

2

**Cuadernos para el Registro,
Codificación, Clasificación, Cálculo,
Cómputo, Tabulación y Control de
Calidad de los Datos**

GUÍA PARA EL REGISTRO DE DATOS

EN

HOSPITALES DISTRITALES Y

CENTROS DE SALUD

(Texto de autoaprendizaje)

MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL

(Logo)

PSF (Logo)



MotherCare

La Paz - 1998

Capítulo 5

CUADERNO DE CONSULTA EXTERNA PARA HOSPITAL DE DISTRITO Y CENTRO DE SALUD

OBJETIVO GENERAL

Registrar correctamente los datos referentes a las variables contenidas en el Cuaderno de Consulta Externa para Centro de Salud y Hospital de Distrito.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

TEÓRICOS

5.1. Listar las variables y categorías contenidas en el Cuaderno de Consulta Externa para Centro de Salud y Hospital de Distrito

Definir, delimitar las categorías, establecer la utilidad y explicar cómo se registran las siguientes variables:

- 5.2. Edad
- 5.3. Sexo
- 5.4. Referida de
- 5.5. Boleta de Referencia
- 5.6. Contra-Referida a
- 5.7. Tipo de Consulta
- 5.8. Exámenes Complementarios (N°)
- 5.9. Diagnósticos
- 5.10. Códigos
- 5.11. Caso Nuevo
- 5.12. Tratamientos
- 5.13. Ingresada en (N° de Sala)
- 5.14. Referida a
- 5.15. Número de Boleta de Referencia
- 5.16. Contrareferida de

PRÁCTICOS

Registrar, con menos de un 1% de errores u omisiones, información referente a las siguientes variables:

- 5.1p. Edad
- 5.2p. Sexo
- 5.3p. Referida de
- 5.4p. Boleta de Referencia
- 5.5p. Contra-Referida a
- 5.6p. Tipo de Consulta
- 5.7p. Exámenes Complementarios (N°)
- 5.8p. Diagnósticos
- 5.9p. Códigos
- 5.10p. Caso Nuevo
- 5.11p. Tratamientos
- 5.12p. Ingresada en
- 5.13p. Referida a
- 5.14p. Número de Boleta de Referencia
- 5.15p. Contra-Referida de

VARIABLES Y CATEGORÍAS CONTENIDAS EN EL CUADERNO DE CONSULTA EXTERNA PARA CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL DE DISTRITO

VARIABLE

CATEGORÍAS

- 1.- **FECHA**
- 2.- **NÚMERO DE ORDEN (N DE ORDEN)**
- 3.- **NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA**
(N HISTORIA CLINICA)
- 4.- **PROCEDENCIA (Lugar Residencia Habitual)**
 - dentro área influencia del (I)
 - dentro del mismo Municipio (M)
 - dentro del mismo Distrito de Salud (D)
 - fuera del Distrito de Salud (E)
- 5.- **EDAD** **Intervalos de edad:**
 - menor de 1 año (Menor 1a)
 - de 1 a 4 años (1-4)
 - de 5 a 9 años (5-9)
 - de 10 a 14 años (10-14)
 - de 15 a 19 años (15-19)
 - de 20 a 49 años (15-49)
 - de 50 y más años (50 y +)
- 6.- **SEXO**
 - Masculino (M)
 - Femenino (F)
- 7.- **REFERIDA DE: LOCALIDAD/NOMBRE Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO**
- 8.- **BOLETA DE REFERENCIA (BOL)**
- 9.- **CONTRA-REFERIDA A (CR A)**

- 10.- TIPO DE CONSULTA** — *Primera (P)*
 — *Nueva (N)*
 — *Repetida (R)*
- 11.- EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (N°)**
- 12.- DIAGNÓSTICOS**
- 13.- CÓDIGOS**
- 14.- CASO NUEVO (C.N.)**
- 15.- TRATAMIENTOS**
- 16.- INGRESADA EN (INGR EN)**
- 17.- REFERIDA A: NOMBRE Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO**
 — *Centro de Salud Hospital (C.S.H.)*
 — *Hospital de Distrito (H.D.)*
 — *Hospital de Tercer Nivel (H.III.)*
- 18.- NÚMERO DE BOLETA DE REFERENCIA (N BOL)**
- 19.- CONTRA-REFERIDA DE (CR DE)**
- 20.- NÚMERO DE RECIBO DEL INGRESO (REC INGR)**
- 21.- PRIMERA CONSULTA SALUD REPRODUCTIVA AÑO (1ª S.R.)**
- 22.- OBSERVACIONES (COMPLIC MATERNAS)**

Hay, por lo tanto, **22 variables** diferentes a registrar en el Cuaderno de Consulta Externa para Centro de Salud. Y Hospital de Distrito.

La Fecha, Número de Orden, Número de Historia Clínica, Procedencia, Recibo de Ingreso, Primera Consulta de Salud reproductiva en el Año y Observaciones ya han sido estudiadas con detenimiento en el Capítulo 4. En este Capítulo repasaremos solo la forma de registrarlas.

Vamos a intentar recordar las otras 15 variables de este Cuaderno.

La *Identificación de la Persona* está en la Historia Clínica. De ésta tomamos la procedencia, la *Edad y el Sexo*. En estas variables hay que determinar el intervalo o la categoría en el momento del registro. Veremos esto más tarde.

El *Sistema de Referencia y Contra-referencia* de la persona queda registrado en 6 variables. En este caso, al revés de lo que pasa con las variables de *identificación*, no siempre hay que registrar algo. Sólo será necesario registrar información si la persona ha sido referida desde la comunidad o de otro establecimiento o se refiere a otro establecimiento.

Hay tres variables para registrar si una persona ha llegado referida de la comunidad o de otro establecimiento de salud: *Referida de, Boleta de Referencia, Contra-Referida a*. En *Referida de* registramos el *Nombre* de la *Localidad* desde donde ha sido referida la persona y el *Tipo de Personal* comunitario que la refiere. Si viene referida desde otro establecimiento de salud registramos el *Nombre del Establecimiento* y la abreviatura del *Tipo de Establecimiento* que ha referido a esa persona.

Si nosotros estamos refiriendo a una persona a un establecimiento de nivel superior hay también tres variables para registrarlo. el *Nombre del Establecimiento* y la abreviatura del *Tipo de Establecimiento*, el *Número de Boleta*, y si ha sido *Contra-Referida de* el establecimiento al que fue referida.

La persona puede también ser *Ingresada en un Servicio de Hospitalización (Sala)*.

Hemos visto ya dieciseis de las veintidos variables que tenemos que recordar. Nos quedan seis.

Al ser un Cuaderno de Consulta Externa hay que especificar el *Tipo de Consulta*, el *Tipo y el Número de Exámenes Complementarios* solicitados, los *Diagnósticos* establecidos (y su *Código*), los *Casos Nuevos* detectados, y los *Tratamientos* impartidos.

Repasemos:

Las dos variables de *Identificación de la Persona*, no estudiadas en el Capítulo 4 son la _____ y el _____

Sobre el *Sistema de Referencia y Contra-referencia* hay que registrar (en caso de que la persona haya llegado referida) lo siguiente:

Localidad o nombre y tipo de establecimiento o de personal comunitario desde dónde se ha _____ a la persona

Boleta de _____

_____ a

_____ y tipo de establecimiento al que fue referida la persona

Número de _____ de _____

Contra-Referida ____

Al ser un Cuaderno de Consulta Externa, tenemos que registrar también: el _____ de _____, el número y tipo de _____ solicitados, los _____ establecidos y su código.

Si es un _____ y los _____ impartidos.

Registramos también si la persona ha sido _____ en un servicio de _____ y su identificación.

El *Código C.I.E.* se registra en la *Etapa de Codificación, durante el Procesamiento* de datos. Olvídense de él de momento. No lo veremos en esta Guía.

Repase otra vez mentalmente las *quince variables* citadas. ¿Recuerda cuáles son las otras *siete variables* vistas en el Capítulo 4?

— _____

— _____ de _____

— _____ de _____

— _____
— _____ de _____
— _____ consulta de _____ en el año
— _____

Como ya hemos dicho, la **Fecha** es el día, mes y año en el que se realiza la actividad registrada. Se registra, al comienzo de la actividad, ocupando toda una línea del registro. Previamente se traza una raya debajo de la última consulta registrada el día anterior. Se registra primero el día, luego el mes y después el año.

El **Número de Orden** es un número secuencial que comienza desde el número 1 al inicio del mes. El último número del mes coincide con el número total de registros realizados ese mes.

Si la persona atendida dispone de Historia Clínica, tendrá que recuperarse del archivo. Si no dispone, se le abrirá una nueva Historia Clínica, a la que se le asignará el número que le corresponda. En la tercera casilla se anota el **Número de Historia Clínica**, ya sea esta recuperada del archivo o recién abierta

En la cuarta casilla se registra la **Procedencia** de la persona que, cómo ya sabemos, es el lugar de residencia habitual de la misma, dónde vive la mayor parte del año. Lo clasificaremos dentro del Cuaderno, en la etapa de Procesamiento, en Residente dentro del área de influencia del establecimiento (I), fuera del área pero dentro del mismo Municipio (M), fuera del Municipio pero dentro del mismo Distrito de Salud (D) o en otro Distrito de Salud (E).

La **Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año** es la primera visita, preventiva o curativa, que realiza en el año una mujer en edad fértil (15 a 49 años), siempre que sea una consulta relacionada con salud sexual o reproductiva. Si es la primera vez que acude al establecimiento y es diagnosticada de una complicación materna o de una enfermedad de transmisión sexual anotaremos una **X** en esta casilla.

La última variable, vista en el Capítulo 4, es **Observaciones**. Es también la última variable de este Cuaderno. En este espacio, el personal de salud registra datos que él

considere de utilidad para la atención directa de la persona o para la Gestión Regular del Servicio de Consulta Externa. Nosotros destacaremos los casos de ***Complicaciones Maternas y Perinatales***, volviendo a registrar el ***Código del Diagnostico Definitivo*** en este espacio.

¿Recuerda usted que utilidad tiene el registro de la Procedencia de la persona atendida?

Para Estudios Epidemiológicos, Utilización de los Servicios (según la procedencia de las personas) y para conocer la _____ de los Programas.

EDAD (EN AÑOS, MESES O DÍAS)

Esta es una de la variables en las que hay que ***Clasificar*** el dato antes de registrarlo.

Esta variable consta de siete columnas, una para cada uno de los grupos de edad contemplados:

- *menor de 1 año* *Infantil*
- *de 1 a 4 años* *Pre-escolar*
- *de 5 a 9 años* *Escolar*
- *de 10 a 14 años*
- *de 15 a 19 años* *Adolescente (10 a 14 + 15 a 19)*
- *de 20 a 49 años* *Edad Fértil (15 a 19 + 20 a 49)*
- *de 50 y más años*

Interrogada la persona u obtenida de la fecha de nacimiento registrada en la Historia Clínica, se registra la ***edad de la persona en años (meses o días) cumplidos en la fecha en la que se realiza la consulta.***

Para el grupo de «*menor de 1 año*», la edad se registra *en meses* cumplidos en la columna “*Menor 1a*”. Para el de menores de 1 mes, se registran los días cumplidos seguidos de la letra “d”, en esta misma columna (Menor 1a).

