

## HISTORIA CLINICA PERINATAL SIMPLIFICADA

Ricardo Schwarcz,<sup>1</sup> Angel Gonzalo Díaz,<sup>1</sup> Ricardo H. Fescina,<sup>1</sup>  
José Luis Díaz Rossello,<sup>1</sup> Miguel Martell<sup>1</sup> y Simón M. Tenzer<sup>1</sup>

*Se presenta una historia clínica perinatal simplificada de uso sencillo destinada a la atención perinatal y a la investigación en los servicios de salud de nivel primario de baja complejidad.*

### Introducción

La atención de la mayoría de los embarazos, partos y recién nacidos se realiza con cuidados primarios. En los países que poseen un sistema de salud organizado esta atención se resuelve con éxito, pero en aquellos que carecen de organización y recursos, es frecuente comprobar que la atención que se brinda no es la más apropiada. Esto se debe a que quedan en el nivel primario, e incluso fuera del sistema formal de atención, madres y niños de alto riesgo sin los cuidados necesarios, ya sea por incapacidad de reconocerlos, de referirlos o de ser absorbidos por el siguiente nivel de competencia. Esta situación tiende a corregirse paulatinamente en la Región de las Américas mediante la organización perinatal por niveles de complejidad, la aplicación del enfoque de riesgo, y la gradual incorporación de los partos domiciliarios al sistema institucional.

El Centro Latinoamericano de Perina-

tología y Desarrollo Humano (CLAP), con objeto de contribuir a las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000, está desarrollando una serie de tecnologías apropiadas para cooperar en el logro de extender la cobertura de la atención perinatal<sup>2</sup> y ha preparado una historia clínica perinatal simplificada (HCPS) de uso sencillo y bajo costo, destinada al nivel primario de atención de baja complejidad. Dicha historia clínica reúne en una sola hoja una serie de datos fáciles de obtener que resumen la información mínima indispensable para un nivel aceptable de atención perinatal. Se elaboró tomando en cuenta aquellos lugares en los que no es posible aplicar la historia clínica perinatal ampliada, propiciada también por este Centro, que en la actualidad se utiliza en muchos países de la Región (1), ni otros modelos de historia más complejos (2-4). La historia clínica perinatal simplificada proporciona un sistema de advertencia

<sup>2</sup> La atención perinatal registrada en esta historia clínica simplificada incluye la realizada desde el primer control prenatal hasta el séptimo día de vida del recién nacido y abarca embarazo, parto, puerperio y atención del neonato.

<sup>1</sup> Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Dirección postal: Casilla de correo 627, Montevideo, Uruguay.

sobre algunos factores preponderantes que pueden elevar el riesgo perinatal. También ofrece un resumen de los datos perinatales recabados que se registran por calco directo en una hoja inferior, al mismo tiempo que se llena la historia. Esto permite enviar los datos a cualquier centro de procesamiento, mientras que la historia clínica queda en el lugar de atención. Los datos codificados de la historia clínica simplificada son similares a los del resumen estadístico de la historia clínica perinatal ampliada. Por lo tanto, ambas historias, en distintos niveles de atención pueden alimentar un mismo banco de datos perinatales.

Si bien existen muchas propuestas de historia clínica (2-6), no se encontraron en la bibliografía a nuestro alcance ejemplos que reunieran las características del modelo que aquí se presenta. Esta historia clínica simplificada cumple con los siguientes objetivos.

- Servir de base para planificar la atención de la embarazada y su hijo y facilitar el funcionamiento de los servicios perinatales en el nivel primario de atención de baja complejidad.
- Normatizar y unificar la recolección de datos.
- Facilitar al personal de salud la aplicación de normas de atención para la embarazada y el recién nacido.
- Ofrecer elementos básicos para facilitar la supervisión y evaluación de los centros de atención primaria para la madre y el recién nacido.
- Ayudar en la capacitación del equipo de salud.
- Conocer las características de la población atendida.
- Constituir un registro de datos perinatales básico para la investigación de servicios de salud.
- Constituir un registro de datos de interés legal para la embarazada y su hijo, el equipo de salud y la institución responsable de la atención.

