

## ANEXO DE HOJA DE TRABAJO PARA PARTOS MÚLTIPLES DE NACIDOS VIVOS

Este anexo se ha de llenar cuando en un embarazo múltiple nacen al menos dos lactantes vivos\* en el mismo centro. Llene una hoja de trabajo completa Formulario VS-2WA para el primer lactante nacido vivo y un anexo Formulario VS-2WB por cada lactante adicional nacido vivo.



\*Se ha de llenar una Hoja de Trabajo para Nacidos Vivos (Formulario VS-2WA) en su integridad —no este anexo— para nacimientos en un embarazo múltiple que tengan: 1) Nacimientos con 24 horas o más de diferencia entre sí; 2) Nacimientos en centros o lugares diferentes; o 3) Nacimientos con diferentes certificadores o personas atendiendo el parto.

### FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE Y LEGIBLE

Favor de llenar todo el formulario sin dejar espacios en blanco a menos que se le indique lo contrario. La enumeración de la hoja de trabajo coincide con la del sistema electrónico.

### INFORMACIÓN DEL(DE LA) NIÑO(A)

1. Número del historial médico del(de la) lactante: \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál va a ser el nombre legal del(de la) bebé (tal como debería aparecer en el acta de nacimiento)?

Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Sufijo (Jr., III, etc.): \_\_\_\_\_

Aún no se ha escogido el nombre ni el segundo nombre

(Nota: Si el(la) niño(a) no tiene nombre, ponga "Unknown (Se desconoce)" en la parte del nombre, y el apellido legal actual de la madre en la parte del apellido del(de la) niño(a)).

3. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del(de la) bebé?

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD AAAA

4. ¿Cuál es la hora de nacimiento del(de la) bebé? (en formato de 24 horas, p.ej. 1:00 p.m. = 13:00)

\_\_\_\_ : \_\_\_\_  
Hora Minuto

5. ¿Cuál es el sexo del bebé?

Masculino  Femenino

9. Pluralidad: \_\_\_\_\_

(La cantidad de fetos nacidos vivos o muertos en algún momento dado del embarazo independientemente de su edad gestacional o de si los fetos nacieron en fechas diferentes del embarazo. Incluya todos los nacidos vivos y las pérdidas fetales resultantes de este embarazo. Especifique 1 (un bebé), 2 (gemelos/mellizos), 3 (trillizos), 4 (cuatrillizos), 5 (quintillizos), 6 (sextillizos), 7 (septillizos), etc.)

10. Si no se trata de un solo bebé nacido vivo, ponga el orden en que nacieron en el embarazo: \_\_\_\_\_

(Especifique 1.º, 2.º, 3.º, 4.º, 5.º, 6.º, 7.º, etc. Incluya todas los nacimientos vivos y las pérdidas fetales resultantes de este embarazo)

13. ¿El bebé es de origen hispano? (Por favor marque una o más opciones.).

- No, no es español/hispano/latino
- Sí, es mexicano, mexicano-americano, chicano
- Sí, es puertorriqueño
- Sí, es cubano
- Sí, es otro tipo de español /hispano/latino (p.ej. español, salvadoreño, dominicano, colombiano) (especificar) \_\_\_\_\_

14. ¿Cuál es la raza del bebé? (Por favor marque *una o más razas* para indicar qué raza(s) considera que tiene su bebé.)

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Amerindia o indígena de Alaska  
(nombre de la tribu de inscripción o la tribu principal) \_\_\_\_\_
- Indo asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otra raza asiática (especificar) \_\_\_\_\_
- Nativo de Hawái
- Guameña o chamorra
- Samoana
- Otro isleño del Pacífico (especificar) \_\_\_\_\_
- Otra raza (especificar) \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE LA MADRE

**34a. Cantidad de partos anteriores de nacidos vivos:** (En el caso de este parto múltiple, incluya a todos los nacidos vivos que nacieron antes de este(esta) lactante en el mismo embarazo y que aún viven, además de los lactantes de embarazos anteriores)

