INSTRUCTIVO DE LLENADO BSC: CALENDARIO DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

SINBA-SIS-E1

VERSIÓN 2024

Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud

# Prefacio

## Información de contacto

Para mayor información sobre el documento que se muestra a continuación, favor de contactar a la Dirección General de Información en Salud, ubicada en Homero # 213 Piso 11, Colonia Chapultepec Morales, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México, Teléfono. +52 (55) 5514 5964, 5208 4929, o bien, por medio de correo electrónico a [dgis@salud.gob.mx](mailto:dgis@salud.gob.mx) con el asunto “BSC: Calendario de Atención del Embarazo, Parto y Puerperio (SINBA-SIS-E1) Versión 2024”.

## Contenido

[Prefacio 2](#_Toc152689706)

[Información de contacto 2](#_Toc152689707)

[Contenido 3](#_Toc152689708)

[Presentación del Instructivo 4](#_Toc152689709)

[Introducción y Marco normativo 4](#_Toc152689710)

[Audiencia 4](#_Toc152689711)

[Alcance 5](#_Toc152689712)

[Justificación 5](#_Toc152689713)

[Términos y Definiciones 6](#_Toc152689714)

[Referencias 7](#_Toc152689715)

[Ligas Web 7](#_Toc152689716)

[Archivos anexos 7](#_Toc152689717)

[BSC: Calendario de Atención del Embarazo, Parto y Puerperio 8](#_Toc152689718)

[Formato 8](#_Toc152689719)

[Descripción de BSC: Calendario de Atención del Embarazo, Parto y Puerperio 10](#_Toc152689720)

[I. Datos de identificación y obstétricos 10](#_Toc152689721)

[Embarazo de bajo riesgo 11](#_Toc152689722)

[Atención del parto 11](#_Toc152689723)

[Atención del aborto 12](#_Toc152689724)

[Vigilancia del puerperio 12](#_Toc152689725)

[Motivo de la baja 12](#_Toc152689726)

[Observaciones 12](#_Toc152689727)

[Instrucciones de Llenado BSC: Calendario de Atención del Embarazo, Parto y Puerperio (SINBA-SIS-E1) 13](#_Toc152689728)

[Instrucciones Generales 13](#_Toc152689729)

[*I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y OBSTÉTRICOS:* 13](#_Toc152689730)

[*EMBARAZO DE BAJO RIESGO* 15](#_Toc152689731)

# Presentación del Instructivo

## Introducción y Marco normativo

De conformidad con el artículo 7, fracción X de la Ley General de Salud le corresponde a la Secretaría de Salud promover el establecimiento del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.

En ese sentido, la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud, la cual tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información en Salud y, en el numeral 6.1 prevé que la Secretaría de Salud es el órgano normativo y rector del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SNIBMS) y, dentro sus atribuciones, tiene la facultad de fungir como el concentrador de toda la información que agrupan y difunden dichos Sistemas.

Por lo anterior, las y los integrantes del Sistema Nacional de Salud (SNS), deben generar, integrar y entregar la Información en Salud de acuerdo a lo establecido de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, entregar en tiempo y forma la información estadística y documentación base en los formatos y/o procedimientos determinados por la DGIS y por los Servicios Estatales de Salud (SESA), los cuales deben alinearse al uso de los catálogos de las clasificaciones nacionales e internacionales.

Contando con la validación y en su caso concentración para los componentes del SINAIS que así lo requieran por parte de Los servicios Estatales de Salud para su envío a la DGIS.

La coordinación de dichas funciones se ejerce por conducto de la DGIS y para la información de vigilancia epidemiológica, por conducto de la Dirección General de Epidemiología, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, impulsando la coordinación de las y los integrantes del SNS.

Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, tiene por objeto regular los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, así como establecer los mecanismos para que ~~los~~ las personas Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud registren, intercambien y consoliden información, la cual debe aplicarse de manera obligatoria en todo el territorio nacional para todos los establecimientos que presten servicios de atención médica que formen parte del Sistema Nacional de Salud que adopten un Sistema de Información de Registro Electrónico para la Salud, garantizando la confidencialidad de la identidad de las personas usuarias ~~los~~, así como la integridad y confiabilidad de la información clínica y definir las medidas de seguridad pertinentes y adecuadas a fin de evitar el uso ilícito o ilegítimo que pueda lesionar la esfera jurídica del titular de la información, cumpliendo también con lo señalado el primer capítulo de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

## Audiencia

Este documento está dirigido al personal Prestador de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud en México que intervienen en alguna etapa del proceso de registro, y utilización de los datos estadísticos procedentes del SIS, específicamente el personal responsable de realizar y verificar el adecuado registro de la información de BSC: Calendario de la atención del Embarazo, Parto y Puerperio, realizadas por la(el) auxiliar de salud o bien, la(el) agente de la Secretaría de Salud que proporcione servicios básicos de salud en la comunidad, ya sea el(la) médico(a) o el(la) supervisor(a).

## Alcance

Este documento está dirigido al personal de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud en México que intervienen en la etapa del proceso de registro de la información obtenida a través del formato de BSC: Calendario de la atención del Embarazo, Parto y Puerperio, realizadas por la(el) auxiliar de salud, brigadista o promotor(a) de salud o bien, la(el) agente de la Secretaría de Salud que proporcione servicios básicos de salud en la comunidad, ya sea el(la) médico(a), el(la) partero(a) profesional o el(la) supervisor(a).