### Características de la historia clínica perinatal simplificada

Está constituida por dos hojas (superior e inferior) unidas que solo se separan cuando la atención perinatal de ese caso ha terminado (Anexo 1). Los datos de todo el proceso perinatal se condensan en la hoja superior, cuyas dimensiones son de 27,5 cm de altura por 21,5 cm de ancho. La hoja inferior está dedicada a la codificación que se realiza por calcado. Se proporciona, además un instructivo para uniformar el registro de los datos (Anexo 2).

*Datos en la hoja superior.* En esta página se uniforma el contenido de la documentación correspondiente a una experiencia obstétrica (embarazo, parto y puerperio) y al recién nacido en el período neonatal inmediato. La diagramación de la hoja facilita que dichos datos se recaben sistemáticamente en el momento oportuno. El manual de instrucciones ayuda en todos los casos a uniformizar el registro. La hoja consta de una serie de módulos con preguntas que en su casi totalidad se contestan con respuestas cerradas.

*Secciones de la historia clínica simplificada.* En primer lugar se anotan los datos de identificación, edad y nivel sociocultural y se continúa con aquellos antecedentes familiares personales u obstétricos que sean de reconocida importancia para el pronóstico del embarazo actual.

En la sección "embarazo" figuran los datos o exámenes que deben anotarse o recordarse en cada control, lo que lleva al cumplimiento de una serie de acciones de atención perinatal.

La sección "parto o aborto" incluye la información básica para el control del período de dilatación, así como los datos del parto y alumbramiento más importantes para el control futuro de la puerpera y el neonato.

La sección "recién nacido" contiene los datos fundamentales que determinan el tipo y el nivel de cuidado requerido.

En la sección "puerperio" se resumen las acciones desarrolladas en el posparto o postaborto.

Tanto el componente neonatal como el materno finalizan con el estado al egreso y las patologías diagnosticadas. En lo que se refiere a las madres se incluye además un capítulo dedicado al asesoramiento en métodos anticonceptivos.

En la sección "observaciones y resultados de laboratorio" se anotan los comentarios que se consideren necesarios.

*Sistema de advertencia. Detección del riesgo perinatal.* Los casilleros sombreados de la hoja superior (ver Anexo 1) sirven para destacar algunos factores importantes que con frecuencia pueden aumentar el riesgo perinatal. Con esta modalidad la historia clínica perinatal simplificada pretende alertar al personal responsable del cuidado de la madre y del niño en el nivel primario, para facilitar la toma de decisiones de acuerdo con las normas locales.

*Hoja codificada para el procesamiento de la historia clínica (hoja inferior).* Al escribir sobre la hoja superior, la inferior se marca por calco, con lo que se evita la tarea intermedia de volcado y queda garantizada la fidelidad del llenado. La hoja inferior está preparada para la codificación y transcripción de 83 puntos. En 76 de ellos la codificación es automática por calcado. Los siete puntos restantes se codifican directamente según el instructivo, sin requerir más información que la contenida en la propia hoja inferior, por ejemplo: número de controles prenatales, lugar donde se produjo el parto o aborto, etc.

Existe un instructivo básico para la codificación y transcripción de los datos. La transcripción de los datos a un medio magnético (graboverificación) se realiza en forma fácil, ya que la vía codificada está diseñada para este propósito.

La transcripción se puede hacer a disco, diskette, cassette o cinta magnética y con cualquier máquina que opere con registros magnéticos de 128 posiciones, en código

EBCDIC o ASCII de ocho posiciones. La mayoría de las máquinas de transcripción y computadoras existentes satisfacen esta condición.

## Procesamiento

El CLAP ha diseñado un sistema para el procesamiento computarizado de la historia clínica perinatal simplificada, el cual abarca desde la consistencia de datos hasta la emisión del diagnóstico de situación, de modo que puede disponerse de un banco de datos perinatales para responder a futuros análisis, correlaciones y proyectos de investigación. El programa elaborado por el CLAP está a disposición de los países de la Región que lo soliciten, así como el asesoramiento técnico para que la transferencia a nivel local sea más eficiente.

