221452										P	D	R	ECO	
											P	D	R		

POR LABORATORIO

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero "RF"
- En el 2º casillero "LAB" (por Laboratorio, sin patología, por ejemplo para Batería de Laboratorio)

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
18	85426	2	80	Huamanga	27	A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RF	Z359
	65221452										P	D	R	LAB	
											P	D	R		

POR ESTIMULACIÓN PRENATAL

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “RF”
- En el 2º casillero “EPN”

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	85426	2	80	Huamanga	27 A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RF	Z359
	65221452						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	EPN	
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

POR PSICOPROFILAXIS

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “RF”
- En el 2º casillero “PSC”

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	85426	2	80	Huamanga	27 A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RF	Z359
	65221452						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	PSC	
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

POR EVALUACIÓN DE BIENESTAR FETAL

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “RF”
- En el 2º casillero “EBF”

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	85426	2	80	Huamanga	27 A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RF	Z359
	65221452						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	EBF	
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

POR CONSULTA ODONTOLÓGICA

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “RF”
- En el 2º casillero “ODO”

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	85426	2	80	Huamanga	27 A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RF	Z359
	65221452						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	P	D	R	ODO	
							<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	

POR CONSULTA PSICOLÓGICA

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “RF”
- En el 2º casillero “PSI”



DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	85426	2	80	Huamanga	27 A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RF	Z359
	65221452								2.	P	D	R	PSI	
									3.	P	D	R		

POR CONSULTA NUTRICIONAL

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “RF”
- En el 2º casillero “NUT”

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	85426	2	80	Huamanga	27 A	M	N	N	1. Supervisión de Embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RF	Z359
	65221452								2.	P	D	R	NUT	
									3.	P	D	R		

REFERENCIA DEL RECIÉN NACIDO POR AYUDA AL DIAGNÓSTICO

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero el motivo de la referencia

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “RF”
- En el 2º casillero “PD” (por diagnóstico)

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	235657	2	80	Huamanga	6 D	M	N	N	1. Anemia de la Prematuridad	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	RF	P612
	03136307								2.	P	D	R	PD	
									3.	P	D	R		

REFERENCIA PARA ATENCIÓN DE PARTO

Si el parto no presenta complicación

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero Supervisión de embarazo con riesgo

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “RF”

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	75676	2	80	Huamanga	26 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RF	Z359
	56765744								2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		

La CIE10 establece en su codificación todas las condiciones de Trabajo de Parto con complicaciones por lo que para aquella gestante que esté en trabajo de parto solo se utilizará Z359 con campo Lab= RF

Si el parto presenta alguna complicación

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º, 2º... casillero el o los diagnósticos motivo de la referencia
- En el último casillero Supervisión de embarazo con riesgo

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero "RF"

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	34554	2	80	Huamanga	33 A	M	N	N	1. Desprendimiento Prematuro de Placenta sin otra Especificación	P	D	R	RF	O459
	09090778								2. Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R		Z359
									3.	P	D	R		

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	87867	2	80	Huamanga	21 A	M	N	N	1. Fracaso de la Prueba del Trabajo de Parto, no Especificada	P	D	R	RF	O664
	75766445								2. Supervisión de embarazo con riesgo	P	D	R		Z359
									3.	P	D	R		

Para registrar las referencias por Parto siempre se debe acompañar al(los) diagnóstico(s) con "Supervisión de embarazo con riesgo Z359", sea el parto con o sin complicaciones.

B. ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES

VISITA DOMICILIARIA (99344)

Definición Operacional: Actividad preventiva promocional extramural, realizada por el personal de salud de los establecimientos de salud con población asignada.

Se considera visitas domiciliarias para:

- ⇒ Gestantes que no acuden a su atención prenatal o gestantes con identificación de complicaciones.
- ⇒ Gestantes para su 2da entrevista del plan de parto.
- ⇒ Gestantes para su 3ra entrevista del plan de parto.

La actividad de Plan de Atención Familiar se rige de acuerdo a lo establecido por la estrategia de Salud Familiar, para el caso de Materno se ha determinado visitas de seguimiento.

Cuando no acude a su Atención Prenatal

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Supervisión de Embarazo
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de trimestre de embarazo 1, 2 ó 3 según corresponda
- En el 2º casillero el número de la visita 1, 2... según corresponda

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	16458	1	80	Puno	24 A	M	N	N	1. Supervisión de embarazo con riesgo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	Z359
	2. Visita Domiciliaria								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344	
	3.								P	D	R			

Cuando se realiza a la puérpera

En el ítem: Diagnóstico, motivo de la consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Seguimiento de post parto de rutina
- En el 2º casillero Visita Domiciliaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem: Lab, anote:

- En el 2º casillero el número de la visita 1, 2... según corresponda

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	20635	1	80	Camaná	22 A	M	N	N	1. Seguimiento post parto de rutina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Z392
	2. Visita Domiciliaria								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	99344	
	3.								P	D	R			

SESIÓN EDUCATIVA (C0009)

Definición Operacional: Es la actividad que consiste en capacitar o afianzar los conocimientos sobre un tema específico utilizando la metodología de educación para adultos (técnicas participativas). Tiene un promedio de 15 a 30 participantes y duración entre 01 a 02 horas.

Los ítems: Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio, NO SE REGISTRAN, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

En el ítem: Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Sesión Educativa
- En el 2º casillero Actividad de Materno Perinatal

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en ambos casos

En el ítem: Lab, anote el número de participantes en el primer casillero.

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
18	APP93	/	/	San Juan de Miraflores	/	M	N	N	1. Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	C0009
									2. Actividades de Materno Perinatal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0031
									3.	P	D	R		

SESIÓN DEMOSTRATIVA (C0010)

Definición Operacional: Es una actividad educativa con demostración de prácticas saludables que se brinda a los usuarios de manera grupal, que aborda aspectos correspondientes a cada etapa de vida.

Los ítems: Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio, NO SE REGISTRAN, por lo que se traza una línea oblicua sobre ellos.

En el ítem: Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Actividad de Materno Perinatal

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre "D" para ambos casilleros

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero El número de Personas que participan de la sesión
- En el 2º casillero deje en BLANCO.

DÍA	H.C./F.F.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	R				
18	APP100			San Juan de Miraflores			M	N	1. Sesión Demostrativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	20	C0010	
								C	C	2. Actividades de Materno Perinatal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		U0031
								F	R	3.	P	D	R		

Las Actividades Preventivo Promocionales que son grupales se registran SIEMPRE en conjunto, 1º La actividad realizada y 2º La estrategia o etapa de vida que realiza la actividad. Como hay actividades comunes, solo indicando a que estrategia o etapa de vida que realiza la actividad se puede diferenciar.

Los códigos APP indican el lugar donde se realiza la actividad o identifica al grupo poblacional beneficiario de la misma. En el registro es necesario recoger el dato de la actividad, la estrategia o etapa de vida, del grupo beneficiario y se ser posible lugar donde se realiza, para esto Usted deberá utilizar correctamente los códigos APP para poder hacer los cruces pertinentes y poder recoger en el registro la mayor información.