Cantidad \_\_\_\_\_  Ninguno

**34b. Cantidad de partos anteriores de nacidos vivos que ahora están muertos:** (En el caso de este parto múltiple, incluya a todos los nacidos vivos que nacieron antes de este(esta) lactante en el mismo embarazo y que ahora están muertos, además de los lactantes de embarazos anteriores)

Cantidad \_\_\_\_\_  Ninguno

**35. Cantidad de otros tipos de desenlace del embarazo:** (En el caso de este embarazo múltiple, incluya todas las pérdidas fetales de cualquier edad gestacional —los abortos espontáneos, los abortos inducidos y/o embarazos ectópicos— que se produjeron en el embarazo antes del nacimiento de este(esta) lactante además de las pérdidas de embarazos anteriores)

Cantidad \_\_\_\_\_  Ninguno

#### INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD

**44. Características del trabajo de parto y del parto:** (Información sobre el trabajo de parto y el parto).

(Marque todas las pertinentes a este(esta) lactante)

- Inducción del trabajo de parto - (Iniciación de las contracciones uterinas por medios clínicos y/o quirúrgicos con el parto como propósito antes del inicio espontáneo del trabajo de parto (es decir, antes de que comience el trabajo de parto). No incluye la aceleración del trabajo de parto).
- Aceleración del trabajo de parto - (Estimulación de las contracciones uterinas por fármacos o técnicas manipulativas con el fin de reducir el tiempo de parto (i.e., tras haber comenzado el trabajo de parto). No lo incluya si se hizo inducción del trabajo de parto).
- Presentación no cefálica  
Esteroides (glucocorticoides) para la maduración pulmonar del feto que la madre recibió antes del parto - (Esteroides que la madre recibió antes del parto para acelerar la maduración pulmonar fetal. Típicamente, se administra cuando se espera un parto prematuro. Incluye betametasona, dexametasona e hidrocortisona administradas específicamente para acelerar la maduración pulmonar fetal. No incluye los fármacos esteroideos que la madre recibió como parte de un tratamiento antiinflamatorio antes o después del parto).
- Antibióticos que la madre recibió durante el trabajo de parto - (Incluye los medicamentos antibacterianos que la madre recibió sistemáticamente (vía intravenosa o intramuscular) entre el inicio del trabajo de parto y el parto como tal: ampicilina, penicilina, clindamicina, eritromicina, gentamicina, cefotaxima, ceftriaxona, etc.).
- Corioamnionitis clínica diagnosticada durante el trabajo de parto o temperatura de la madre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  ( $100.4^{\circ}\text{F}$ ) - (El diagnóstico clínico de corioamnionitis durante el trabajo de parto lo hizo la persona que atendió el parto. Normalmente, incluye más de una de las siguientes cuestiones: fiebre, sensibilidad y/o irritabilidad uterinas, leucocitosis, taquicardia fetal, taquicardia de la madre o secreción vaginal maloliente. Cualquier temperatura de la madre igual o superior a los  $38^{\circ}\text{C}$  ( $100.4^{\circ}\text{F}$ )).
- Líquido amniótico teñido moderadamente/copiosamente de meconio - (Cuando hay una cantidad considerable de líquido amniótico, pero este está claramente teñido de meconio).
- Sufriamiento fetal - (Complicación que se presenta durante el proceso del parto cuando un bebé no nacido sufre de falta de oxígeno).
- Anestesia epidural o espinal durante el trabajo de parto - (Administración a la madre de anestesia local para controlar los dolores de parto, i.e., suministro del agente en un espacio limitado con la distribución del efecto analgésico limitada a la parte inferior del cuerpo).
- Nada de lo anterior
- Se desconoce

**45. Método de parto:** (El proceso físico mediante el cual se lleva a cabo el parto del(de la) lactante):  
(Llene C y D)