## Justificación

El presente instructivo es resultado del proceso de reingeniería del Sistema de Información en Salud, Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) que llevó a cabo la Dirección General de Información en Salud, atendiendo la necesidad de contar con un conjunto de elementos que faciliten la generación de información en salud, oportuna, íntegra, válida, veraz, consistente y con amplia cobertura, para coadyuvar en la toma de decisiones de operación, evaluación y planeación de los servicios para la conducción estratégica del SNS, en respuesta a las diferentes necesidades y requerimientos de los Programas de Salud de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, así como de las Direcciones Generales de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y el Instituto de Salud para el Bienestar, así como otros organismos descentralizados y/o desconcentrados.

En cumplimiento a lo previsto en la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, donde refiere que el contar con información oportuna y de calidad permite: a) Reorientar los recursos materiales, financieros y humanos hacia políticas públicas en salud, principalmente preventivas y correctivas; b) Coadyuvar para planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y los diferentes sistemas a cargo de la Secretaría de Salud; c) Proveer la adecuada participación de las y los integrantes del Sistema Nacional de Salud, a fin de promover el cumplimiento del derecho a la protección de la salud establecido en el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; d) Impulsar que se proporcionen servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos; y, e) Reforzar las acciones de atención a los problemas sanitarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción de acciones preventivas, fines que se encuentran establecidos.

Considerando que el proceso de registro de actividades del Informe Mensual de las Actividades realizadas Fuera de la Unidad Médica no difiere entre sí, y que todas y todos los prestadores de servicio que están en contacto con el Sistema de Información en Salud, Subsistema de Prestación de Servicios mejor conocido como SIS tienen la responsabilidad de que el registro de la información sea de carácter obligatorio, oportuno, completo, íntegro y veraz, considerando que la actividad de registro del dato es de suma importancia para el Sistema Nacional de Información en Salud.

Los datos estadísticos serán utilizados dentro y fuera de las unidades médicas por personas usuarias directas e indirectas, así como personal responsable de la toma de decisiones; por ello, los datos registrados deben cumplir con la calidad requerida.

El principal objetivo del presente es mostrar las definiciones operativas, así como las instrucciones para el registro de información de las atenciones que se otorgan fuera de la unidad con el fin de mejorar la calidad de la información registrada.

Asimismo, constituye una guía de aprendizaje para el personal de nuevo ingreso durante el periodo de familiarización con el SIS, ya que resuelve las dudas que surjan durante la jornada laboral.

La Dirección General de Información en Salud a través del equipo que conforman la Subdirección de Información Institucional, instruyen la implementación del Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) versión 2024, exhortando a las y los Responsables de los Programas de Salud y a las Áreas de Estadística Estatales y Jurisdicciones Sanitarias difundan y promuevan el presente material y sus instructivos en los establecimientos de salud y personal involucrado en este proceso.

## Términos y Definiciones

Para los fines de este instructivo de llenado BSC: Calendario de Atención del Embarazo, Parto y Puerperio (SINBA-SIS-E1), se entenderán las siguientes definiciones:

| Término | Acrónimo | Definición |
| --- | --- | --- |
| **Auxiliar de salud** | ***ASC*** | La o el Auxiliar de Salud Comunitario (ASC) constituye el agente principal de la ampliación de la cobertura, a través de las actividades de promoción, prevención, algunas tareas asistenciales sencillas y la referencia de casos que se le han definido en el paquete básico. Su responsabilidad central es impulsar la cultura de la salud y la participación social en el programa, mediante el fortalecimiento de los comités de salud locales y la participación informada de la comunidad. |
| **Bienestar para la Salud Comunitaria** | ***BSC*** | Abreviatura de Bienestar para la Salud Comunitaria |

# Referencias

## Ligas Web

En la siguiente página web se puede consultar la versión electrónica del presente instructivo de llenado BSC: Calendario de Atención del Embarazo, Parto y Puerperio, versión 2024 y este Instructivo de Llenado que se encuentran en el apartado “2. Fuera de la Unidad” en Insumos SIS2024-formatos e Instructivos, al que puede entrar con usuario y contraseña en:

<http://sinba.salud.gob.mx>

Bibliografía

* NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 En Materia de Información en Salud
* NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.