Obtenida la edad (en años, meses o días cumplidos), se registra, con cifras, en la columna del grupo de edad en la que ha de quedar *clasificada*.

Veamos si lo ha entendido, con un ejemplo.

El día 18 de octubre de 1994 (recuerde que tiene que registrar 18/10/94 en la primera línea de registro del día) acude una persona a Consulta Externa. El anterior registro es el Número 37. ¿Qué Número de Orden le asignaremos a esta consulta?

el _____

La persona tiene ya una Historia Clínica abierta en el hospital. Recuperamos la Historia del archivo. Tiene el Número 002355. ¿En qué columna anotamos este número: en la segunda o en la tercera?

en la _____

Vemos en la Historia Clínica que la persona reside habitualmente en la misma localidad en la que está el Centro de Salud. Vemos también que ha nacido el 19 de octubre de 1979 y que es de sexo femenino.

De acuerdo con estos datos ¿Qué registraremos en la columna *Procedencia*?

- a) La localidad en la que está el establecimiento de salud
- b) El barrio (si lo hay) o la localidad en la que reside la persona
- c) La localidad y el distrito en el que reside la persona
- d) La localidad, el distrito y el departamento en el que reside la persona
- e) El distrito, el departamento y el país en el que reside la persona

Respuesta ____

¿Dónde y qué registraremos en la columna *Edad en Años*?

- a) En la columna «5-9» anotaremos una X
- b) En la columna «20-49» anotaremos el número 15
- c) En la columna «10-14» anotaremos el número 14
- d) En la columna «15-19» anotaremos el número 14
- e) En la columna «10-14» anotaremos una X

Respuesta _____

De acuerdo con los datos anteriores, registraremos en la primera fila del registro del día, la “Fecha“ 18/10/95. En la columna «Número de Orden» registraremos el número siguiente al último registro (37), es decir, el «38».

En la segunda columna «Número de Historia Clínica» registraremos el número correspondiente, en este caso, el número «002354».

La persona reside habitualmente («Procedencia») en la misma localidad en la que está el establecimiento de salud. Será suficiente con registrar el nombre del barrio (si lo hay) o el de la localidad. No es necesario registrar el nombre del distrito ni el del departamento. Recuerde que el nombre del distrito se registra cuando la persona procede de un distrito diferente al del establecimiento sanitario en donde es atendido. La respuesta correcta sería la letra «b».

Si la persona ha nacido el día 19/10/79, el día de la consulta (18/10/94) tiene todavía 14 años. Al día siguiente cumplirá 15 años, pero todavía no los tiene. Es decir, tiene 14 años y registraremos «14» en la columna «10-14» (Respuesta c).

RESUMEN

Edad son los *años (o meses)* que tiene *cumplidos* la persona el día en que se realiza la consulta.

Se establecen los siguientes *7 Grupos de Edad* (Intervalos):
menor de 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 9 años, de 10 a 14 años, de 15 a 19 años, de 20 a 49 años y de 50 y más años

Junto con el Sexo, nos sirve para detectar *grupos de riesgo* (por edad y sexo) para determinadas patologías y *grupos de usuarios(as)* del servicio.

Se registran los *años que tiene cumplidos* la persona en la columna del *Grupo de Edad que le corresponde*. Si persona tiene *menos de 1 año*, se anotan los *meses que tiene cumplidos* en la columna «*menor de 1 año*». Si tiene *menos de 1 mes*, se anotan los *días cumplidos seguidos de la letra "d"* en esta primera columna.

SEXO

Aunque todavía no lo hemos visto, ¿Dónde y cómo registrará usted el hecho de que la persona sea de sexo femenino? (Revise el modelo de Cuaderno para Consulta Externa al principio del capítulo).

En efecto, dentro de la variable «Sexo», anotaremos una F en la columna «F».

¿Ha quedado claro? Recuerde que en la variable «Edad», tenemos que registrar la edad en la columna correspondiente. En la variable «Sexo» tenemos que registrar una F o una M en la columna correspondiente.

RESUMEN

El *sexo* de la persona es el establecido en el registro de nacimiento y el que consta en su documentación personal

El *sexo* tiene dos categorías, *masculino* y *femenino*

Es útil para detectar *Grupos de Riesgo* y *de Utilizadores*

Se anota una *M* o una *F* en la columna *M* (Masculino) o *F* (Femenino)

Ya hemos visto la utilidad de *Fecha, No de Orden, No de Historia Clínica, Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año y Procedencia*. Repasemos también la utilidad de registrar el *Grupo de Edad y Sexo*.

Ambos nos sirven para *clasificar* los diagnósticos establecidos en Consulta Externa *por grupo de edad y sexo*. Con esto detectamos *Grupos de Riesgo* para las diferentes patologías diagnosticadas, es decir, podemos determinar que grupos son los más afectados por una determinada patología.

Podemos también determinar los grupos (por edad y sexo) que más utilizan el servicio de Consulta externa.

Es decir, las variables «Edad» y «Sexo» nos sirven para detectar *grupos de riesgo para determinadas patologías y grupos de utilizadores* del Servicio de Consulta Externa.

REFERIDA DE, BOLETA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERIDA A

Ya hemos visto que el Sistema de Referencia y Contra-Referencia de Personas consta de 6 variables. En tres de ellas se registran datos de las personas que llegan al hospital referidas por otro establecimiento de salud, un R.P.S o una partera capacitada y en las otras tres datos sobre los casos que refiere el establecimiento de salud a niveles superiores.

En este apartado se registran datos de *las personas que llegan al Establecimiento de Salud referidas por otro establecimiento de rango inferior, por un R.P.S.* (Responsables Populares de Salud) o por una *partera capacitada*. Si la persona no ha sido referida por nadie, no se registrará nada en este apartado.

Si la persona ha sido referida por otro establecimiento, un R.P.S. u otro agente comunitario se registrará, en la primera columna de «*Referida de: Localidad/Nombre*», el nombre de la *localidad desde la que ha sido referida* la persona por un agente de salud comunitario o el nombre del establecimiento que remite.

Este puede tener el mismo nombre que la localidad en la que se encuentra. En la segunda columna, **Tipo**, anotamos la abreviatura del tipo de establecimiento sanitario (PS, CS o CSH) o de personal (RPS o PART) que nos ha remitido a esa persona.

En la columna **Bol (Boleta de Referencia)** anotamos una **X** si la persona que **llega referida** lo hace **con una Boleta de Referencia**. Si viene referida pero **no trae Boleta**, no registraremos nada.

En la columna **CR A (Contra-Referida A)** marcaremos con una **X** si la persona ha sido devuelta con una Boleta de Contra-Referencia o con un documento en el que se especifiquen, al menos, el diagnóstico y el tratamiento a seguir.

Con estos datos podremos saber **de qué agentes comunitarios y establecimientos nos llegan personas referidas**, la **proporción** de las mismas **que llegan con la «Boleta de Referencia»** y la proporción que son devueltas con **«Boleta de Contra-Referencia»**.

Nos puede servir también para conocer que proporción de personas referidas llegan a su destino. Esta última información no será motivo de la primera fase de implantación de este Subsistema. De momento nos limitaremos a conocer el **porcentaje de personas que llegan con su Boleta** del total que han sido remitidas y el **porcentaje que son devueltas con Boleta de Contra-Referencia** por nuestro establecimiento.

Para evitar duplicaciones al contabilizar los casos nuevos de enfermedades de declaración obligatoria, estos han de ser contabilizados en el establecimiento de destino y no tenerse en cuenta en el establecimiento que los refiere. Veremos esto otra vez en la variable "Referida a".

RESUMEN

Decimos que una persona es *Referida de* cuando viene al hospital porque

ha sido enviada por un establecimiento de salud o por un agente comunitario.

Puede venir *con* una *Boleta de Referencia* o *sin* ella.

La persona puede ser devuelta al lugar de donde vino referida con una Boleta de Contra-Referencia o sin ella.

Es útil para conocer *de dónde vienen referidas* las personas, que *proporción* de las mismas *vienen con la Boleta de Referencia* y que *proporción* son devueltas con *Boleta de Contra-Referencia*.

Sirve también para *evitar duplicaciones de casos nuevos* de enfermedades de declaración obligatoria.

Se registra el *nombre de la localidad o del establecimiento* de la que vienen referidas y el tipo de establecimiento (PS, CS, CSH) o de personal (RPS o PART) que las refiere.

Se anota una *X* en la columna «*BOL*» si viene con una *Boleta de Referencia*.

Anotamos una *X* en la columna *CR-A* si la devolvemos con una *Boleta de Contra-Referencia*.

TIPO DE CONSULTA

Podemos distinguir tres tipos de consulta: *Primera del año, Nueva y Repetida*.

La «*Primera Consulta del Año*» (*P*) es la primera visita que realiza una persona en el año al establecimiento de salud, no importando el motivo o el servicio.

«*Consulta Nueva* (*N*)» es la primera consulta que realiza una persona por un episodio patológico determinado.

«*Consulta Repetida* (*R*)» son las consultas, posteriores a la «Consulta Nueva», que realiza una persona para un mismo episodio patológico, antes de que transcurran 30 días desde la primera o anterior consulta. Las enfermedades crónicas se salen de esta regla. Una vez detectadas, todas las demás consultas se consideran «Repetidas».

Supongamos que una mujer ha sido diagnosticada de tuberculosis el día 23 de diciembre de 1997. Acude a consulta por segunda vez, para la misma tuberculosis, el día 3 de enero de 1998. ¿Qué tenemos que registrar en este apartado?

Primera Consulta del Año _____

Consulta Nueva _____

Consulta Repetida _____

Por un lado es la «Primera Consulta de Año» para esta persona. Por lo tanto, registraremos una P en la columna «P». Por otro lado, es una consulta «Repetida» para el episodio de Tuberculosis detectado unos días antes. Registraremos, por lo tanto, también una R en la columna de Consulta «R».

Es decir, la «Primera Consulta del Año» (*P*) puede ser una consulta «Nueva» o «Repetida» para un episodio de una patología determinada.

En el caso de una enfermedad aguda, suelen considerarse como consultas «Repetidas» a las consultas realizadas antes de que transcurran 30 días de la Consulta «Nueva» o de la anterior consulta para esa determinada patología.

Si a esta misma mujer que acude el día 3 de enero de 1998 con una tuberculosis diagnosticada, se le diagnostica en esta segunda visita una sífilis. ¿Qué registraría usted?