C. Presentación fetal al nacer: (Marque una)

- Cefálica - (La presentación del feto es de vértex, occipucio anterior (OA), occipucio posterior (OP))
- Podálica - (La presentación del feto es de nalgas, nalgas completas, nalgas francas, nalgas incompletas)
- Otra - (Cualquier otra presentación no mencionada arriba, i.e., de hombro, umbilical, transversal, compuesta)
- Se desconoce

D. Ruta final y método de parto: (Marque una)

- Vaginal/Espontáneo - (Parto del feto entero por la vagina con uso de la fuerza natural del trabajo de parto con o sin asistencia manual de la persona que atendió el parto).
- Vaginal/Fórceps - (Extracción de la cabeza fetal por vía vaginal mediante la aplicación de fórceps obstétricos a la cabeza fetal).
- Vaginal/Ventosa - (Extracción de la cabeza fetal por vía vaginal mediante la aplicación de una ventosa a la cabeza fetal).
- Cesárea - (Extracción del feto, la placenta y las membranas a través de una incisión en las paredes abdominal y uterina de la madre).

Si el parto fue por cesárea, ¿se llegó a intentar el trabajo de parto? - (Se permitió, aceleró o indujo el trabajo de parto con planes de realizar un parto vaginal).

- Sí
- No
- Se desconoce

**46. Morbilidad materna:** (Complicaciones graves experimentadas por la madre en relación con el trabajo de parto y el parto)  
(Marque todas las que sean pertinentes a este(esta) lactante)

- Transfusión a la madre - (Incluye infusión de sangre entera o de glóbulos rojos empacados para el trabajo de parto y el parto).
- Laceración perineal de tercero o de cuarto grado - (la laceración de 3° se extiende a través de la piel perineal, la mucosa vaginal, el cuerpo perineal y parcial o completamente a través del esfínter anal. La laceración de 4° es todo lo anterior y se extiende además a través de la mucosa rectal).
- Útero roto - (Desgarro de la pared uterina. La ruptura de la pared uterina en todo su grosor, que incluye además el peritoneo visceral que cubre dicha pared (serosa uterina). No incluye la dehiscencia uterina, en la cual el feto, la placenta y el cordón umbilical se quedan contenidos dentro de la cavidad uterina. No incluye la ruptura silente o incompleta o la separación asintomática).
- Histerectomía no planificada - (Extirpación quirúrgica del útero que no estaba planificada antes de la admisión. Incluye las histerectomías que se esperaba que resultarían necesarias, pero que definitivamente no estaban planificadas).
- Admisión a la sala de cuidados intensivos - (Cualquier admisión, planificada o no, de la madre a un centro/sala designados para brindar cuidados intensivos).
- Procedimiento quirúrgico no planificado a continuación del parto
- Nada de lo anterior
- Se desconoce

### INFORMACIÓN DEL NEONATO

**48. Peso al nacer:** \_\_\_\_\_ (gramos) (No convierta lb./oz. a gramos)

Si no tiene el peso en gramos, peso al nacer: \_\_\_\_\_ (lb./oz.)

**49. Estimado obstétrico de gestación en el momento del parto** (semanas completadas): \_\_\_\_\_

(El mejor estimado obstétrico de la edad gestacional del(de la) lactante en semanas completadas basado en el estimado final de gestación del facultativo).

**50. Puntaje de Apgar:** (Medición sistemática para evaluar la condición física del(de la) lactante a intervalos específicos en el parto)

Puntaje a los 5 minutos \_\_\_\_\_

Si el puntaje a los 5 minutos es **menos de 6**: Puntaje a los 10 minutos \_\_\_\_\_

**53. Condiciones anormales del neonato:** (Trastornos o morbilidad significativa experimentada por el neonato).

(Marque todas las que sean pertinentes a este(esta) lactante)