## Resumen

Se presenta una historia clínica perinatal simplificada (HCPS) diseñada en el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana de la Salud. La historia clínica perinatal simplificada es de uso sencillo y está destinada al nivel primario de atención de baja complejidad. Reúne en una sola hoja datos mínimos indispensables para los cuidados perinatales primarios y la investigación en los servicios de salud. Para facilitar la toma de decisiones en el nivel primario, cuenta con un sistema de advertencia sobre algunos factores que pueden elevar el riesgo perinatal. Permite, además, la codificación automática de los datos por calcado directo a una hoja inferior, en el momento que estos se registran en la hoja superior de la historia. La hoja inferior codificada puede así enviarse al centro de procesamiento mientras la hoja superior queda en el centro de salud. ■

Anexo 1

**HCPS - VIA CODIFICADA PARA PROCESAMIENTO** Previo a su remisión para procesamiento debe ser revisado según el INSTRUCTIVO DE TRANSCRIPCIÓN DE HCPS (1)

(3) (9)

(10) (12) (13) 9 = 9 ó más (15)

1 2 1 3 1 2 3  
2 4

(14) (18) (22) (25) (28)

(16) (20) (24) (27) (30) (31)

(32) 1 2

(33) (37) (42) 1 2 (45) (47)

(35) (41) 1 2 (43) 1 2 (44) 1 2 (46)

0 = Nada  
1 = 1a.  
2 = 2a.  
3 = ambas

Anotar 1a. y Última fechas

1a.: DIA MES (49)

(53)

TOTAL DE COLUMNAS MARCADAS (57)

0 = ninguna  
9 = 9 ó más

(58)

Si está marcado el cuadro van 0000 en posiciones 62 a 65 (66)

(60) (61) 1 2 (62) (65) 1 2 3

LUGAR:  
1 - Nivel Primario  
2 - Nivel Secundario  
3 - Nivel Terciario  
4 - Domicilio  
5 - Otro

(84)

(85) 1 3 (86) (93)  
2 4

(94) (95) 1 2 3 4 5  
1 1 1 2 3 4 5  
2 2

(96) (97) 1 2 3 4 5

(98) (100) (103) (105) 1 2

(106) (107) (108) Solo para grabo-verf. (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116)  
β = 0  
"x" = 1

(117) (118) (120) (122) (124)

(127) 1 3 4 5 6 (128) 1 2 3 4 5 6 7

(126) 1 2 3

En las casillas rectangulares se inscribe un dígito 0,1,2, . . . 9 por: casilla, Casilla en blanco significa SIN DATO.

En las casillas cuadradas se inscribe una equis, X, para respuesta afirmativa; se deja en blanco si no corresponde. Todos los cuadrados de un ítem dejados en blanco significa SIN DATO.

En los ítems con cuadrados solo puede haber marcado con equis, X, uno por ítem, excepto los correspondientes de (67) a (83) y de (106) a (116), que pueden tener uno ó más.

Los Nros. entre paréntesis corresponden a las posiciones de grabación.

Los Nros. a los costados de los cuadrados (y no entre paréntesis) son los dígitos a grabar para cada casilla que contenga X

**CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO CLAP - OPS/OMS**

Escribir con firmeza para calcar a la hoja inferior

<b>HISTORIA CLINICA PERINATAL SIMPLIFICADA – CLAP – OPS/OMS</b>										ESTABLECIMIENTO		No <b>HISTORIA CLINICA</b>									
APELLIDOS										NOMBRES											
CALLE Y NUMERO										EDAD Años		ALFABETA		ESTUDIOS		AÑOS CURSADOS		ESTADO CIVIL			
LOCALIDAD										Menor de 15 Mayor de 40		Si No		Ning. Secund		Prim Univ.		Casada Unión Estable Sol.			
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>			<b>PERSONALES</b>			<b>NO SI</b>			<b>OBSTETRICOS</b>			Anotar el número de			NAC. VIVOS		VIVEN				
Diabetes			TBC.			ABORTOS			GESTA			PARTOS			NAC. MUERTOS		MUEREN 1er. sem.				
Diabetes			Hipertensión crónica			Gesta			VAGINAL			CESAREA			ALGUN RECIEN NACIDO PESO MENOS de 2500g		MUEREN después 1er. sem.				
TBC Pulmonar			Hipertensión crónica			Ninguno o mas de 3 partos			VAGINAL			CESAREA									
Gemelares			Infertilidad																		
Otros			Otros																		
<b>EMBARAZO</b>			FECHA PROBABLE DE PARTO			SEROLOGIA LUEITICA			VACUNAS DURANTE EMBARAZO			INTERNACION DURANTE EMBARAZO									
Fuma/Alcohol			FECHA			Dia Mes			Negat. Posit.			Mes de Embar.			Días						
NO SI			DIA MES AÑO			Ultima Menst.			Sensibil. NO SI			Anti Tetánica			TRASLADO NO SI						
Peso habitual (Kg.)			Probable Parto			GRUPO SANGUINEO			A B AB O Rh + -						Fecha						
Talla (cm)			DUDAS NO SI												Lugar						
CONSULTA Nº										1		2		3		4		5		6	
FECHA										PATOLOGIA EMBARAZO PARTO PUERPERIO											
SEMANAS DE AMENORREA										Ninguna											
PESO (Kg)										Hipertensión Previa											
TENSION ARTERIAL Max./Min. (mm Hg)										Preeclampsia											
ALTURA UTERINA Pubis - fondo (cm)										Eclampsia											
F C.F. (lat/min)										Cardiopatía											
PRESENTACION Cef. Pelv. o Trans.										Diabetes											
										Infección Urinaria											
										Otras infecciones											
										Parasitosis											
										Hemorragia 1er. trim.											
										Hemorragia 2a trim.											
										Hemorragia 3er trim.											
										Anemia crónica											
										Amenaza Parto Prematuro											
										Ruptura Prematura Mem.											
										Infección Puerperal											
										Hemorragia Puerperal											
<b>PARTO O ABORTO</b>										OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LABORATORIO											
EDAD GESTA										Cef. Pelv. Transv.											
TAMAÑO FETAL CORRESP.																					
INICIO																					
MEMBR.																					
Tiempo ruptura al parto																					
Días Horas																					
Cef. Pelv. Transv.																					
Hora																					
F.C. Mat (lat./min.)																					
TENSION ARTERIAL MAT max/min. (mmHg)																					
FREC. en 10 min.																					
DURACION en seg.																					
F.C.F. (lat./min.)																					
DILATACION CERVICAL (Ort. int. cm.)																					
LUGAR																					
TERMINA Espont Cesárea																					
Hora Día Mes Año																					
Episiotomia NO SI																					
Alumbr. Espontáneo SI NO																					
Desgarros SI NO																					
Placenta Completa SI NO																					
<b>RECIEN NACIDO</b>										PUERPERIO											
SEXO VIVO										HORAS O DIAS POST PARTO O POST ABORTO											
PARTO										TEMPERATURA											
NEONATO										PULSO (lat/min)											
MEDICO Enfer o Partera Auxil. Empir. Otro										TENSION ARTERIAL Max./Min. (mm Hg)											
PESO AL NACER										RETRACCION UTERINA											
EDAD GESTA por examen isomético										CARACTERISTICAS DE LOQUIOS											
PESO/E GEST Adecuado Pequeño Grande										EGRESO DE LA MADRE											
EX-FISICO Normal Anormal										Sana con Patol. Fallece durante Puerperio											
EX-NEUROL Normal Anormal Dúfiso										ASESORAMIENTO SI NO CONTRACEPCION											
PATOLOGIAS S. Aspirativo Hemorragia Neurologica										METODO Condon D.I.U. Oral Otro											
Ninguna Otros SDR Infeccción Anomal. Congen. Otras																					
Enf. Memb. Hialina Apneas																					
<b>EGRESO DEL NEONATO</b>										CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO CLAP - OPS/OMS											
Sano con Patol. Fallece																					
EDAD AL ALTA O TRASLADOS																					
Días Horas																					
EDAD AL FALLECER																					
Días Horas																					
<b>DIAGNOSTICOS</b>																					
ALIMENTACION AL ALTA: Pecho solo Pecho + Artificial Artificial sólo																					

Este color significa ALERTA

## Anexo 2

## Instructivo para el llenado de la HCPS

La HCPS está constituida por las siguientes unidades: 1) identificación de la embarazada, 2) antecedentes, 3) embarazo, 4) parto o aborto, 5) recién nacido y 6) puerperio.

La sección "Observaciones y resultados de laboratorio" está destinada a la información adicional que se quiera dejar escrita con referencia a cualquier unidad de la historia clínica.

El formulario debe llenarse solo ante la certeza de embarazo en la primera concurrencia al centro asistencial.

*Identificación de la embarazada*

*Establecimiento.* Anotar el código asignado al establecimiento correspondiente.

*Nº de historia clínica.* Es el asignado por el establecimiento o la paciente.