- a) Primera visita del año y Repetida para tuberculosis
- b) Primera visita del año y Nueva para sífilis
- c) Sólo Nueva para sífilis
- d) Sólo Repetida para tuberculosis

No es una pregunta fácil. Este tema se explicará más detenidamente en el apartado «*Diagnósticos*». De cualquier forma, se ha de registrar «Primera Visita del Año» y otro dato. Es decir, las respuestas c) y d) no son correctas. Al establecerse un nuevo diagnóstico, éste tiene prioridad sobre el diagnóstico de una visita repetida. Registraremos, por lo tanto, además de «Primera Visita del Año», la visita «Nueva» para sífilis. No registraremos la visita «Repetida» para Tuberculosis.

Las *Primeras Consultas del Año* nos indican el número de personas que acudieron a consulta al establecimiento en el transcurso de una gestión. Este es un dato relevante para poder determinar la verdadera *cobertura* que se alcanza dentro de la población protegida.

Las *Consultas Nuevas y Consultas Repetidas* nos sirven para poder determinar el total de consultas y obtener el indicador de *Concentración de Consultas*. Revisamos su Historia Clínica (o preguntamos directamente) y vemos que es la primera vez en ese año que esa mujer acude al establecimiento. El diagnóstico es sífilis, una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Anotamos el diagnóstico en la columna correspondiente ¿En que otra columna tendremos que registrar esta circunstancia? (Repase el Capítulo 4 y luego intente contestar a esta pregunta)

En la columna ____ o Primera _____ de _____
en el _____.

RESUMEN

El *Tipo de Consulta* hace referencia a la toma de contacto de la persona con el establecimiento por primera vez en el año o por un episodio patológico determinado y a las visitas posteriores por este mismo episodio. Se establecen *tres categorías*:

«*Primera Consulta del Año*» (*1a*) es la primera consulta que realiza una persona en el año en el hospital, no importando el motivo o el Servicio.

«*Consulta Nueva*» es la primera consulta que realiza una persona por un episodio patológico determinado.

«*Consulta Repetida*» son las consultas posteriores a la «*Consulta Nueva*», que realiza una persona para un mismo episodio patológico antes de que transcurran 30 días de la primera o anterior consulta.

Es útil para conocer la *Cobertura* real del Servicio y la *Concentración de Consultas*.

Se anota una *P*, una *N* o una *S* en la casilla correspondiente. La *Primera consulta del año* puede coincidir con una visita *Nueva* para un determinado episodio patológico o con una visita *Repetida*.

Las categorías “Nueva” y “Repetida” se excluyen mutuamente.

Repasemos las últimas siete variables que hemos visto.

La *Edad* es una de las variables en la que hay que _____ el dato antes de registrarlo.

Se han establecido *siete Grupos de Edad*. ¿Podría usted completar el siguiente listado de Grupos de Edad, de acuerdo con la clasificación propuesta?

— *Menor de 1 año*

— *de __ a __ años*

— *de 5 a 9 años*

— *de __ a __ años*

— *de 15 a 19 años*

— *de __ a __ años*

— *de __ y más años*

Una vez que conozcamos la Edad de la persona, registraremos esta cifra en la columna del Grupo de Edad que le corresponda

Recuerde que en el Grupo de Edad correspondiente registramos la misma _____ y no una X.

En todas las columnas registramos la *Edad en años cumplidos*, menos en la columna de «*menos de 1 año*» en donde registramos la *Edad en* _____ *o* _____ *(seguido de una “d”) cumplidos*.

La variable *Sexo* tiene *dos categorías* ¿Cuáles son?

_____ y _____

Cuando la persona que acude es de sexo Femenino, registraremos una ____ en la columna _____.

El «**Grupo de Edad**» y el «**Sexo**» nos sirven para detectar _____ de _____ para determinadas patologías y _____ de _____ del Servicio de Consulta Externa.

En la variable "**Referida de**" se registra el **Nombre de la** _____ desde donde se ha referido a la persona por un agente de salud comunitario y la _____ del _____ de agente que lo refiere. Si viene referida por otro establecimiento de salud, se registra el _____ del establecimiento y la abreviatura del _____ de _____ de salud que nos la ha referido.

Si la persona no ha sido referida, no se registra nada en este apartado.

En la variable **Boleta de Referencia** marcaremos una **X** en la columna _____ si la persona viene referida por un establecimiento de salud o por un agente comunitario y trae su Boleta de Referencia.

Si contra-referimos a esta persona al establecimiento o agente que nos la ha enviado con una Boleta de Contra-Referencia marcaremos una **X** en la columna _____

Estos datos de personas «**Referidas de/Contra-Referidas a**» nos sirven para conocer de que _____ vienen las personas, quien las envía, que proporción llegan con la Boleta de _____ y que proporción son devueltas con una Boleta de _____. Sirve también para **evitar** _____ **de** _____ **nuevos** de enfermedades de declaración obligatoria.

Distinguimos tres **Tipos de Consulta**:

_____ del año (P), es la _____ visita que realiza una persona **en el año**, sin importar el motivo o el servicio

_____ es la primera consulta que realiza una persona por un _____ determinado

_____ son las que realiza después de la _____ para un mismo episodio patológico.

Recuerde que la Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año es la primera vez que una mujer en edad fértil acude al establecimiento, es ese año, para una consulta preventiva, por una complicación materna o por una _____ de _____
_____ (ETS)

Hasta el momento hemos visto la definición, las categorías, la manera de registrarse y la utilidad de las siguientes variables del Cuaderno de Consulta Externa para Centros de Salud y Hospitales de Distrito:

- | | |
|---------------------------------|-------------------------|
| — Fecha | — Edad (Grupos de Edad) |
| — Número de Orden | — Sexo |
| — Número de Historia Clínica | — Referida de |
| — Procedencia | — Boleta de Referencia |
| — Observaciones | — Contra-Referida a |
| — Primera Consulta SR en el Año | — Tipo de Consulta |
| — Recibo de Ingreso | |

Vamos a ver ahora las **9 variables** que nos faltan de este Cuaderno.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Se registra en esta columna el tipo y el número de Exámenes Complementarios solicitados. Por ejemplo se podrá registrar Laboratorio 2, Rayos X 1, etc...

Se registra, por lo tanto, el ***nombre del Servicio o Servicios Auxiliares de Diagnóstico*** a los que se solicitan los Exámenes Complementarios y el ***número de exámenes*** solicitados a cada uno de ellos.

Los resultados obtenidos en estos Exámenes no se anotan en el Cuaderno de Consulta Externa sino que quedan registrados o archivados en la Historia Clínica de la persona.

Es *útil* para conocer la *proporción* de exámenes solicitados por cada Servicio Asistencial a cada uno de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico. Con esto podremos calcular *el costo en Exámenes Complementarios para cada Servicio Asistencial*. También nos sirve para llevar un *Control cruzado* entre los Exámenes solicitados a los Diferentes Servicios Auxiliares de Diagnóstico y los registrados como realizados en estos Servicios.

RESUMEN

Se refiere a la *cantidad de Exámenes Complementarios, solicitados* por un determinado servicio de consulta externa, a un Servicio o *Servicios Auxiliares de Diagnóstico*.

La *categorías* posibles son el número de *Servicios Auxiliares de Diagnóstico que estén funcionando* en el establecimiento sanitario.

Es útil para calcular el *costo de los Exámenes Complementarios* para cada Servicio Asistencial del establecimiento sanitario. También sirve para llevar un control cruzado entre exámenes solicitados y realizados.

Se registra en esta casilla el Nombre o Nombres de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico a los que se solicitan los exámenes y el número de pruebas solicitadas a cada uno de ellos.

DIAGNÓSTICOS

Llamamos *Diagnóstico* clínico a la *conclusión* que obtiene el personal de salud después de estudiar el interrogatorio, la exploración, los análisis y otras pruebas complementarias de una persona concreta.

El *Diagnóstico* suele ser una *Enfermedad*, aunque a veces el personal de salud registra un *Signo o Síntoma* de la misma. Ya veremos al estudiar la *Codificación* de las enfermedades cómo clasificamos estas dos circunstancias («Guía para el Procesamiento de los Datos y el Control de Calidad de los Informes»).

Una persona puede padecer más de una enfermedad al mismo tiempo, es decir, puede tener *más de un Diagnóstico a la vez*.

Complete la siguiente frase:

El diagnóstico suele ser una _____ aunque a veces puede ser un _____ o _____. Una persona puede tener más de una _____ por lo que puede tener más de un _____.

Una persona puede acudir a consulta por la misma enfermedad una o más veces. La primera vez que acude por esa enfermedad le llamaremos *Nueva*. Las demás veces que vuelva por el mismo episodio de esa enfermedad las llamaremos *Repetidas*.

Si es una mujer, es la primera vez que acude en ese año y es diagnosticada de una complicación materna o una enfermedad de transmisión sexual, anotaremos una *X* en la columna "*Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año*".

Complete la siguiente frase:

Cuando una persona acude más de una vez por un mismo episodio _____, llamaremos a la primera vez que acuda _____ y a las demás _____.

El establecimiento de *Diagnósticos* nos sirve para el *Sistema de Vigilancia Epidemiológica* y para conocer la *Demanda Asistencial* por grupos patológicos o por patologías determinadas. También es útil para la declaración de casos de complicaciones maternas y perinatales.

Diagnóstico Principal y Otros Diagnósticos

Llamamos ***Diagnóstico Principal*** a la enfermedad que llama más la atención del personal de salud, ya sea por su gravedad, trascendencia, consumo de recursos o importancia epidemiológica. Es ***el personal de salud el que determina cuál es el Diagnóstico Principal***. Cuando sólo existe una patología, esta será el Diagnóstico Principal.

Cuando una persona tiene más de un diagnóstico, puede registrarse el segundo (y tercero) diagnóstico en esta columna. Para ello utilizaremos una casilla completa de la columna ***Diagnósticos*** para cada uno de los mismos. ***No registre dos o más diagnósticos en una misma casilla. Utilice una casilla para cada diagnóstico.***

Veamos en que casos hay que registrar más de un diagnóstico.

Si una persona acude a una visita repetida y en esa visita se le diagnostica una nueva patología, ¿Qué registraremos en el apartado ***Diagnósticos***?

- a) Las dos patologías
- b) Sólo la Nueva
- c) Sólo la Repetida

Si no ha podido contestar a esta pregunta, revise la última parte del apartado «Tipo de Consulta».

Por lo tanto, en caso de una visita ***Repetida*** para una patología que coincide con una ***Nueva para otra patología***, sólo se registra la ***Nueva***.

Si una persona es diagnosticada en una visita de dos o más cuadros patológicos, se han de seguir estas reglas:

— ***Si ninguna*** de las patologías ***es una Enfermedad de Declaración Obligatoria*** o una ***Complicación Materna o Perinatal***, se registrará ***una sólo*** patología. El personal de salud decidirá cual de las patologías se va a registrar.

— Si hay varias patologías y sólo una de ellas es una *Enfermedad de Declaración Obligatoria (E.D.O.)*, o una *Complicación Materna o Perinatal* registraremos sólo esta patología.