- Ventilación asistida necesaria inmediatamente después del parto - (Lactante recibe ventilación manual por cierto tiempo con bolsa y máscara o con bolsa y tubo endotraqueal en los primeros minutos de nacido(a). Excluye el flujo libre (suministro indirecto) de oxígeno solamente, la laringoscopia para aspirar el meconio, la cánula nasal y la perilla de succión).
- Ventilación asistida necesaria por más de seis horas - (Lactante recibe ventilación mecánica (asistencia respiratoria) por algún método por más de seis horas. Incluye la presión positiva convencional, de alta frecuencia y o continua (CPAP). Excluye el oxígeno de flujo libre solamente, la laringoscopia para aspirar el meconio y la cánula nasal).
- Admisión a la Sala de Cuidados Intensivos de Neonatos (NICU) - (Admisión a un centro o sala con el personal y el equipamiento necesarios para brindarle al neonato asistencia respiratoria mecánica continua).
- Neonato recibe terapia de reemplazo con surfactante - (Instilación endotraqueal de una suspensión activa en superficie para el tratamiento de una deficiencia de surfactante por causa de un nacimiento prematuro o de una lesión pulmonar que trajo dificultades respiratorias. Incluye tanto el surfactante artificial como el extraído de manera natural).
- Antibióticos que el neonato recibió por sospechase la existencia de una sepsis neonatal - (Cualquier fármaco antibacteriano (p.ej., penicilina, ampicilina, gentamicina, cefotaxina etc.) administrado sistemáticamente (vía intravenosa o intramuscular). No incluye los

Mother's Medical Record # \_\_\_\_\_

Mother's name \_\_\_\_\_

FOR HOSPITAL USE ONLY

antibióticos administrados a lactantes que NO despiertan la sospecha de que tengan sepsis neonatal).

- Convulsiones o disfunción neurológica grave - (Las convulsiones son cualquier movimiento o comportamiento convulsivos e involuntarios de carácter repetitivo. La disfunción neurológica grave es una alteración grave del estado de alerta. Excluye la letargia o hipotonía si no hay otros hallazgos neurológicos. Excluye los síntomas asociados con anomalías congénitas del sistema nervioso central).
- Lesiones perinatales significativas (Fractura(s) esquelética(s), lesión del sistema nervioso periférico y/o hemorragia orgánica de tejidos blandos/duros que precisa de una intervención).
- Nada de lo anterior
- Se desconoce

**54. Anomalías congénitas del neonato:** (Malformaciones del neonato diagnosticadas prenatalmente o después del parto).

(Marque todas las que sean pertinentes a este(esta) lactante)

- Anencefalia - (Ausencia parcial o completa del cerebro y del cráneo. También llamada acrania. También incluye a lactantes con craneorraquisquisis (anencefalia con un defecto contiguo de la médula espinal)).
- Mielomeningocele/Espina bífida - (Espina bífida es la hernia de las meninges y/o del tejido de la médula espinal por medio de un defecto huesudo del cierre de la médula espinal. Mielomeningocele es la hernia de las meninges y del tejido de la médula espinal. El meningocele (hernia de las meninges sin el tejido de la médula espinal) se debería incluir en esta categoría también. Se deberían incluir tanto las lesiones abiertas como las cerradas (cubiertas de piel). No incluya la espina bífida oculta (un defecto huesudo de la médula ósea sin protuberancia de la médula espinal o las meninges)).
- Enfermedad cardiovascular congénita
  - Enfermedad cardiovascular congénita cianótica - (Defectos cardiovasculares congénitos que causan cianosis).
  - Enfermedad cardiovascular congénita no cianótica - (Defectos cardiovasculares congénitos que no causan cianosis).
- Hernia diafragmática congénita - (Defecto en la formación del diafragma que permite que los órganos abdominales se hernien hacia el interior de la cavidad torácica).
- Onfalocele - (Defecto en la pared abdominal anterior en el cual el anillo umbilical se ensancha, permitiendo que los órganos abdominales se hernien hacia el interior del cordón umbilical. Los órganos herniados quedan cubiertos de una bolsa membranosa casi transparente (diferente de la gastrosquisis, ver abajo), aunque esta bolsa puede romperse. También se le llama exonfalocele. No incluya la hernia umbilical (completamente cubierta de piel) en esta categoría).
- Gastrosquisis - (Anomalía de la pared abdominal anterior, lateral al ombligo, que provoca que el contenido abdominal se hernie directamente hacia el interior de la cavidad amniótica. Se diferencia del onfalocele por la ubicación del defecto y la ausencia de una membrana protectora).
- Defecto por reducción de extremidades (excluyendo la amputación congénita y los síndromes de enanismo) - (Ausencia completa o parcial de una porción de una extremidad relacionada con la incapacidad de ésta para desarrollarse).
- Labio leporino con o sin paladar hendido - (Cierre incompleto del labio. Puede ser unilateral, bilateral o medio).
- Paladar hendido solamente - (Fusión incompleta de las placas palatinas. Puede limitarse al paladar blando o puede que se extienda al paladar duro. El paladar hendido acompañado de labio leporino debería incluirse en la categoría anterior "Labio leporino con o sin paladar hendido").
- Síndrome de Down - (Trisomía del par 21 – Anomalía cromosómica causada por la presencia parcial o total de una tercera copia del cromosoma 21).
  - Cariotipo confirmado
  - Cariotipo pendiente de confirmación
- Sospecha de la existencia de un trastorno cromosómico - (Incluye cualquier constelación de malformaciones congénitas como resultado de o compatibles con síndromes conocidos causados por defectos detectables en la estructura cromosómica).
  - Cariotipo confirmado
  - Cariotipo pendiente de confirmación
- Hipospadias - (Cierre incompleto de la uretra masculina con resultado de la apertura del meato uretral en la superficie ventral del pene. Incluye primer grado – en el glande ventral a la punta, segundo grado – en el sulcus coronario, y tercer grado – en el eje del pene).
- Nada de lo anterior
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_
- Se desconoce