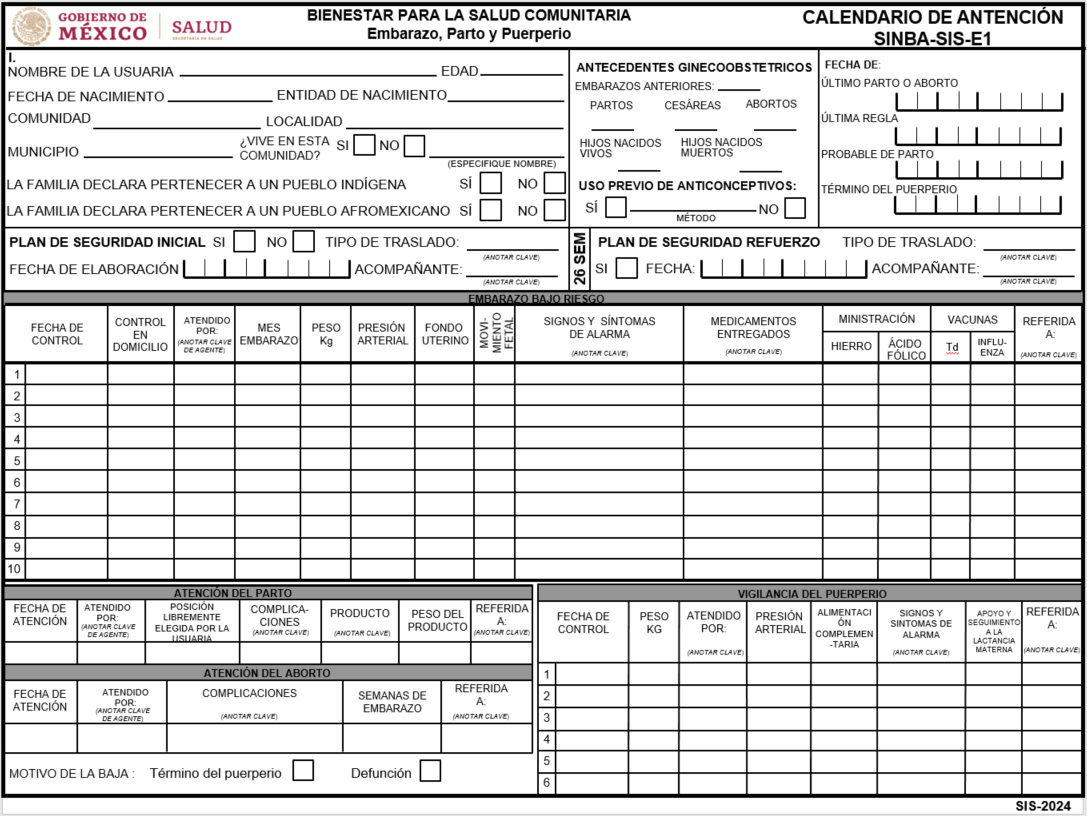
## Archivos anexos

| Id. | Descripción | Nombre del archivo | Formato / Aplicación para su visualización |
| --- | --- | --- | --- |
| 35 | Instructivo de Llenado  BSC: Calendario de Atención del Embarazo, Parto y Puerperio  SINBA-SIS-E1 | SINBA-SIS-E1 2024 | Adobe Acrobat Reader |

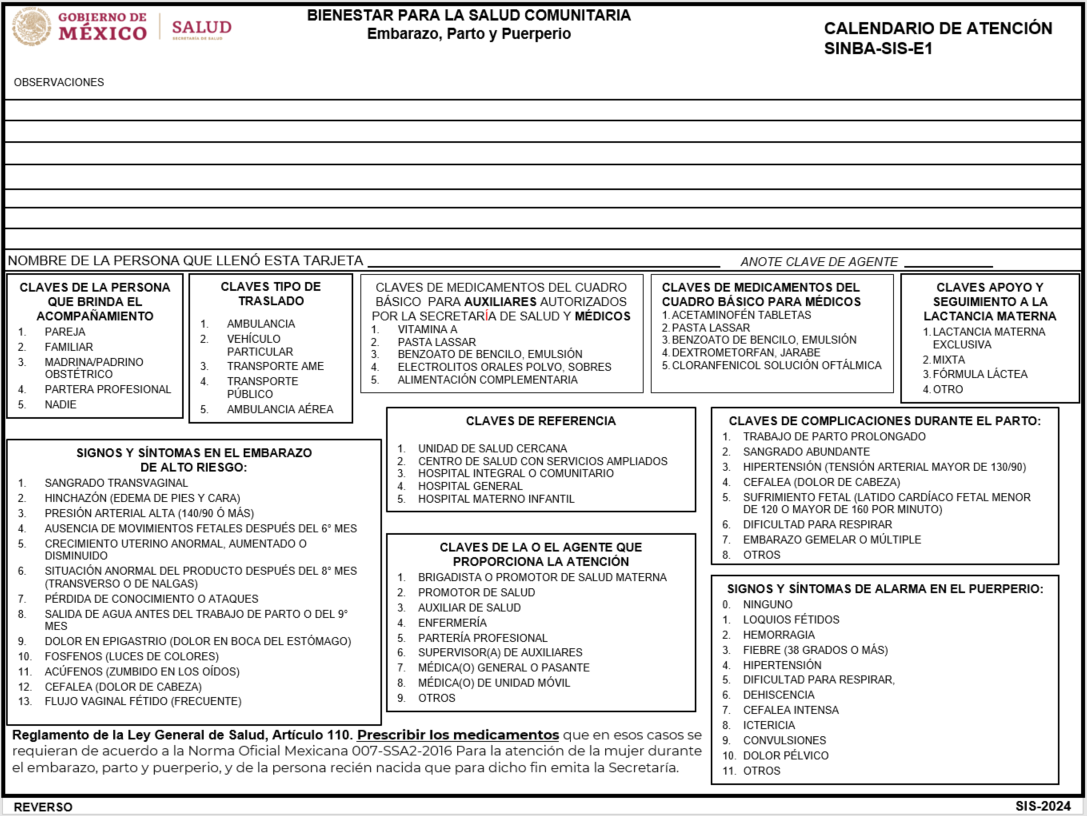
# BSC: Calendario de Atención del Embarazo, Parto y Puerperio

## Formato

Anverso



Reverso



# Descripción de BSC: Calendario de Atención del Embarazo, Parto y Puerperio

El objetivo del Calendario de Atención SIS-SS-E1 es mantener un registro de los datos que se derivan de las atenciones que se les proporcionan a las personas durante el embarazo, el parto o aborto, o el puerperio, o en el periodo de lactancia, en las comunidades de BSC. Se divide en los siguientes apartados:

* I. Datos de identificación y obstétricos
* Embarazo de bajo riesgo
* Atención del parto
* Atención del aborto
* Vigilancia del puerperio
* Motivo de la baja
* Observaciones

## I. Datos de identificación y obstétricos

En este apartado se registran los datos correspondientes a la identificación de la usuaria, así como datos de ubicación e información de fechas importantes para la Atención. Cuenta con 16 variables.