— Si hay varias patologías y más de una de ellas son de Declaración Obligatoria o sujetas a algún Programa en funcionamiento, se registrarán *todos los Diagnósticos de Enfermedades de Declaración Obligatoria (incluye ETS)*, sujetas a algún Programa y todas las *Complicaciones Maternas o Perinatales*.

Recuerde que cuando tengamos que registrar más de un Diagnóstico para una misma persona en la misma visita *utilizaremos una casilla (una línea de registro completa) para cada diagnóstico*.

No importa si nos quedan varias líneas medio vacías, sólo con el *Diagnóstico y el Tratamiento* correspondiente y con un *sólo Número de Orden para todos los diagnósticos registrados* pertenecientes a la misma persona y visita.

La razón de utilizar *un espacio para cada diagnóstico* es para que se vean *claros* los diagnósticos y para poderlos *contrastar con los respectivos Tratamientos* cuando se haga un *Control de Calidad* de la Asistencia Prestada.

Los Diagnósticos pueden ser clasificados en un número limitado de Categorías. Pero esto se verá en la Etapa de Codificación que no corresponde a esta Guía. *No registraremos todavía nada en la Columna «CÓDIGO»*.

RESUMEN

Diagnóstico es la *conclusión* a la que llega el personal de salud, después del estudio de una persona determinada, sobre el *cuadro patológico que ésta padece*.

La *Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.)* establece un número limitado de *categorías* de la variable *enfermedad*. Veremos esto en las etapas de codificación y clasificación del *procesamiento* de los datos.

El establecimiento de *Diagnósticos* es útil para la *Vigilancia epidemiológica, cobertura de Complicaciones Maternas y Perinatales* y para conocer la *Demanda Asistencial* por patología.

En la columna *Diagnósticos*, en caso de que haya varios y ninguno corresponda a una Enfermedad de Declaración Obligatoria o Complicación Materna o Perinatal, *el personal de salud decidirá cuál es el Diagnóstico Principal* que ha de registrarse.

Si hay *varios Diagnósticos* de Enfermedades de Declaración Obligatoria (*E.D.O.*) o de *Complicaciones Maternas y Perinatales se registrarán todos ellos*, utilizando *una casilla para cada uno*.

CASO NUEVO

Una persona puede acudir a Consulta Externa por un nuevo episodio patológico (sería una Consulta Nueva), sospechase un diagnóstico pero no poderse establecer en esta primera consulta. Se solicitan exámenes complementarios al laboratorio y se cita a la persona para una Consulta Repetida.

La Persona acude por segunda vez por este episodio patológico (es una Consulta Repetida) y de acuerdo con los resultados de los exámenes complementarios y/o con la evolución del cuadro establecemos un Diagnóstico Definitivo y un tratamiento acorde con ese diagnóstico. Este es el diagnóstico válido, el que se va a utilizar para obtener información sobre Casos Nuevos diagnosticados. Lo señalamos con una **X** en la columna Caso Nuevo para tenerlo en cuenta a la hora de realizar el resumen de datos.

Caso Nuevo sólo puede registrarse una vez para cada episodio patológico y persona.

En el caso de una enfermedad crónica, Caso Nuevo sólo puede ser registrado una vez en la vida de la persona.

RESUMEN

Se refiere a un ***caso nuevo*** de una determinada patología cuyo ***Diagnóstico se confirma en esa visita.***

Nos sirve para ***contabilizar los Diagnósticos*** que han de tabularse para el ***Informe Mensual de Vigilancia Epidemiológica*** y otros ***informes sobre patologías*** detectadas en el Servicio de Consulta Externa (Complicaciones Maternas y Perinatales y ETS).

Cuando hayamos ***confirmado un diagnóstico***, ya sea ***en una Consulta Nueva o Repetida***, anotaremos una ***X*** en esta columna. Para los ***resúmenes*** sobre ***patologías*** detectadas ***sólo*** tendremos en cuenta los diagnósticos de ***Casos Nuevos*** y solo los contabilizaremos una vez.

TRATAMIENTOS

Una vez establecido el o los diagnósticos definitivos, el personal de salud decide el tratamiento que debe de seguir esa persona. Este tratamiento puede ser *etiológico*, es decir, va dirigido a la causa que produce la enfermedad o puede ser *sintomático*, si va dirigido a disminuir o eliminar los síntomas que la enfermedad produce. Normalmente suele ser *mixto*.

Para cada uno de los *Diagnósticos registrados* anotaremos un resumen del *Tratamiento Etiológico* realizado. No registraremos, por lo tanto, los tratamientos sintomáticos en este apartado. El tratamiento completo ha de quedar registrado en la *Historia Clínica*.

El registro del *Diagnóstico con su respectivo Tratamiento etiológico* es *útil* para seguir el cumplimiento de Protocolos Terapéuticos. En nuestro caso queremos conocer hasta que punto se están aplicando los tratamientos propuestos en la Norma Boliviana de Salud NB-SNS-02-96 “Atención a la Mujer y al Recién Nacido, en Puestos y Centros de Salud y en Hospitales de Distrito”. Nos sirve, por lo tanto, para el *Control de Calidad de la Asistencia Prestada*.

Como en el caso anterior, utilizaremos una casilla completa para cada tratamiento en caso de que haya más de un diagnóstico registrado.

RESÚMEN

El *Tratamiento Etiológico* va dirigido a la *causa que produce la enfermedad* diagnosticada.

Es útil para el *Control de Calidad de la asistencia prestada*.
Los *Tratamientos* han de ajustarse a *protocolos* establecidos.

En la columna *Tratamiento* utilizamos una casilla completa para registrar el Tratamiento Etiológico de cada una de las enfermedades diagnosticadas. *No registre más de un tratamiento en la misma casilla*.

INGRESADA EN

Decimos que una persona es "*Ingresada en*" cuando el personal de salud decide hospitalizarla y la ingresa en un servicio de hospitalización.

Es útil para evitar duplicación de diagnósticos. Si una persona es ingresada en una sala de hospitalización, volverá a ser registrada en el correspondiente Cuaderno de hospitalización con su diagnóstico definitivo. Si una persona es diagnosticada en consulta externa y luego ingresada en una sala de hospitalización, no consideraremos a la persona como Caso Nuevo de consulta externa para evitar duplicación con el registro de hospitalización.

Registramos en este espacio el nombre del servicio (o número de sala de hospital) en donde ha sido ingresada la persona.

Cuando contabilicemos los casos nuevos de Enfermedades de Declaración Obligatoria y las Complicaciones Maternas y Perinatales tendremos cuidado de no contabilizar el mismo caso dos veces como Caso Nuevo, una en el Cuaderno de Hospitalización y otra en el de Consulta Externa.

Para ello, en principio, no contabilizamos en consulta externa a los casos diagnosticados y luego ingresados. Serán contabilizados en el Cuaderno de Hospitalización correspondiente. De todas formas podemos contrastar información. Puede haber casos que derivemos a un servicio de hospitalización que no lleguen nunca a su destino. En esos casos tendremos en cuenta el diagnóstico establecido en consulta externa.

RESUMEN

Una persona es *Ingresada en* un servicio de hospitalización cuando es remitida a ese servicio por el personal de salud.

Es útil para *evitar duplicaciones* al resumir los datos sobre casos nuevos diagnosticados.

Se registra el *nombre del servicio* (o número de sala) a donde se ha remitido a la persona para su ingreso.

REFERIDA A, NÚMERO DE BOLETA DE REFERENCIA, CONTRA-REFERIDA DE

Decimos que una persona es ***Referida a*** cuando se le envía a un establecimiento de nivel superior por limitaciones para diagnosticarla o tratarla en el mismo Centro de Salud u Hospital de Distrito.

Al igual que en el Apartado «Referida de» solo se anotarán datos en esta casilla cuando la persona sea referida a otro establecimiento de salud.

Lo primero que hay que hacer, en caso de una Referencia Externa, es ***rellenar y numerar la Boleta de Referencia***.

Como ya veremos en la etapa de Procesamiento de los datos, los diagnósticos de las personas referidas no se tienen en cuenta a la hora de contabilizar las patologías diagnosticadas en el Servicio de Consulta Externa. Hacemos esto para evitar duplicaciones. Se supone que el diagnóstico será establecido, con más fiabilidad, y registrado en el establecimiento al que referimos a la persona.

En la ***primera columna*** se anota el ***Nombre de la Localidad*** en la que está el establecimiento de salud al que referimos a la persona. Si el establecimiento tiene un nombre propio, lo registraremos, entre paréntesis, en esta columna.

En la ***segunda columna*** de este apartado se registra el ***Tipo de Establecimiento Sanitario*** al que se esta refiriendo el caso.

Desde un ***Centro de Salud y un Hospital de Distrito*** pueden ***referirse*** personas a:

- ***Centro de Salud-Hospital (C.S.H.)***
- ***Hospital de Distrito (H.D.)***
- ***Hospital de Tercer Nivel (H.III.)***

Los establecimientos están ordenados del nivel más bajo al más alto. Los establecimientos sanitarios podrán referir pacientes a otros establecimientos de nivel superior.

En esta *segunda columna* anotaremos las *iniciales del Tipo de Establecimiento Sanitario* al que vayamos a referir a la persona.

En la columna "*N BOL*", anotamos el número de la Boleta de Referencia con la que referimos a la persona.

En la columna "*Contra-Referida de (CR DE)*" señalamos con una *X* si la persona ha vuelto a nuestro establecimiento con una Boleta de Contra-Referencia o un Informe Clínico.

El *porcentaje de personas referidas* (sobre el total de atendidas) y *a qué establecimientos se envían*, nos sirve para saber *si se está atendiendo lo establecido para el nivel de Centro de Salud o de Hospital Distrital* y si se están *cumpliendo los esquemas de regionalización* establecidos. Es útil también para *evitar duplicaciones de casos nuevos diagnosticados*.

La *Boleta de Referencia* ha de tener registrado, al menos, el *motivo de referencia* y el *tratamiento recibido* por la persona. La de *Contra-Referencia* ha de tener al menos el diagnóstico establecido (con resultados de exámenes complementarios), el tratamiento recibido y el tratamiento que debe seguir la persona.

Esto facilita el estudio de la persona en el establecimiento al que se la remite. Por un lado *mejora la calidad de la atención* y por otro *ahorra recursos*.

Toda persona *referida* ha de ir *provista de su Boleta de Referencia* y ha de *ser devuelta* al establecimiento que la refiere *con su Boleta de Contra-referencia*.

Hemos dicho que este trámite:

— Mejora la _____ de la _____ y

— _____ recursos

El *Porcentaje de personas referidas con Boleta* nos indica hasta que punto se está cumpliendo este requisito. Debe de tender al 100%.

RESUMEN

Decimos que una persona es *Referida a* cuando se la envía a un establecimiento sanitario de Nivel superior.