**55. ¿Fue transferido(a) el(la) lactante en menos de 24 horas desde su nacimiento?** (Marque "sí" si el(la) lactante fue transferido(a) de este centro a otro en menos de 24 horas desde su nacimiento. Si fue transferido(a) más de una vez, ponga el nombre del primer centro al que transfirieron al(a) lactante).

- Sí       No       Se desconoce

Si la respuesta es sí, nombre del centro al que transfirieron al (a la) lactante: \_\_\_\_\_

**56. ¿Está el(la) lactante vivo(a) en el momento de la elaboración del informe?** (El(la) lactante está vivo(a) en el momento en que se llena esta acta de nacimiento. Responda "Sí" si al(a) lactante se le dio el alta para recibir cuidados en la casa. Responda "no" si se sabe que el(la) lactante ha muerto. Si el(la) lactante fue transferido(a) y se conoce el estatus, indique el estatus conocido).

- Sí       No       Se desconoce

Mother's Medical Record # \_\_\_\_\_  
FOR HOSPITAL USE ONLY

Mother's name \_\_\_\_\_

57. ¿Ya está siendo amamantado(a) el(la) lactante en el momento del alta? (Marque "sí" si el(la) lactante estaba recibiendo leche de pecho o calostro en el período comprendido entre el nacimiento y el alta del hospital. Incluya cualquier intento de establecer la producción de leche en el período comprendido entre el nacimiento y el alta del hospital. Incluya si el(la) lactante recibió fórmula además de la leche de pecho. No incluya la intención de amamantar).

- Sí       No       Se desconoce

\*\*\* SE DEBE FIRMAR A CONTINUACIÓN \*\*\*

(Nota: Esta parte de la hoja la debe(n) firmar o bien la persona que atendió el parto del(de la) niño(a) o quien certificó dicho parto).

Firma del certificador/de la persona que atendió el parto: _____ <input type="checkbox"/> Doy fe de que esta es mi firma electrónica.	Fecha: _____
--	--------------

Todos los centros que no son de maternidad, las parteras y médicos forenses que no pueden registrar este nacimiento electrónicamente a través de KY-CHILD deben enviar esta hoja de trabajo ya llena, con todas las firmas pertinentes a:

Kentucky Office of Vital Statistics  
275 East Main, 1E-A  
Frankfort, KY 40621

Como Solo Referencia