*Apellidos y nombres.* Paterno y materno de la embarazada y sus nombres completos. No anotar el apellido del marido.

*Calle y número.* Domicilio habitual de la embarazada.

*Localidad.* Nombre de la ciudad, pueblo, paraje, etc.

*Edad.* De la embarazada en años cumplidos. En caso de ser menor de 15 años o mayor de 40, tildar el casillero inferior sombreado.

*Alfabetá.* Si lee y escribe, marcar "sí"; en caso contrario, marcar "no".

*Estudios.* Se refiere a los años cursados en el sistema formal de educación. Marcar el casillero que corresponde. Años cursados, último año aprobado del nivel que corresponde. (Ej.: la embarazada alcanzó hasta el 2º año del nivel secundario, marcar con una cruz el casillero "secundaria" y

en años cursados, anotar 2). En caso de no tener estudios, tildar "ninguno" y anotar en años cursados 0.)

*Estado civil.* Tildar el correspondiente.

*Antecedentes*

Se consideran aquellos diagnosticados por cualquier persona del equipo de salud.

*Familiares.* Parentesco de primer grado de la embarazada y su cónyuge.

*Personales.* Referentes a la embarazada.

*Obstétricos.* Llenar los casilleros correspondientes interrogando a la embarazada en la secuencia indicada. En caso de una múltipara (más de tres partos) o de una nulípara, tildar con una cruz el casillero sombreado debajo de "partos".

*Embarazo*

Se refiere a los datos recabados durante el primer control prenatal y se va complementando en los sucesivos.

*Fuma/alcohol.* Se refiere a estos hábitos practicados durante la gestación actual.

*Peso habitual.* El de los meses previos al embarazo actual.

*Talla.* Medida de pie y descalza.

*Fecha probable del parto.* Día, mes y año. Para su cálculo aproximado, sumar 10 días al primer día de la última menstruación y restar tres meses. Ejemplo:

FUM 3 10 82 FPP 23 07 83

*Última menstruación.* El primer día, mes y año de su comienzo.

*Dudas.* Se refiere a la validez del dato de la última menstruación.

*Serología luética.* El día y el mes de la extracción de sangre; tildar su resultado.

*Grupo sanguíneo y Rh.* El que corresponda y marcar si existe o no sensibilización.

*Vacunaciones.* Mes del embarazo en que fue aplicada. En blanco para alguna otra vacuna.

*Internación durante el embarazo.* En caso afirmativo, anotar el total de días que permaneció en un centro asistencial.

*Traslado.* En caso afirmativo, anotar fecha y lugar del mismo.

*Consultas.* Este cuadro consta de seis columnas, cada una destinada a una consulta. Los datos son:

- Fecha: día, mes y año en que se realizó la consulta.

- Semanas de amenorrea: semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la consulta actual.

- Peso: en centenas de gramos, con la embarazada descalza, con ropa interior liviana. Ej.: 68,5 kg.

- Tensión arterial: la tensión máxima y mínima con la embarazada sentada.

- Altura uterina: en centímetros, desde el borde superior de la sínfisis al fondo del útero. Utilizar cinta métrica flexible e inextensible.

- Frecuencia cardíaca fetal: en latidos por minuto, entre contracciones.

- Presentación: escribir cefálica, pelviana o transversa. Cuando no sea factible recabar el dato, marcar con una raya.

- Patologías durante el embarazo, parto o puerperio: marcar las que corresponda.

### Parto o aborto

Sección destinada a obtener la información necesaria para el control del período dilatante y los datos del parto y alumbramiento.

*Edad gestacional.* Semanas completas

transcurridas desde el primer día de la última menstruación hasta el ingreso en trabajo de parto. En caso de ser menos de 37 (pretérmino) o mayor de 42 semanas (postérmino), marcar el casillero sombreado inferior.

*Tamaño fetal.* Determinar si este, apreciado clínicamente (palpación, altura uterina), corresponde con la amenorrea.

*Inicio.* Marcar el que corresponda.

*Membranas.* Marcar lo que corresponda.

*Tiempo de rotura al parto.* Es el transcurrido entre rotura y el parto.

*Cefálica, pelviana, transversa.* Se refiere a la presentación diagnosticada en el momento del inicio del trabajo de parto. Marcar el casillero que corresponda.

*Trabajo de parto.* En cada columna se anotarán las variables registradas. No siempre es necesario llenar todos los puntos en cada control.