Registramos primero el *Nombre de la Localidad* donde se encuentra el establecimiento (y su nombre propio) y las iniciales del *Tipo de Establecimiento*

Podemos establecer las siguientes *categorías de Tipo de Establecimiento*:

— *Centro de Salud-Hospital (C.S.H.)*

— *Hospital de Distrito (H.D.)*

— *Hospital de Tercer Nivel (H.III.)*

Es útil para saber si *se está atendiendo lo establecido para el nivel de Centro de Salud* o de *Hospital de Distrito*, si se están *cumpliendo los esquemas de regionalización* establecidos y para *evitar duplicaciones* al contabilizar casos nuevos.

El *Porcentaje de personas referidas con Boleta* nos indica hasta que punto *se está cumpliendo este requisito*.

Se registra la *Localidad* en donde se encuentra, el *Nombre* y las *iniciales del Tipo de Establecimiento Sanitario*.

Se anota el *Número de la Boleta de Referencia* con la que se la envía. Si la persona vuelve con una *Boleta de Contra-Referencia* se anota una *X* en la columna *CR DE*.

NÚMERO DE RECIBO DE INGRESO

En esta columna se anota el *Número de recibo de Ingreso o de Deudor* del sistema Financiero Contable que se le da a la persona, según esta realice el pago de la consulta o quede deudora de la misma.

En caso de que realice un pago parcial, se registrará el número de ambos recibos.

Cuando la persona está exenta de pago, se registrará lo siguiente:

- a) Cuando la *exención se deba a indigencia* se registrará la abreviatura «*IND*».
- b) Cuando la *exención se deba a algún tipo de Seguro* se registrará la abreviatura «*SEG*».

PRIMERA CONSULTA DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL AÑO (1ª SR)

Si se trata de una mujer en edad fértil, es la primera vez que acude en ese año al establecimiento (descartar que haya acudido a Control Prenatal o a Control para la Mujer no Gestante) y es diagnosticada de una complicación materna o de una enfermedad de transmisión sexual, anotaremos una *X* en este apartado.

OBSERVACIONES

Como ya hemos dicho en otras ocasiones, en este espacio el personal de salud registra lo que él considere necesario y, para que no pasen desapercibidos a la hora de hacer el resumen, volverá a registrar los códigos de los diagnósticos de patologías Maternas y Perinatales.

Repasemos los objetivos de todo el tema, completando las siguientes frases:

5.1. Listar las variables y categorías contenidas en el Cuaderno de Registro de Consulta Externa para Centro de Salud u Hospital de distrito.

Las dos variables de **Identificación del Paciente**, no estudiadas en el Capítulo, 4 son *la* _____ *y* *el* _____.

Sobre el **Sistema de Referencia y Contra-referencia** hay que registrar (en caso de que la persona sea referida) lo siguiente:

Localidad o establecimiento sanitario de dónde se refiere y Tipo de
_____ **o Agente** _____ **que refiere**
Boleta de _____
Contra-Referida _____
Nombre del establecimiento al que se _____ **(y** _____ **)**
Número de _____ **de** _____
_____ **de**

Al ser un Cuaderno de Consulta Externa, tenemos que registrar también:

el _____ *de* _____
en número de _____ *solicitados*
los _____ *establecidos*
los Códigos
los _____ *detectados y*
los _____ *impartidos*

Registramos si la persona ha sido _____ en un servicio de hospitalización.

Por último hay que registrar el **Número de Recibo de Ingreso**.

Repase otra vez mentalmente las dieciseis **variables** que acabamos de ver
¿Recuerda cuáles son las otras **siete variables** vistas en el Capítulo 4?

— _____

— _____ *de* _____

— _____ *de* _____

— _____

— _____ *de* _____

— _____ *de* _____ *en el Año*

— _____

Definir, delimitar las categorías, establecer la utilidad y explicar cómo se registran las siguientes variables:

5.2 *Edad*

Definición

Edad son los _____ (*meses o días*) *que tiene* _____ la persona el día en que se realiza la consulta.

Categorías

Se establecen los siguientes **7 Grupos de Edad**: *menor de 1 año, de __ a __ años, de 5 a 9 años, de __ a __ años, de 15 a 19 años, de __ a __ y de __ y más años.*

Utilidad

Junto con el Sexo, nos sirve para detectar _____ *de* _____ (por edad y sexo) para determinadas patologías y _____ *de* _____ del servicio.

Forma de Registrarlo

Se registran los _____ *que tiene* _____ la persona en la columna del _____ *de* _____ *que le corresponde*. Si la persona tiene **menos de 1 año**, anote los _____ *o* _____ *que tiene cumplidos* en la columna « _____ ».

5.3 *Sexo*

Definición

El *sexo* de la persona es el establecido en el registro de nacimiento y el que consta en su documentación personal

Categorías

El *sexo* tiene dos categorías, _____ y _____.

Utilidad

Es útil para detectar *Grupos de* _____ y de _____.

Forma de Registrarlo

Se anota una ___ en la columna ___ (Masculino) o una ___ en la columna ___ (Femenino)

5.4. *Referida de*

5.5. *Boleta de Referencia*

5.6. *Contra-Referida a*

Definición

Decimos que una persona es *Referida de* cuando viene al establecimiento de salud porque ha sido enviada por otro _____ de salud o por un agente comunitario. Puede venir ___ una *Boleta de Referencia* y ser devuelto con una *Boleta de*

Utilidad

Es útil para conocer ___ *dónde* _____ *referidas* las personas y que _____ de las mismas *vienen y son devueltas con la Boleta.*

Sirve también para *evitar* _____ *de casos* _____ de enfermedades de declaración obligatoria.

Forma de Registrarlo

Se registra el *nombre del* _____ o de la _____ de la que vienen referidas. Se registra la abreviatura del tipo de _____ o de agente de salud comunitario que refiere. Se anota una *X* en la columna « _____ » si viene con una *Boleta de Referencia* y en la Columna *CR A* si la devolvemos con una *Boleta de* _____.

5.7. Tipo de Consulta

Definición

El *Tipo de Consulta* hace referencia a la toma de contacto de la persona con el Servicio por primera vez en el año o por un episodio patológico determinado y a las visitas posteriores por este mismo episodio.

Categorías

«*Primera Consulta del Año*» (*P*) es la _____ consulta que realiza una persona en el _____ a el Centro de Salud u Hospital, no importando el motivo o el servicio.

«*Consulta Nueva*» (*N*) es la primera consulta que realiza una persona por un _____ determinado.

«*Consulta Repetida*» (*R*) son las que se realizan, después de la « _____ », para un mismo episodio patológico.

Utilidad

Es útil para conocer la _____ real del Servicio y la _____ *de Consultas*.

Forma de registrarlo

Se anota la _____ en la casilla correspondiente. La **Primera consulta del año** puede coincidir con una consulta _____ para un determinado episodio patológico o con una consulta _____

5.8. Exámenes Complementarios

Definición

Se refiere a la _____ *de Exámenes Complementarios*, *solicitados* por un determinado servicio de consulta externa, a un Servicio o *Servicios Auxiliares de Diagnóstico*.

Utilidad

Es útil para calcular el _____ *de los Exámenes Complementarios* para cada Servicio Asistencial del establecimiento sanitario. También sirve para llevar un control cruzado entre exámenes solicitados y realizados.

Forma de Registrarlo

Se registra en esta casilla el *Nombre o Nombres de los* _____ *de Diagnóstico* a los que se solicitan los exámenes y el *número de* _____ a cada uno de ellos.

5.9. Diagnósticos

Definición

Diagnóstico es la _____ a la que llega el personal de salud, después del estudio de una persona determinada, sobre el **cuadro** _____ **que ésta padece**.

La *Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.)* establece un número limitado de *categorías* de la variable *enfermedad*. Veremos esto en las etapas de codificación y clasificación del *procesamiento* de los datos.

Utilidad

El establecimiento de *Diagnósticos* es útil para la _____
y para conocer la _____ por patología.

Forma de Registrarlo

En la columna *Diagnósticos*, en caso de que haya varios y ninguno corresponda a una Enfermedad de _____, *el personal de salud decidirá cuál es el Diagnóstico Principal* que ha de registrarse.

Si hay _____ *Diagnósticos* de Enfermedades de Declaración Obligatoria (*E.D.O.*), o *Complicaciones Maternas y Perinatales se registrarán* _____ ellos, utilizando *una casilla para* _____ de ellos.

5.10. Códigos: No es tema de esta Guía

5.11. Caso Nuevo

Definición

Se refiere a un _____ de una determinada *patología* cuyo _____ *se confirma en esa visita*.

Utilidad

Nos sirve para *contabilizar* los _____ que han de tabularse para el _____ de _____ y otros *informes* sobre *patologías* detectadas en el Servicio de Consulta Externa.

Forma de Registrarlo

Cuando hayamos confirmado un _____, anotaremos una **X** en esta columna. Para los **resúmenes sobre patologías** detectadas **sólo** tendremos en cuenta los diagnósticos de **Casos Nuevos**.

5.12 *Tratamientos*

Definición

El **Tratamiento** _____ va dirigido a la **causa que produce la enfermedad** diagnosticada.

Utilidad

Es útil para el _____ **de** _____ **de la asistencia prestada**. Los **Tratamientos** han de ajustarse a _____ establecidos.

Forma de Registrarlo

En la columna **Tratamiento** utilizamos una casilla completa para registrar el Tratamiento Etiológico de cada una de las enfermedades diagnosticadas. **No registre _____ tratamiento en la misma casilla.**

5.13 *Ingresada en*

Definición

Una persona es **Ingresada en** un servicio de hospitalización cuando es _____ a ese servicio por el personal de salud

Utilidad

Es útil para **evitar** _____ al resumir los datos sobre casos nuevos diagnosticados.

Forma de Registrarlo

Se registra el _____ **del servicio** (o número de sala) a donde se ha remitido a la persona para su ingreso.

5.14. Referida a (Nombre y Tipo de Establecimiento)

4.15. Número de Boleta de Referencia

5.16. Contra-Referida de

Definición

Decimos que una persona es "*Referida a*" cuando _____ a un Establecimiento Sanitario de Nivel superior. Registramos el Nombre de la _____ donde esta ubicado y las _____ del Tipo de Establecimiento

Categorías

Podemos establecer las siguientes *categorías* de *Tipo de Establecimiento*:

— *Centro de Salud-Hospital* (____.____.____.)

— *Hospital de Distrito* (____.____.)

— *Hospital de Tercer Nivel* (____.____.)

Utilidad

Es útil para saber si *se está atendiendo lo establecido para el nivel de Centro de Salud u Hospital de Distrito* y si se están *cumpliendo los esquemas de* _____ establecidos.

El _____ *de personas referidas y contra-referidas con Boleta* nos indica hasta que punto *se está cumpliendo este requisito*.

Forma de Registrarlo

Se registra la _____ *donde está el establecimiento sanitario*, el *nombre* (si lo tiene) y las _____ del *Tipo de establecimiento*. También se anota el _____ *de la* _____ *de Referencia* con la que se la envía y una *X* en la columna _____ si es devuelta *con Boleta de* _____.

Número de Recibo de Ingreso

Se registra el ***número de recibo de*** _____ ***si*** la persona ***paga***, el de _____ en caso de que ***no pague nada*** y el ***número de los dos recibos*** en caso de que ***pague*** _____.