* Nombre de la usuaria
* Edad
* Fecha de nacimiento
* Entidad de nacimiento
* Comunidad
* Localidad
* Municipio
* Vive en esta comunidad
  + Si
  + No
    - Especifique
* La familia declara pertenecer a un pueblo indígena
  + Si
  + No
* La familia declara pertenecer a un pueblo Afromexicano
* Si
* No
* Antecedentes ginecoobstétricos
  + Embarazos anteriores
    - Partos
    - Cesáreas
    - Abortos
* Hijos nacidos vivos
* Hijos nacidos muertos
* Uso previo de anticonceptivos
  + Si
    - Método
  + No
* Fecha de:
  + Último parto o aborto
  + Última regla
  + Probable de parto
  + Término del puerperio
* Plan de seguridad inicial
  + Si
    - Fecha de elaboración
    - Tipo de traslado
    - Acompañante
  + No
* Plan de seguridad refuerzo se actualiza en cada ocasión que se le brinde atención a la usuaria
  + Si
    - Fecha de elaboración
    - Tipo de traslado
    - Acompañante

## Embarazo de bajo riesgo

Son las acciones realizadas en toda atención materna, cuenta con las siguientes variables:

* Fecha de la atención
  + Día
  + Mes
  + Año
* Atención en domicilio
* Atendido por:
* Mes embarazo
* Peso (Kg)
* Presión arterial
* Fondo uterino
* Movimiento fetal
* Signos y síntomas de alarma
* Medicamentos entregados
* Ministración
  + Hierro
  + Ácido fólico
* Vacunas
  + Td
  + Influenza
* Referida a:

## Atención del parto

En esta sección se registran los datos de la atención del parto realizado en la comunidad, está conformada por las siguientes variables:

* Fecha de atención
  + Día
  + Mes
  + Año
* Atendido por:
* Posición libremente elegida usuaria
* Complicaciones
* Producto
* Peso del producto
* Referida a:

## Atención del aborto

En esta sección se registran los datos de la atención de un aborto, está conformada por las siguientes variables:

* Fecha de atención
  + Día
  + Mes
  + Año
* Atendido por:
* Complicaciones
* Semanas de embarazo
* Referida a:

## Vigilancia del puerperio

Tiene como finalidad registrar la información del seguimiento durante el puerperio. Está conformado por 7 variables

* Fecha de la atención
  + Día
  + Mes
  + Año
* Peso (Kg)
* Atendido por:
* Presión arterial
* Alimentación complementaria
* Signos y síntomas de alarma
* Apoyo y seguimiento a la lactancia materna
* Referida a:

## Motivo de la baja

* Término del puerperio
* Defunción

## Observaciones

Es un apartado para aclarar o especificar la información originada durante la atención.

# Instrucciones de Llenado BSC: Calendario de Atención del Embarazo, Parto y Puerperio (SINBA-SIS-E1)

## Instrucciones Generales

* Se debe registrar en el Calendario de Atención del embarazo, parto y puerperio, SINBA-SIS-E1, toda atención materna que se otorgue en la comunidad.
* Este formato y su llenado es responsabilidad de la auxiliar de salud o bien, el agente de la Secretaría de Salud que proporcione el servicio en la comunidad, ya sea el(la) médico(a) o el(la) supervisor(a). La(el) auxiliar de salud debe registrar la información de cada atención que otorga, en el calendario de Atención correspondiente, pero NO debe cambiarlo del lugar en el que se encuentra dentro de la carpeta de argollas.
* El calendario de Atención se debe llenar en el lugar donde se proporciona la atención, lo cual puede suceder en el consultorio rural comunitario, en el domicilio de la auxiliar de salud o en el domicilio de la persona.
* Se abre cuando se otorga una atención materna, que tras agotar los esfuerzos la usuaria no acude a una unidad médica fija o móvil, donde la atención sea de PRIMERA VEZ y; es decir, cuando se atiende a una usuaria que no tiene asignado un calendario de Atención en la comunidad por ese embarazo independientemente de la etapa que cursa en dicho embarazo. La atención de PRIMERA VEZ se le puede dar a la usuaria durante el periodo de gestación, el parto o aborto, o el puerperio; sin embargo, no se debe considerar como de primera vez la atención de un parto, o aborto cuando la usuaria tiene asignado un calendario de Atención porque ya había recibido atención prenatal en la comunidad. Tampoco se debe considerar como de primera vez, la atención que se le otorga a una usuaria durante el puerperio, cuando ya se le llevó la atención en el embarazo o se le atendió durante el parto o aborto.
* Si una usuaria concluyó su periodo de puerperio durante un año específico y en ese mismo año se embaraza nuevamente, se debe abrir un nuevo calendario para registrar las atenciones maternas que reciba esa mujer por su nuevo embarazo.
* El calendario de atención se llena cada vez que se le proporciona una atención materna, ya sea de primera vez o subsecuente. Cada atención requiere del uso de una columna y se empieza por la primera de izquierda a derecha.
* Para el llenado del calendario de atención, de preferencia se debe utilizar lápiz.

## *I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y OBSTÉTRICOS:*

Registre los datos que se solicitan en esta sección en toda atención de PRIMERA VEZ.