*Hora.* Anotar de 0 a 24 ó de 0 a 12 a.m. o p.m.

*Frecuencia cardíaca materna.* En latidos por minuto fuera de la contracción.

*Tensión arterial.* En mm de Hg la máxima y la mínima, fuera de la contracción.

*Contracción.* Frecuencia: número en 10 minutos. Duración: en segundos, desde el comienzo del endurecimiento hasta su relajación (por palpación).

*Frecuencia cardíaca fetal.* Entre contracciones (basal) y durante y después de ellas para verificar la existencia o no de caídas durante la relajación. Ej.: 160/II (160 corresponde a la frecuencia cardíaca fetal basal y el II corresponde a Dips II o desaceleraciones tardías).

*Dilatación cervical.* Del orificio interno del cuello. Aproximar al centímetro.

*Lugar.* Se refiere al lugar donde se produjo el nacimiento. Anotar el nivel asistencial (primario, secundario, terciario, domicilio, etc.) o el nombre del establecimiento. En este último caso se debe determinar el nivel del mismo de antemano para conocimiento del codificador.

*Terminación.* Marcar el casillero que

corresponda. Hora, día, mes y año, se refieren a la fecha de nacimiento.

*Episiotomía, desgarros, alumbramiento espontáneo, placenta completa.* Marcar el casillero que corresponda.

### *Recién nacido*

*Sexo.* Marcar el que corresponda.

*Vivo.* Marcar el que corresponda. Nacimiento vivo, cualquier signo de vida luego de la separación completa de la madre.

*Atendió parto/neonato.* Marcar el que corresponda.

*Apgar.* Valor al primero y quinto minutos. En caso de ser seis o menos en el primer minuto, marcar el casillero sombreado inferior.

*Peso al nacer.* Del niño desnudo, en gramos. Si es menor de 2 500 g, marcar el casillero sombreado inferior.

*Edad gestacional por examen somático.* La edad gestacional en semanas completas usando un método tipo Dubowitz o el simplificado de Capurro. Si la edad gestacional es menor de 37 semanas, marcar el casillero de la derecha.

*Peso/edad gestacional.* Marcar el casillero que corresponda usando una curva patrón de peso según la edad gestacional.

*Examen físico/neurológico.* Marcar el que corresponda.

*Patologías.* Marcar las que correspondan.

*Egreso del neonato.* Marcar el que corresponda de acuerdo con el estado de egreso.

*Edad al alta o traslado, edad al fallecer.* Anotar los días y horas de vida del neonato en el momento del alta, traslado o fallecimiento.

*Diagnósticos.* Anotar el o los diagnósticos que se hayan realizado durante la internación del neonato.

*Alimentación al alta.* Señalar la que corresponda.

### *Puerperio*

Esta sección tiene tres columnas, cada una de ellas destinada a un control.

*Horas o días de posparto o postaborto.* Se refiere a las horas o días transcurridos desde el parto o aborto hasta el control.

*Temperatura.* Utilizar tres dígitos (décimas de grado. Ej.: 36,4 °C).

*Pulso:* Su frecuencia en latidos por minuto.

*Tensión arterial.* Máx/min en mm de Hg. Ej.: 110/70.

*Retracción uterina.* Anotar si existe o no buena retracción e involución del útero. Según normas locales, se anota en cm o traveses de dedo la altura del fondo uterino con respecto al pubis.

*Características de los loquios.* Consignarlo según normas locales.

*Egreso de la madre.* Marcar el casillero correspondiente de acuerdo con su estado. En caso de que haya fallecido, consignar el momento (embarazo, parto o puerperio).

*Asesoramiento en anticonceptivos.* Marcar el que corresponda. En caso positivo, tildar el método elegido.