Si la persona está ***exenta de pago***, porque está cubierta por un _____ o sea _____ . En este caso se anota las abreviaturas _____ ***o*** _____ , respectivamente.

Si se trata de una mujer en edad fértil que acude por primera vez en el año a ese establecimiento y es diagnosticada de una _____ o de una enfermedad de _____ (ETS), anotaremos una ***X*** en la columna ***Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año (1ª SR)***.

En el apartado de ***Observaciones*** anotaremos el código de la Complicaciones Maternas que se hayan diagnosticado.

Capítulo 6

CUADERNO PARA EL CONTROL DE LA MUJER NO GESTANTE Y LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Objetivo general

Registrar correctamente los datos referentes a las variables contenidas en el Cuaderno para el Control de la Mujer no Gestante y la Planificación Familiar.

Objetivos específicos

Teóricos

6.1. Listar las variables y categorías contenidas en el Cuaderno para el Control de la Mujer no Gestante y la Planificación Familiar.

Definir, delimitar las categorías, establecer la utilidad y explicar cómo se registrarán las siguientes variables:

6.2. Edad

6.3. Sexo

6.4. Antitetánica: Número de dosis

6.5. Vitamina A

6.6. Examen citológico

6.7. Remitida a

6.8. Método anticonceptivo moderno Tipo de usuaria(o)

Nueva(o)

Activa(o)

Continua(o)

Irregular

Tipo de método

D.I.U.

Píldoras

Depoprovera

Condomes

6.9. Método anticonceptivo natural Tipo de usuaria

Nueva

Activa

6.10. Otros métodos

6.11. Orientación/consejería

Prácticos

Registrar, con menos de un 1% de errores u omisiones, información referente a las siguientes variables:

5.1p. Edad

5.2p. Sexo

5.3p. Antitetánica:

Número de dosis

5.4p. Vitamina A

5.5p. Examen citológico

5.6p. Remitida a

5.7p. Planificación Familiar

**VARIABLES Y CATEGORÍAS CONTENIDAS EN EL CUADERNO
PARA EL CONTROL DE LA MUJER NO GESTANTE Y LA
PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

| VARIABLE | CATEGORÍAS |
|--|--|
| 1.- FECHA | |
| 2.- NÚMERO DE ORDEN (No DE ORDEN) | |
| 3.- NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (Nº HISTORIA CLÍNICA) | |
| 4.- PROCEDENCIA | Lugar Residencia Habitual dentro área influencia del CS/HD (I) dentro de mismo Municipio (M) |

dentro de mismo Distrito de Salud (D)
fuera del Distrito de Salud (E)

5.- EDAD

Intervalos de edad:

- menor de 15 años (- 15)
- de 15 a 19 años (15-19)
- de 20 a 34 años (20-34)
- de 35 a 49 años (35-49)
- de 50 y más años (50 y +)

6.- SEXO

Femenino (F)

Masculino (M)

7.- ANTITETÁNICA

Número de dosis

1

2

3

4

5 y +

8.- VITAMINA A (VIT A)

9.- EXAMEN CITOLÓGICO (PAP)

10.- REMITIDA A

Consulta (C)

Hospitalización (H)

11.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Tipo de Usuaría(o)

Nueva/o (N)

Activa/o (O)

Continua/o (C)

Irregular (I)

Tipo de Método

D.I.U.

Píldoras
Depoprovera
Condomes
Natural

Otros Métodos

Orientación/Consejería (O/C)

13.- **RECIBO DE INGRESO**

10.- **PRIMERA CONSULTA DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL AÑO (1ª SR)**

14.- **OBSERVACIONES**

Hay, por lo tanto, *14 variables* diferentes a registrar en el Cuaderno de Control para la Mujer no Gestante.

La *Fecha, Número de Orden, Número de Historia Clínica, Procedencia, Recibo de Ingreso, Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año y Observaciones* ya han sido estudiadas con detenimiento en el Capítulo 4. En este Capítulo repasaremos sólo la forma de registrarlas.

Vamos a intentar recordar las otras 7 variables de este Cuaderno.

La *Identificación de la Persona* está en la Historia Clínica. De ésta tomamos la Procedencia, el *Sexo* y la *Edad*. En esta última hay que determinar el intervalo en el momento del registro. Veremos esto más tarde. El sexo puede ser diferente en el apartado de Planificación Familiar. Este servicio puede ser utilizado tanto por hombres como por mujeres.

En este Cuaderno se registran datos sobre actividades realizadas en los controles para mujeres no gestantes. Son actividades preventivas que incluyen: Vacunación *Antitetánica*, Profilaxis con *Vitamina A* y la obtención de frotis vaginal para *Examen Citológico* con tinción de *Papanicolau*. Ya hemos dicho que el servicio de

Planificación Familiar puede ser utilizado por mujeres y hombres o, más frecuentemente, por parejas.

Si durante el control se detecta que la persona padece alguna patología, tiene que ser **remitida a un Servicio de Consulta o de Hospitalización (Sala)**.

Revise ahora el listado de variables y digamos cuál es la variable que falta:

_____ de _____ de _____

Repasemos:

¿Cuáles son las variables de **Identificación de la Persona**, no estudiadas en el Capítulo 3?

la _____ y el _____

Este es un Cuaderno para actividades preventivas destinadas a la mujer, en edad fértil, no gestante. ¿Recuerda usted tres actividades preventivas que se realizan en este servicio?

Vacunación _____

Profilaxis con _____

Examen Citológico con tinción de _____

Hay otro servicio, que podemos considerar preventivo, que se ofrece a hombres y mujeres en edad reproductiva. ¿Cuál es?

Registramos también si la persona ha sido _____ a un servicio de _____ o de _____.

Por último hay que registrar el **Número de Recibo de Ingreso**.

Como ya hemos dicho, la *Fecha* es el día, mes y año en el que se realiza la actividad registrada. Se registra, al comienzo de la actividad, ocupando toda una línea del registro. Previamente se traza una raya debajo de la última consulta registrada el día anterior.

El *Número de Orden* es un número secuencial que comienza desde el número 1 al inicio del mes. El último número del mes coincide con el número total de registros realizados ese mes.

Si la persona atendida dispone de Historia Clínica, tendrá que recuperarse del archivo. Si no dispone, se le abrirá una nueva Historia Clínica, a la que se le asignará el número que le corresponda. Ya vimos esto en el capítulo correspondiente. En la segunda columna se anota el *Número de Historia Clínica*, ya sea esta recuperada del archivo o recién abierta.

En la tercera columna se registra la *Procedencia* de la persona que, cómo ya sabemos, es el lugar de residencia habitual de la misma, dónde vive la mayor parte del año. Lo clasificaremos dentro del Cuaderno, en la etapa de Procesamiento, en Residente dentro del área de influencia del establecimiento (I), fuera del área pero dentro del mismo Municipio (M), fuera del Municipio pero dentro del mismo Distrito de Salud (D) o en otro Distrito de Salud (E).

Algunas actividades de Planificación familiar están sujetas a pago. Deberemos, en su caso, registrar el número de **Recibo de Ingreso**, de deudor o ambos o especificar porque la persona está exenta de pago.

La *Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año* es la primera visita, preventiva o curativa, que realiza en el año una mujer en edad fértil (15 a 49 años), siempre que sea una consulta relacionada con salud sexual o reproductiva. En primer lugar tendremos que comprobar que es la primera vez que acude al establecimiento en el año en curso. Para ello revisaremos la historia clínica. Si la mujer ha acudido anteriormente en ese año, tendremos que descartar que haya sido por algún motivo relacionado con salud reproductiva: control prenatal, parto o control post-parto, complicación materna o enfermedad de transmisión sexual. Si no dispone de historia clínica, intentaremos conseguir

esta información mediante interrogatorio. En este caso le abriremos una historia clínica nueva.

La última variable, vista en el Capítulo 3, es **Observaciones**. Es también la última variable de este Cuaderno. En este espacio, el facultativo registra datos que él considere de utilidad para la atención directa de la persona o para la gestión regular del servicio.

¿Recuerda usted que utilidad tiene el registro de la Procedencia de la persona atendida?

Para Estudios Epidemiológicos, Utilización de los Servicios (según la procedencia de las personas) y para conocer la _____ de los Programas

EDAD (EN AÑOS CUMPLIDOS)

Esta es una de las variables en las que hay que **Clasificar** el dato antes de poderlo registrar.

La cuarta columna está dividida en cinco espacios, uno para cada uno de los grupos de edad establecidos:

- *menor de 15 años*
- *de 15 a 19 años*
- *de 20 a 34 años*
- *de 35 a 49 años*
- *de 50 y más años*

Interrogada la persona u obtenida de la fecha de nacimiento registrada en la Historia Clínica, se registra la **edad de la persona en años cumplidos en la fecha en la**

que se realiza el control en la columna del grupo de edad en la que ha de quedar *clasificada*.

Veamos si lo ha entendido, con un ejemplo.

El día 18 de octubre de 1994 (recuerde que tiene que registrar 18/10/94 en la primera línea de registro del día) acude una persona a Control de la Mujer no Gestante y la Planificación Familiar. El anterior registro es el Número 37. ¿Qué Número de Orden le asignaremos a este control?

el _____

La persona tiene ya una Historia Clínica abierta en el hospital. Recuperamos la Historia del archivo. Tiene el Número 002355. ¿En qué columna anotamos este número: en la primera o en la segunda?

en la _____

Vemos en la Historia Clínica que la persona reside habitualmente en la misma localidad en la que está el establecimiento de Salud. Vemos también que ha nacido el 17 de octubre de 1976 y que es de sexo femenino.

De acuerdo con estos datos ¿Qué registraremos en la columna *Procedencia*?

- a) La localidad en la que está el establecimiento de salud
- b) El barrio (si lo hay) o la localidad en la que reside la persona
- c) La localidad y el distrito en el que reside la persona
- d) La localidad, el distrito y el departamento en el que reside la persona
- e) El distrito, el departamento y el país en el que reside la persona

Respuesta _____

¿Dónde y qué registraremos en la columna *Edad en Años*?

- a) En la columna « menor de 15» anotaremos una X
- b) En la columna «15-19» anotaremos el número 18

c) En la columna «15-19» anotaremos el número 17

d) En la columna «20-34» anotaremos el número 18

e) En la columna «15-19» anotaremos una X Respuesta _____

De acuerdo con los datos anteriores, registraremos en la primera fila del registro del día, la “Fecha” 18/10/95. En la columna «Número de Orden» registraremos el número siguiente al último registro (37), es decir, el «38».

En la segunda columna «Número de Historia Clínica» registraremos el número correspondiente, en este caso, el número «002354».

La persona reside habitualmente («Procedencia») en la misma localidad en la que está el establecimiento de salud. Será suficiente con registrar el nombre del barrio (si lo hay) o el de la localidad. No es necesario registrar el nombre del distrito ni el del departamento. Recuerde que el nombre del distrito se registra cuando la persona procede de un distrito diferente al del establecimiento sanitario en donde es atendido. La respuesta correcta sería la letra «b».