* **Nombre de la usuaria.** Escriba el nombre completo de soltera de la usuaria en el siguiente orden: nombre, apellido paterno y apellido materno.
* **Edad.** Anote la edad de la usuaria en años cumplidos. En caso de no saberla, calcúlela.
* **Comunidad.** Escriba el nombre de la comunidad donde presta sus servicios la(el) auxiliar de salud, brigadista o promotor(a) de salud o bien, el agente de la Secretaría de Salud que proporcione servicios básicos de salud en la comunidad, ya sea el(la) médico(a), el(la) partero(a) profesional.
* **Localidad.** Escriba el nombre de la localidad a la que pertenece la comunidad donde presta sus servicios la auxiliar de salud.
* **Municipio.** Escriba el nombre del municipio al que pertenece la localidad y comunidad donde presta sus servicios la(el) auxiliar de salud, brigadista o promotor(a) de salud o bien, el agente de la Secretaría de Salud que proporcione servicios básicos de salud en la comunidad, ya sea el(la) médico(a), el(la) partero(a) profesional.
* **Vive en esta comunidad.** Anote una “X” en el espacio correspondiente a la respuesta de la usuaria. Si la respuesta es NO, especifique enseguida de este recuadro el nombre de la comunidad donde vive la usuaria.
* **La familia declara pertenecer a un pueblo indígena.**Pregunte a la usuaria si la familia considera pertenecer a un pueblo indígena; ello independientemente sea hablante o no de la lengua del pueblo indígena al que pertenece. Recuerde que la usuaria podrá ser beneficiaria del programa de nutrición respectivo en cuanto se maneje en el área de adscripción médica. Anote una "X" según corresponda.
* **La familia declara pertenecer a un pueblo afromexicano.** Pregunte a la usuaria si la familia considera pertenecer a un pueblo afromexicano; Anote una "X" según corresponda.

***ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS***

* **Embarazos anteriores.** Anote el número de embarazos que ha tenido la usuaria, incluyendo abortos.
  + **Partos.** Anote el número de partos que ha tenido la usuaria.
  + **Cesáreas.** Anote el número de cesáreas que ha tenido la usuaria.
  + **Abortos.** Anote el número de abortos que ha tenido la usuaria.

Nota: la suma de éstos debe ser igual al total de embarazos anteriores

* **Hijos nacidos vivos.** Registre el número de hijos de la usuaria que hayan nacido vivos, sin importar si después murieron.
* **Hijos nacidos muertos.** Registre el número de hijos de la usuaria que hayan nacido muertos, en caso de no haber tenido, anote cero, **no se deben incluir los abortos**.
* **Uso previo de anticonceptivos.** Marque con una “X” el cuadro correspondiente a la respuesta. Si la usuaria usaba algún método anticonceptivo antes del embarazo, especifique enseguida del cuadro destinado a la respuesta afirmativa, el tipo de método que utilizaba. Si la usuaria se embarazó mientras usaba ese método anticonceptivo, señálelo en la sección dedicada a OBSERVACIONES.
* **Fecha del último parto o aborto.** Anote con números arábigos el día, mes y año de la fecha del último parto o aborto que tuvo la usuaria. Subraye la palabra del evento al cual corresponde la fecha que se registró, ya sea parto o aborto.
* **Fecha de la última regla.** Anote el día, el mes y año, en que comenzó el sangrado de la última menstruación de la usuaria.
* **Fecha probable de parto.** (Este rubro lo debe llenar exclusivamente la supervisora de auxiliares de salud). Anote la fecha probable del parto. Para obtener este dato, sume nueve meses y siete días a la fecha del inicio de la última menstruación de la usuaria. Esta fecha se debe modificar cuando ya se conozca la fecha exacta en la que ocurrió el parto o aborto.
* **Fecha de término del puerperio.** (Este rubro lo debe llenar exclusivamente la supervisora de auxiliares de salud). Anote con lápiz la fecha estimada del término del puerperio. Para obtener este dato, sume 40 días a la fecha probable del parto. Esta fecha se debe modificar y anotar con bolígrafo cuando ya se conozca la fecha exacta en la que ocurrió el parto o aborto.

***PLAN DE SEGURIDAD INICIAL***

Se le otorga información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre el Plan de Seguridad para la atención del parto o ante una urgencia obstétrica, está actividad se proporcionará al iniciar la Atención prenatal (1ª consulta prenatal), debiéndose registrar dicha información.

* + Si el agente elaboró la herramienta de plan de seguridad ~~a~~ con la usuaria al ingreso de la atención prenatal, en caso de ser afirmativo colocar un “X” en la casilla de SI, en caso de no haber elaborado la herramienta con la usuaria otorgar el folleto marcar en la casilla NO una “X” y elaborarlo a la brevedad para marcar con una X en SÍ.

***FECHA DE ELABORACIÓN INICIAL:***

Anote con números arábigos día, mes y año de la fecha de entrega del Plan de Seguridad, esta fecha es obligatoria cuando se ha marcado “SI” en la casilla PLAN DE SEGURIDAD.

***TIPO DE TRASLADO:***

Registre la clave del tipo de traslado que la usuaria considera para ser trasladada en caso de emergencia obstétrica o de iniciar el trabajo de parto, de acuerdo con las claves que aparecen en la parte posterior del calendario; esto es: **1**. Ambulancia, **2**. Vehículo particular, **3**. Transporte AME, **4**. Transporte público, **5**. Ambulancia aérea.

***ACOMPAÑANTE:***

Anote la clave de la persona que la usuaria considera que es quien la acompañará a la atención obstétrica, de acuerdo con las claves que aparecen en la parte posterior del calendario: **1**.Pareja, **2**.Familiar, **3**.Madrina o padrino obstétrico, **4**.Partera profesional, **5**.Nadie ~~Otro~~.

***PLAN DE SEGURIDAD REFUERZO***

En cada ocasión que se le otorgue atención a la usuaria se vuelve a actualizar junto con la usuaria el plan de seguridad para considerar o reforzar las acciones a realizar en caso de emergencia obstétrica o de inicio del trabajo de parto, en caso de ser afirmativo colocar un “X” en la casilla de SI.