## REFERENCIAS

1. Belizán, J. M., Díaz, A. G., Giacomini, H., Horcher, R., Martell, M., Quaranta, P. y Schwarcz, R. Historia Clínica Perinatal. Propuesta de un Modelo. Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud Pública, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Buenos Aires, Centro Latinoamericana de Administración Médica, 1976.
2. Faúndes, A. Historia Clínica del Programa de Atención Integral de la Mujer del Servicio Nacional de Salud de Chile, Hospital Barros Luco. In: Lajonchere, C., Baranchuk, N.,



- Faúndes, A. y Rodríguez-Galant, G. eds. *Informe de los trabajos, sesiones y recomendaciones realizadas durante el Seminario sobre Factores que Aumentan el Riesgo Perinatal en Latinoamérica para Proponer una Investigación Multinacional*, 1972. (Publicación Científica CLAP 803.)
3. *Maternal Newborn Record System*. Chicago, Hollister Incorporated, 1979.
  4. Merkatz, I. y Fanaroff, A. Problem oriented perinatal risk assessment system. The regional perinatal network. In: Sweeney, W. y Caplan, R. eds. *Advances in Obstetrics and Gynecology*. Vol. II. Baltimore, Williams and Wilkin Co., 1978. pp. 1-12.
  5. Dissevelt, A., Korman, J. y Vogel, L. An antenatal record for identification of high risk cases by auxiliary midwives at rural health centers. *Trop Geogr Med* 28(3), 1976.
  6. Estados Unidos de América. International Fertility Research Program. Maternity Care Record System. North Carolina, agosto de 1978.

### A simplified perinatal medical history form (Summary)

A simplified perinatal medical history form, designed at the Latin American Perinatal and Human Development Center of the Pan American Health Organization is presented in this paper. The form is easy to use and intended for uncomplicated primary health care. The minimum data essential for primary perinatal care and health services research are recorded on a single sheet, which includes a

check list of factors that may increase perinatal risk in order to facilitate decision-making at the primary level. It also encodes data automatically by making a direct copy of the data as they are recorded on the original sheet of the history. The encoded copy may thus be sent to the processing center and the original kept at the health center.

### História clínica perinatal simplificada (Resumo)

Apresenta-se uma história clínica perinatal simplificada estruturada no Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano da Organização Pan-Americana da Saúde. A história clínica perinatal simplificada no seu uso, é simples e destina-se ao nível primário de atendimento de baixa complexidade. Junta numa única folha de papel os dados mínimos indispensáveis para as atenções perinatais primárias e a pesquisa nos serviços de saúde. Para facilitar a tomada

de decisões no nível primário, inclui um sistema de advertência sobre alguns fatores que podem elevar o risco perinatal. Além disso faz-se a codificação automática de dados mediante decalque direto feito sobre uma folha inferior no mesmo momento em que os dados se registram na folha superior da história. A folha inferior, já codificada, pode ser mandada ao centro de processamento, ao passo que a folha superior fica arquivada no centro de saúde.

### Histoire clinique périnatale simplifiée (Résumé)

Le Centre latinoaméricain de Périnatologie et du Développement humain de l'Organisation panaméricaine de la Santé a

élaboré un formulaire de fiche médicale sur laquelle devra être transcrite l'histoire clinique périnatale simplifiée. Son utilisation ne

présente aucune difficulté; elle couvre l'étape des soins de santé primaires en période périnatale n'offrant que peu de complexité. Seront portées sur cette fiche les informations minimales requises pour les soins à donner au cours de cette période et les recherches à effectuer dans les services de santé. Pour faciliter la prise de décisions au niveau primaire, une série de mises en garde figure sur

la même feuille contre divers facteurs susceptibles d'augmenter le risque périnatal. Établie en double exemplaire cette fiche permet la codification automatique des données qu'elle contient. La copie codifiée de l'histoire clinique périnatale simplifiée peut alors être transmise au centre de traitement, tandis que l'original est conservé au centre sanitaire.

### CONFERENCIA SOBRE DENGUE HEMORRAGICO EN CUBA

Del 28 al 30 de noviembre de 1983 tendrá lugar en La Habana, Cuba, la Conferencia Internacional sobre Dengue Hemorrágico y su Vector. El programa incluye sesiones plenarias, simposios, talleres y comunicaciones individuales sobre diversos temas a saber: consideraciones generales sobre brotes de dengue hemorrágico, análisis comparativo del dengue en Asia, en el Pacífico Occidental y en las Américas, aspectos epidemiológicos, clínicos, patológicos, terapéuticos y de diagnóstico, control del *Aedes aegypti*, y elementos esenciales de la investigación sobre dengue.

Las personas interesadas en obtener mayor información pueden dirigirse a: Conferencia Internacional sobre Dengue Hemorrágico y su Vector, Consejo Nacional de Sociedades Científicas, Calle 4 N° 402, c/17 y 19, Vedado, La Habana, Cuba.