Si la persona ha nacido el día 17/10/76, el día de la consulta (18/10/94) acaba de cumplir 18 años. Por lo tanto registraremos «18» en la columna «15-19».

RESUMEN

Edad son los años que tiene cumplidos la persona el día en que se realiza la consulta.

Se establecen los siguientes **5 Grupos de Edad (Intervalos): menor de 15 años, de 15 a 19 años, de 20 a 34 años, de 35 a 49 años y de 50 y más años.**

Junto con el Sexo, nos sirve para detectar **grupos de utilizadores(as)** del servicio, por **Edad y Sexo.**

Se registran los **años que tiene cumplidos** la persona en la columna del **Grupo de Edad que le corresponde.**

SEXO

Por último, y aunque todavía no lo hemos visto, ¿dónde y cómo registrará usted el hecho de que la persona sea de sexo femenino? (Revise el modelo de Cuaderno y el listado de variables que contiene, con sus categorías, al principio del capítulo)

En efecto, dentro de la columna «Sexo», anotaremos una F en el apartado «F».

¿Ha quedado claro? Recuerde que en la variable «Edad (en años)», tenemos que registrar la edad en la columna correspondiente. En la variable «Sexo» registraremos la inicial en la columna correspondiente.

Ya hemos visto la utilidad de *Fecha, No de Orden, No de Historia Clínica, Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año y Procedencia*. Repasemos también la utilidad de registrar el *Grupo de Edad y Sexo*.

Ambos nos sirven para determinar los grupos de edad que más utilizan el servicio de Control para la Mujer no Gestante y los grupos, por edad y sexo, que más utilizan el servicio de Planificación Familiar.

Es decir, las variables «Edad» y «Sexo» nos sirven para detectar *grupos de utilizadores* para el Servicio de Control para la Mujer no Gestante y para el de Planificación Familiar.

¿A quien registramos si al Servicio de Planificación Familiar acude una pareja? Piénselo. Lo veremos más adelante.

RESUMEN

El *sexo* de la persona es el establecido en el registro de nacimiento y el que consta en su documentación personal.

El *sexo* tiene dos categorías, *masculino y femenino*.

Es útil para detectar *Grupos de Utilizadores(as)*.

Se anota una *M* en la columna "*M*" (Masculino) o una *F* en la columna "*F*" (Femenino).

Como indica su nombre, este Cuaderno consta de dos secciones diferenciadas ¿Cuáles son?

_____ de la _____ no _____

El servicio de *Control para la Mujer no Gestante* se ocupa de la vacunación *Antitetánica* y de la profilaxis con *Vitamina A* para la mujer en edad fértil (15 a 49 años) y de la recogida de frotis vaginal para *Examen Citológico* con tinción de *Papanicolau*. Esta última actividad está dirigida a mujeres de 25 a 59 años.

Al servicio de *Planificación Familiar* pueden acudir tanto mujeres como hombres. En realidad este servicio está dirigido a la pareja. En el Cuaderno anotamos el sexo de la persona que está siendo atendida, el nombre del *Método* que comienza a utilizar o que está utilizando y el *Tipo de Usuaría o de Usuario*. Esta última definición hace referencia a la continuidad o no en el uso de un método anticonceptivo. Se contemplan cuatro tipos de usuarias o de usuarios: *Nueva(o), Activa(o), Continua(o) e Irregular*. Para los métodos *D.I.U., Píldora, Depoprovera y Condón* existen columnas específicas para el registro. Estos son los métodos más utilizados y que se contemplan en el IMAS del SNIS.

Dentro de las/los usuarias/os de *Métodos Naturales* se contemplan únicamente dos categorías: *Nuevas/os y Activas/os*.

En la columna *Otros Métodos* anotaremos el nombre de cualquier otro método empleado no incluido entre los cuatro citados anteriormente. Normalmente serán métodos definitivos como ligadura de trompas o vasectomía.

Se debe dar *Orientación y Consejería* a todas las personas que acuden al servicio de Planificación Familiar. Para recordárselo existe una columna (O/C) en el Cuaderno en la que usted señalará con una X el haber cumplido con este requisito.

Repasemos:

¿Recuerda usted tres actividades preventivas para la mujer no gestante que se realizan en este servicio?

Vacunación _____ Profilaxis con _____
_____ con tinción de Papanicolau

¿Recuerda los 4 tipos de métodos anticonceptivos modernos más utilizados?
_____ y _____

¿Y los cuatro tipos de usuarias/os? _____
_____ e _____

CONTROL DE LA MUJER NO GESTANTE

ANTITETÁNICA (NÚMERO DE DOSIS)

Una de las medidas profilácticas recomendadas a las mujeres en edad fértil es la inmunización contra el Tétanos. Por un lado, la mujer queda protegida de una posible infección por esta enfermedad. Por otro lado, si queda embarazada, el niño también queda inmunizado previniéndose de esta forma el Tétanos Neonatal, una de las complicaciones más letales para el recién nacido.

De acuerdo con la nueva pauta de inmunización antitetánica en uso, se considera que una mujer alcanza una protección suficiente para toda su vida fértil con cuatro dosis útiles. Con cinco dosis útiles queda protegida para toda la vida. No es necesario aplicar más de cinco dosis útiles. La utilidad de las dosis viene determinada por la separación temporal entre ellas.

La primera y la segunda dosis han de estar separadas entre ellas por lo menos un mes. Entre la segunda y la tercera dosis tiene que haber transcurrido al menos 1 año y no haber superado los 10 años. La separación entre las restantes dosis ha de ser similar a la que hay entre la segunda y tercera dosis: mínimo un año y máximo 10.

Toda esta información ha de quedar registrada en la Hoja de Historia para la Mujer no Gestante y éstas archivadas en la carpeta de Historia Clínica de la mujer. ¿Recuerda usted en que otro documento personal ha de quedar registrada esta información?

- _____ para la _____ no _____

Con esta información podremos saber si la mujer está protegida o no contra el Tétanos. En caso de que esté empezando su esquema de vacunación, se le aplicarán dos dosis separadas de un mes. Si ya ha recibido estas dosis hace más de 1 año le administraremos otra dosis de recuerdo que registraremos con su número de orden en la columna ____ de la variable *Antitetánica*.

RESUMEN

Es el *número de orden de la dosis* que se le está aplicando a la mujer en este control.

Es útil para saber la *proporción* de mujeres en edad fértil que han *cumplido totalmente* el esquema de *inmunización* propuesto *para el Tétanos*.

Existen 5 columnas para registrar el número de orden de la dosis que ha recibido en este control. Se anota *el número de orden (1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª) de la dosis* que se le está administrando en la *columna correspondiente*.

VITAMINA A

Otra de las *medidas profilácticas* para la mujer en edad fértil es la suplementación con *Vitamina A*.

Mediante este registro podemos conocer el *porcentaje de mujeres en edad fértil* que han recibido una dosis de *Vitamina A*. Es un indicador de la *eficacia* del programa de suplementación.

Si la mujer ha recibido la dosis de Vitamina A, *se señala* esta circunstancia *con una X* en esta columna.

EXAMEN CITOLÓGICO (PAP)

Otra de las *medidas profilácticas* para la mujer es la *detección temprana de cáncer cérvico-uterino*. Para ello se toma una muestra de exudado del cuello uterino de la mujer y se identifica el tipo de células después de haberlas teñido con la *técnica de PAPANICOLAU*. Este programa está destinado a mujeres entre 25 y 59 años.

En algunas ocasiones esta toma de muestra se realiza en el servicio de Control Prenatal. En cualquier caso han de evitarse repeticiones en el registro.

Mediante este registro podemos conocer el *porcentaje de mujeres* a las que se les ha *tomado la muestra* para Papanicolau. Es un indicador de la eficacia del programa de Detección de Cáncer Cérvico-uterino

Si a la mujer se le ha tomado una muestra para Papanicolau, anotaremos esta circunstancia con una *X en la columna PAP*.

RESUMEN DE AMBAS VARIABLES

Indica la circunstancia de si la *mujer en edad fértil* ha recibido o no la *profilaxis con Vitamina A* y si se le ha tomado una muestra para *Examen Citológico* por tinción de Papanicolau.

Nos es útil para conocer la *proporción de mujeres en edad fértil* que ha recibido la profilaxis con Vitamina A y la *proporción de mujeres* de 25 a 49 años a las que se les ha *tomado una muestra* para Papanicolau. Habla de la *eficacia* de estos Programas.

Si la mujer ha recibido la *Vitamina A*, se anota una *X* en la columna *Vit A*. Si a la mujer se le ha tomado una muestra para *Examen Citológico*, se anota una *X* en la columna *PAP*.

REMITIDA

Si en un control de mujer no gestante o de planificación familiar, en el que se realizan actividades preventivas, detectamos que la persona padece alguna enfermedad, la remitiremos a consulta externa o a un servicio de hospitalización para su estudio y tratamiento.

En un Puesto de Salud esta remisión es sólo formal ya que el mismo auxiliar procederá al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o la referirá a un establecimiento de nivel superior. En cualquiera de los casos deberá volver a registrar a la persona en el Cuaderno de consulta externa señalando el diagnóstico y tratamiento o especificando a que establecimiento la ha referido.

Decimos que una persona es *Remitida* cuando el facultativo detecta alguna patología y la remite a consulta externa o a un servicio de hospitalización. La patología diagnosticada quedará anotada en el Cuaderno del servicio al que ha sido remitida.

No se registran diagnósticos en el Cuaderno para el control de la mujer no gestante y la planificación familiar.

Se señala con una C o con una H en la columna correspondiente, según se remita a la persona a consulta externa o a hospitalización. En los puestos de salud y centros de salud sin hospitalización únicamente se podrá señalar con una C. Si se decide referirla a un establecimiento de nivel superior para su hospitalización, anotaremos la referencia en el Cuaderno de consulta externa

RESUMEN

Indica si la persona ha sido remitida por alguna patología. En caso de *detectarse alguna patología* con motivo de un control a una mujer no gestante o a una persona que acude a planificación familiar, se ha de *remitir a un servicio de consulta externa o de hospitalización*.

Es útil para recordarnos que hay que registrar las personas y las patologías diagnosticadas en el Cuaderno del servicio al que han sido remitidas.

Se señala con una *C* o con una *H* en la columna correspondiente según se remita a la persona a *consulta externa o a hospitalización*.

Hemos visto 3 variables sobre actividades preventivas destinadas a la mujer no gestante y la variable *Referida* que indica si una persona, hombre o mujer, a la que se le ha detectado alguna patología en un control preventivo o cuando acude a planificación familiar ha sido remitida a un servicio curativo.

Recuerde que las variables *Vitamina A (Vita)* y *Examen Citológico (PAP)* se señalan con una *X* en caso de que se administre la dosis de vitamina o se tome la muestra para examen.