***FECHA DE REFORZAMIENTO DEL PLAN DE SEGURIDAD:***

Anote con números arábigos día, mes y año de la fecha que se otorga nuevamente la información del Plan de Seguridad. Se recomienda utilizar lápiz para poder cambiar la fecha en cada ocasión que se refuerce el plan de seguridad con la usuaria.

***TIPO DE TRASLADO:***

Registre la clave del tipo de traslado que la usuaria considera para ser trasladada en caso de emergencia obstétrica o de iniciar el trabajo de parto, de acuerdo con las claves que aparecen en la parte posterior del calendario; esto es: **1**.Ambulancia, **2**.Vehículo particular, **3**.Transporte AME, **4**.Transporte público, **5**.Ambulancia aérea.

***ACOMPAÑANTE:***

Anote la clave de la persona que acompañará a la embarazada a la atención obstétrica, de acuerdo con las claves que aparecen en la parte posterior del calendario: **1**.Pareja, **2**.Familiar, **3**.Madrina o padrino obstétrico, **4**.Partera profesional, **5**.Nadie

## *EMBARAZO DE BAJO RIESGO*

Registre los datos que se solicitan en esta sección exclusivamente en las atenciones ~~o controles~~ que se proporcionan a la embarazada.

* Utilice solamente una fila para registrar los datos que se generan en cada consulta.
* Empiece por la primera columna, de izquierda a derecha.
* **Fecha de la atención.** Anote en el espacio correspondiente el día, la clave del mes (las tres primeras letras del nombre) y el año en que se proporciona la atención. En la fila siguiente anote con lápiz la fecha de la próxima cita. Las claves para registrar el mes de la atención son las siguientes: ENE=enero, FEB=febrero, MAR=marzo, ABR=abril, MAY=mayo, JUN=junio, JUL=julio, AGO=agosto, SEP=septiembre, OCT=octubre, NOV=noviembre y DIC=diciembre.
* **Atención** **en domicilio.** Anote “SI” cuando la atención se proporcione en el domicilio de la usuaria, o un NO, si la atención se otorga en la casa del(la) auxiliar de salud o en el consultorio rural.
* **Atendido por:** Registre la clave del agente que otorgó la atención a la usuaria, de acuerdo con las claves que aparecen en la parte posterior del calendario; esto es: **1**.Brigadista o promotor de salud materna, **2**.Promotor(a) de salud, **3**.Auxiliar de salud, **4**.Enfermera(o), **5**.Partera(o) profesional, **6**.Partera tradicional, **7**.Supervisor(a) de auxiliares, **8**.Médica(o) general o pasante, **9**.Médica(o) de unidad móvil, **10**.Otros.
* **Mes del embarazo.** Anote el número del mes de gestación en el que se encuentra la usuaria durante la atención, contando a partir de la fecha de la última regla.
* **Peso.** Registre el peso en kilogramos que la usuaria tenga en cada cita cumplida. Si durante la atención no se pesa a la usuaria, registre la palabra NO.
* **Presión arterial.** Si durante la atención se toma la presión a la usuaria, registre el resultado separando con una diagonal la presión máxima de la mínima (Ejemplo 120/80). Si durante la atención no se le toma la presión, registre la palabra NO.
* **Altura del fondo uterino.** Anote la longitud existente desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta donde llegue el fondo de la matriz (en centímetros). Si no se toma esta medida, escriba la palabra NO.
* **Movimiento fetal.** Anote SI cuando la usuaria refiera que ha sentido los movimientos del niño o que a la exploración física se perciba el movimiento fetal. Escriba NO, en caso contrario.
* **Signos y síntomas de alarma (anotar clave).** Registre los signos y síntomas de alarma que se presenten durante el embarazo, de acuerdo con las claves que aparecen en la parte posterior del calendario; ésto es: **1.**Sangrado Transvaginal, **2.**Hinchazón (Edema de Pies y Cara), **3.**Presión Arterial Alta (140/90 o más), **4.**Ausencia de Movimientos Fetales Después del 6° Mes, **5.**Crecimiento Uterino Anormal (Aumentado o Disminuido), **6.**Situación Anormal del Producto Después del 8° Mes (Transverso o de Nalgas), **7.**Pérdida de Conocimiento o Ataques, **8.**Salida de Agua Antes del Trabajo de Parto o del 9° Mes, **9.**Dolor en Epigastrio (Dolor en Boca del Estómago), **10.**Fosfenos (Luces de Colores), **11.**Acúfenos (Zumbido en los Oídos), **12.**Cefalea (Dolor de Cabeza), **13.**Flujo Vaginal Fétido (Frecuente).
* **Medicamentos entregados.** Anote las claves de los medicamentos entregados a la usuaria durante la atención, para ello utilice la lista de claves que aparece en la parte posterior del calendario con base al tipo de personal que proporciona la atención, esto es:
  + Claves de medicamentos del cuadro básico **para auxiliares autorizadas(os)** por la secretaria de salud y médicos: **1**.Vitamina A, **2**.Pasta Lassar, **3**.Benzoato de Bencilo, Emulsión, **4**.Electrolitos Orales Polvo, Sobres, **5**.Alimentación Complementaria. Si la ayuda alimentaria corresponde a Indígena anote la letra "I" y la dotación de multivitamínicos.
  + Claves de medicamentos del cuadro básico **para médicas(os)**: **1**.Acetaminofén Tabletas, **2**.Pasta Lassar, **3**.Benzoato de Bencilo, Emulsión, **4**.Dextrometorfan, Jarabe, **5**.Cloranfenicol Solución Oftálmica.

Si se le otorga más de un medicamento, separe las claves con una diagonal (/). Si se le proporcionan dos o más cajas, envases, tubos, sobres o goteros del mismo medicamento, anote la clave tantas veces como productos se hayan entregado. Si no se proporcionan medicamentos durante la atención, escriba la palabra NO.

* **Ministración:**
  + **Hierro**: Anote la palabra Sí, cuando se le proporcione a la embarazada el fumarato ferroso. Si no le entrega el medicamento, anote la palabra NO.
  + **Ácido fólico**: Anote el número de dosis de ácido fólico que se le otorgó a la usuaria.
* **Aplicación de vacunas:** 
  + **Toxoide tetánico diftérico.** Anote 1a., 2a. o (R) refuerzo de acuerdo con la dosis de toxoide tetánico diftérico que se le aplique a la embarazada durante la atención. Si no se aplica esta vacuna, registre NO.
  + **Anti influenza.** Anote SI, si se le aplicó a la embarazada durante la atención. Si no se aplica esta vacuna, registre NO.
* **Referida a**: Cuando se refiera a la usuaria por clasificar su embarazo como de alto riesgo anote la clave según corresponda: **1**.Unidad de Salud Cercana, **2**.Centro De Salud Con Servicios Ampliados, **3**.Hospital Integral o Comunitario, **4**.Hospital General, **5**.Hospital Materno Infantil; las que aparecen en la cara posterior del calendario de atención de la embarazada. Si no se canaliza a la embarazada anote la palabra NO.

***ATENCIÓN DEL PARTO***

Esta sección se debe llenar únicamente en el caso de que la atención sea para la atención de un parto. Si esto sucede, deben quedar en blanco los espacios destinados a la sección de Atención del aborto y Vigilancia del Puerperio.

* **Fecha de atención.** Anote en el espacio correspondiente el día, la clave del mes (las tres primeras letras del nombre) y el año en que se proporciona la atención del parto. Las claves para registrar el mes de la atención son las siguientes: ENE=enero, FEB=febrero, MAR=marzo, ABR=abril, MAY=mayo, JUN=junio, JUL=julio, AGO=agosto, SEP=septiembre, OCT=octubre, NOV=noviembre y DIC=diciembre.
* **Atendido por:** Registre la clave de la o el agente que otorgó la atención a la usuaria, de acuerdo con las claves que aparecen en la parte posterior del calendario; esto es: **1**.Brigadista o promotor de salud materna, **2**.Promotor de salud, **3**.Auxiliar de salud, **4**.Enfermera, **5**.Partera profesional, **7**.Supervisor(a) de auxiliares, **8**.Médica(o) general o pasante, **9**.Médica(o) de unidad móvil, **10**.Otros.
* **Posición libremente elegida usuaria.** Registre la posición elegida
* **Complicaciones.** Registre las complicaciones que se presenten durante el parto, de acuerdo con las claves que aparecen en la parte posterior del calendario; esto es: **1**.Trabajo de parto prolongado, **2**.Sangrado abundante, **3**.Hipertensión (tensión arterial mayor de 130/90), **4**.Cefalea (dolor de cabeza), **5**.Sufrimiento fetal (latido cardíaco fetal menor de 120 o mayor de 160 por minuto), **6**.Dificultad para respirar, **7**.Embarazo gemelar o múltiple, **8**.Otros. En caso de presentarse más de una complicación, separe las claves con una diagonal (/).
* **Producto.** Anote la clave **1**.VIVA(O) cuando la persona recién nacida sale viva del vientre materno, aun cuando muera después de haber nacido. Registre **2**.MUERTA(O) cuando la persona recién nacida sale muerta del vientre materno. Cuando el parto sea múltiple, anote **1** en el caso de que al menos una(o) de las(os) niñas(os) haya nacido viva(o) y escriba en la sección de OBSERVACIONES: el número de niñas(os) que nacieron, el estado en el que salieron del vientre y la información que considera de interés al respecto.
* **Peso del producto.** Anote el peso del recién nacido, producto del parto atendido. Si no se realiza esta medición anote la palabra NO.
* **Referida a**: Cuando se refiera a la usuaria por considerarse de alto riesgo el estado de salud a consecuencia del parto, anote la clave según corresponda: **1**.Unidad de Salud Cercana, **2**.Centro De Salud Con Servicios Ampliados, **3**.Hospital Integral o Comunitario, **4**.Hospital General, **5**.Hospital Materno Infantil; las que aparecen en la cara posterior del calendario de atención de la embarazada. Si no se canaliza a la usuaria anote la palabra NO.

***ATENCIÓN DEL ABORTO***

Esta sección se debe llenar únicamente en el caso de que la atención sea para la atención de un aborto. Si esto sucede, deben quedar en blanco los espacios destinados a las secciones Atención del Embarazo y Vigilancia del Puerperio.

* **Fecha de atención.** Anote en el espacio correspondiente el día, la clave del mes (las tres primeras letras del nombre) y el año en que se proporciona la atención del parto. Las claves para registrar el mes de la atención son las siguientes: ENE=enero, FEB=febrero, MAR=marzo, ABR=abril, MAY=mayo, JUN=junio, JUL=julio, AGO=agosto, SEP=septiembre, OCT=octubre, NOV=noviembre y DIC=diciembre.
* **Atendido por:** Registre la clave de la o el agente que otorgó la atención a la usuaria, de acuerdo con las claves que aparecen en la parte posterior del calendario; esto es: **1**.Brigadista o promotor de salud materna, **2**.Promotor de salud, **3**.Auxiliar de salud, **4**.Enfermera, **5**.Partera profesional, **6**.Supervisor(a) de auxiliares, **7**.Médico general o pasante, **8**.Médico de unidad móvil, **9**.Otros.
* **Complicaciones.** Registre las complicaciones que se presenten durante el parto, de acuerdo con las claves que aparecen en la parte posterior del calendario; esto es: **1**.Trabajo de parto prolongado, **2**.Sangrado abundante, **3**.Hipertensión (tensión arterial mayor de 130/90), **4**.Cefalea (dolor de cabeza), **5**.Sufrimiento fetal (latido cardíaco fetal menor de 120 o mayor de 160 por minuto), **6**.Dificultad para respirar, **7**.Embarazo gemelar o múltiple, **8**.Otros. En caso de presentarse más de una complicación, separe las claves con una diagonal (/).
* **Semanas de embarazo.** Anote el número de semanas de gestación que cursa al momento de realizarse la atención de aborto.
* **Referida a**: Cuando se refiera a la usuaria por considerarse de alto riesgo el estado de salud a consecuencia del parto, anote la clave según corresponda: **1**.Unidad de Salud Cercana, **2**.Centro De Salud Con Servicios Ampliados, **3**.Hospital Integral o Comunitario, **4**.Hospital General, **5**.Hospital Materno Infantil; las que aparecen en la cara posterior del calendario de atención de la embarazada. Si no se canaliza a la usuaria anote la palabra NO.

***VIGILANCIA DEL PUERPERIO***

Esta sección se debe llenar únicamente en el caso de que se otorgue una atención materna durante el puerperio. Si esto sucede, deben quedar en blanco los espacios destinados a las secciones Embarazo, Parto o Aborto.

* **Fecha de la atención.** Anote en el espacio correspondiente el día, la clave del mes (las tres primeras letras del nombre) y el año en que se proporciona la atención. En la fila siguiente anote con lápiz la fecha de la próxima cita. Las claves para registrar el mes de la atención son las siguientes: ENE=enero, FEB=febrero, MAR=marzo, ABR=abril, MAY=mayo, JUN=junio, JUL=julio, AGO=agosto, SEP=septiembre, OCT=octubre, NOV=noviembre y DIC=diciembre.
* **Peso.** Registre el peso en kilogramos que la usuaria tenga en cada cita cumplida. Si durante la atención no se pesa a la usuaria, registre la palabra NO.
* **Atendido por:** Registre la clave del agente que otorgó la atención a la usuaria, de acuerdo con las claves que aparecen en la parte posterior del calendario; esto es: **1**.Brigadista o promotor de salud materna, **2**.Promotor de salud, **3**.Auxiliar de salud, **4**.Enfermera, **5**.Partera profesional, **6**.Supervisor(a) de auxiliares, **7**.Médica(o) general o pasante, **8**.Médica(o) de unidad móvil, **9**.Otros.
* **Presión arterial.** Si durante la Atención se toma la presión a la usuaria, registre el resultado separando con una diagonal la presión máxima de la mínima (Ejemplo 120/80). Si durante la atención no se le toma la presión, registre la palabra NO.
* **Alimentación Complementaria**. Si la ayuda alimentaria corresponde a Indígena anote la letra "I" y la dotación de multivitamínicos.
* **Signos y síntomas de alarma (anotar clave).** Registre los signos y síntomas de alarma que se presenten durante el embarazo, de acuerdo con las claves que aparecen en la parte posterior del calendario; ésto es: **0**.Ninguno, **1**.Loquios fétidos, **2**.Hemorragia, **3**.Fiebre (38 grados o más), **4**.Hipertensión, **5**.Dificultad para respirar, **6**.Dehiscencia, **7**.Cefalea intensa, **8**.Ictericia, **9**.Convulsiones, **10**.Dolor pélvico, **11**.Otros. En caso de presentarse más de una complicación, separe las claves con una diagonal (/).
* **Referida a**: Cuando se refiera a la usuaria por considerarse de alto riesgo el estado de salud a consecuencia del parto, anote la clave según corresponda: **1**.Unidad de Salud Cercana, **2**.Centro De Salud Con Servicios Ampliados, **3**.Hospital Integral o Comunitario, **4**.Hospital General, **5**.Hospital Materno Infantil; las que aparecen en la cara posterior del calendario de la Atención de la embarazada. Si no se canaliza a la usuaria anote la palabra NO.
* **Apoyo y seguimiento a la lactancia materna**. Registre la alimentación de la persona recién nacida conforme a las siguientes opciones: **1**.Lactancia materna exclusiva; **2**.Mixta; **3**.Fórmula láctea; **4**.Otro.

**Fecha de la próxima cita.** Una vez que se proporcionó la atención, anote la fecha de la próxima cita en la siguiente columna del calendario de atención. Si la usuaria se presenta antes o después de su cita, borre la fecha programada y registre la fecha en la que realmente se otorgó la atención. Nunca debe dejar columnas en blanco entre dos atenciones.

**Motivo de la baja.** Anote el motivo por el cual se da de baja definitiva a la usuaria, del programa de atención materna, lo cual sólo puede suceder por alguna de las siguientes causas: Terminación del puerperio o Defunción.

Si esa misma usuaria se vuelve a embarazar durante el transcurso del año, se debe abrir un nuevo calendario para registrar las atenciones maternas que reciba esa usuaria durante su nuevo embarazo.

**Observaciones.** Registre en esta sección cualquier observación que sirva para aclarar la información originada durante la atención; por ejemplo, el motivo por el cual se canaliza a la usuaria a un centro de atención. Si la usuaria se embarazó cuando estaba utilizando un método anticonceptivo, anote en esta sección el tipo de método y el tiempo que lo estuvo usando.