En el caso de que a una mujer se le administre su tercera dosis de toxoide tetánico en el control que estamos realizando ¿Cómo registramos esta circunstancia?

Anotando el _____ de orden de la dosis recibida en la columna _____.

Si detectamos una patología en un hombre que acude a planificación familiar a recoger condones y lo referimos a consulta externa, anotaremos una _____ en la columna _____.

Repasemos las últimas cuatro variables que hemos visto.

Antitetánica

Es el _____ de orden de la _____ que se le está aplicando a la mujer en este control.

Es útil para saber la _____ de mujeres en edad fértil que han cumplido totalmente el esquema de _____ propuesto para el _____.

Existen 5 columnas para registrar el número de orden de la dosis que ha recibido en este control.

Se anota el número de orden (____, ____ , ____ , ____ o ____) de la dosis que se le está administrando en la _____ correspondiente.

Vitamina A

Indica la circunstancia de si la embarazada ha recibido o no la _____ con Vitamina A.

Nos es útil para conocer la _____ de _____ que ha recibido profilaxis con Vitamina A.

Si la mujer ha recibido la _____, se anota una X en esta columna.

Examen Citológico (PAP)

Indica la circunstancia de si a la embarazada se le ha tomado una _____ para _____ por Papanicolau.

Nos es útil para conocer la proporción de embarazadas a las que se les ha tomado una muestra para _____. Habla de la _____ del Programa.

Si a la mujer a la embarazada se le ha tomado una muestra para PAP, se anota _____ en esta columna.

Se remite a una persona a Consulta o a Hospitalización cuando en un control preventivo se detecta que tiene alguna patología.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Dentro de esta actividad distinguimos cuatro apartados:

Método Anticonceptivo Moderno

Método Anticonceptivo Natural

Otros Métodos

Orientación y Consejería

MÉTODO ANTICONCEPTIVO MODERNO

Es el tipo de método anticonceptivo que la/el usuaria/o empieza a utilizar a partir de ese control, o que ya está utilizando.

Categorías:

DIU: Inserción de un Dispositivo Intra-Uterino, normalmente una T de cobre

Píldoras: Entrega de ciclos de píldoras

Depoprovera: Inyección de una dosis de un anticonceptivo de larga duración

Condón: Entrega de condones.

Tipo de Usuaría/o: Indica si hay o no continuidad en el uso de un método anticonceptivo.

Categorías:

N (Usuaría/o Nueva/o): Persona que acude por primera vez en la vida a un servicio de planificación familiar en busca de un método anticonceptivo.

A (Usuaría/o Activa/o): Persona que ha utilizado, de manera continua, uno o más métodos anti-conceptivos, por un período de menos de 12 meses, y acude a control, reabastecimiento, o cambio de método.

C (Usuaría/o Continua/o): Persona que ha utilizado, de manera continua, uno o más métodos anti-conceptivos, por un período de 12 meses o más, y acude a control, reabastecimiento, o cambio de método.

I (Usuaría/o Irregular): Persona que ha utilizado algún método anticonceptivo de forma irregular, con abandonos periódicos de un mes o más.

En la columna correspondiente al Tipo de Usuaría/o, en alguno de los Métodos Anticonceptivos contemplados, se registra:

DIU: Si se ha insertado un DIU, se anota con una X

Píldoras: Si se han entregado ciclos de píldoras, se anota el número de ciclos

Depoprovera: Si se ha inyectado Depoprovera, se anota con una X

Condón: Si se han entregado condones, se anota el número de condones.

Si a una mujer se le ha insertado un DIU en el mes de febrero y acude a control en el mes de noviembre y comprobamos que el dispositivo está bien colocado ¿Cómo clasificamos a esta usuaria en el control de diciembre?

Usuaría _____

Una mujer comienza a tomar píldoras anticonceptivas por primera vez en su vida en el mes de marzo de 1996. Vuelve a control en diciembre del mismo año y dice haber abandonado el método tres semanas antes por efectos secundarios. Solicita que se le inserte un DIU, cosa que se le hace en ese mismo control. En mayo de 1997 vuelve a control y comprobamos que el DIU está en posición. En diciembre de 1997 vuelve a control y nos dice que cuatro meses antes se ha extraído el DIU por molestias y decide recomenzar la planificación familiar utilizando Depoprovera. ¿Cómo clasificaremos a la usuaria en cada uno de los controles?

- Marzo 1996 Usuaría _____
- Diciembre 1996 Usuaría _____
- Mayo 1997 Usuaría _____
- Diciembre 1997 Usuaría _____

En el primer caso clasificamos a la usuaria de Activa ya que lleva utilizando el método alrededor de 10 meses.

En el segundo caso, en el control de marzo 1996 clasificamos a la usuaria como *Nueva*, ya que comienza a utilizar un método por primera vez en su vida. Anotamos en *número de ciclos de píldoras* que se le han entregado en la columna *N* del apartado *Píldoras*. En diciembre de 1996, al no haber abandonado el método por un mes o más, y llevar alrededor de 9 meses utilizando un método anticonceptivo, la clasificamos como usuaria *Activa*. Como comienza a utilizar un DIU, la clasificaremos como activa para este método, señalándolo con una *X* en el apartado *A* del método *DIU*. Cuando vuelve en mayo de 1997 lleva utilizando un método anticonceptivo alrededor de 14 meses. No importa que haya cambiado de método, la consideramos una usuaria *Continua* de DIU y lo registramos con una *X* en la columna *C* de este método. En diciembre de 1997, al abandonar el método durante cuatro meses se convierte en una usuaria *Irregular*. ¿Para que método?

Si a un control de Planificación Familiar acude una pareja a recoger condones ¿Que anotaremos en la variable *Sexo*?

La inicial _____

En efecto, el método utilizado es el que define el sexo de la/el usuaria/o. En este caso anotaremos la inicial M.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO NATURAL

Indica si la persona ha utilizado algún métodos natural como ciclo, ciclo-temperatura, lactancia-amenorrea (MELA), retiro, etc.

Se consideran sólo dos categorías:

- N* (Nueva/o): Se considera nueva a la persona que acude por tercera vez solicitando asesoría para métodos de planificación familiar naturales y que afirma que está utilizando uno de estos métodos. Se anota una X en la columna "N".
- A* (Activa/o): Se considera activa a la persona que acude por cuarta vez solicitando asesoría para métodos de planificación familiar naturales y que afirma que está utilizando uno de estos métodos. Se anota una X en la columna "A".

Como podemos ver, sólo hay dos categorías de usuarias/os para los métodos naturales.

OTROS MÉTODOS

Indica los demás métodos no contemplados en los apartados anteriores. Pueden ser métodos quirúrgicos definitivos (ligadura de trompas, vasectomía) o temporales (supositorios , espuma...).

Se registra el método, el tipo de usuaria/o y, cuando corresponda, la cantidad de anticonceptivos entregados.

La oferta de métodos modernos no termina con los cuatro señalados anteriormente. Existe un gran número de métodos a disposición de las/os usuarias/as. No hemos nombrado ningún método considerado definitivo como la ligadura de trompas o la vasectomía. Este

apartado está destinado principalmente a los métodos definitivos aunque se puede registrar cualquier otro método

ORIENTACIÓN / CONSEJERÍA (O/C)

Indica si se ha ofrecido orientación y/o consejería a la persona. En todo control de planificación familiar se debe orientar y aconsejar a la persona, aclarando sus dudas.

Se señala con una *X* en esta columna si se ha dado orientación y consejería a la persona.

Es fundamental ofrecer orientación y consejería a las personas que vayan a utilizar algún tipo de método anticonceptivo. La entrega de métodos anticonceptivos sin un adecuado asesoramiento tiene muchas posibilidades de fracasar. El porcentaje de personas que han recibido orientación y consejería para planificación familiar ha de ser del 100%.

Repasemos algunos de los conceptos sobre planificación familiar que acabamos de ver.

¿Cuales son los cuatro métodos anticonceptivos modernos más utilizados?

En dos de estos métodos señalamos con una *X* si se insertado o aplicado el método. En los otros dos tenemos que registrar

el número de _____ de _____ entregados

el _____ de _____ entregados

El tipo de usuaria/o indica si hay o no _____ en el uso de un método anticonceptivo. Distinguimos cuatro tipos:

Dentro de los Métodos Naturales distinguimos dos tipos de utilizadores:

_____ y _____

Los métodos llamados definitivos se registran en el apartado _____
_____.

No olvide que es indispensable dar _____ y _____
especialmente a las/os usuarias/os nuevas/os.

¿Recuerda cuál es el tiempo mínimo que se tiene que interrumpir la utilización de
un método para decidir que no ha habido continuidad en la utilización del mismo?

¿Cuánto tiempo, de forma continuada, ha de ser utilizado uno o más métodos
anticonceptivos para considerar que un/a usuario/a es continuo/a?

6.1 Listar las variables y categorías contenidas en el Cuaderno para el
Control de la Mujer no Gestante y la Planificación Familiar.

Las dos variables de *Identificación de la Persona*, no estudiadas en el Capítulo
6, son

la _____ y el _____

Se registran datos sobre tres actividades preventivas para la mujer no gestante:

Vacunación _____

Profilaxis con _____

_____ (PAP)

Si la persona padece alguna enfermedad registramos si ha sido _____
a un servicio de consulta o de hospitalización.

En planificación familiar distinguimos 4 apartados:

_____ y _____

Destacamos cuatro métodos anticonceptivos modernos:

y cuatro tipos de utilizadores

Los otros dos apartados que incluye la planificación familiar son:

_____ y _____ / _____

Por último hay que registrar el *Número de Recibo de Ingreso*.

¿Recuerda cuáles son las otras *siete variables* vistas en el Capítulo 4?

- _____
- _____ de _____
- _____ de _____
- _____
- _____ de _____ en el Año
- _____ de _____ de _____
- _____

6.2. Edad

Definición

Edad son los *años que tiene cumplidos* la persona el día en que se realiza la consulta.

Categoría

Se establecen los siguientes *5 Grupos de Edad* (Intervalos):

menor de 15 años, de 15 a 19 años, de 20 a 34 años, de 35 a 49 años y de 50 y más años.

Utilidad

Junto con el Sexo, nos sirve para detectar *grupos de utilizadores(as)* del servicio, por *Edad y Sexo*.

Forma de registrarlo

Se registran los *años que tiene cumplidos* la persona en la columna del *Grupo de Edad que le corresponde*.

6.3. Sexo

Definición

El *sexo* de la persona es el establecido en el registro de nacimiento y el que consta en su documentación personal

Categoría

El *sexo* tiene dos categorías, _____ y _____.

Utilidad

Es útil para detectar *Grupos de Utilizadores(as)*

Forma de registrarlo

Se anota una M en la columna "M" (Masculino) o una F en la columna "F" (Femenino)

6.4. Antitetánica: Número de dosis

Definición

Es el *número de orden de la dosis* que se le está aplicando a la mujer en este control.

Utilidad

Es útil para saber la *proporción* de mujeres en edad fértil que han *cumplido totalmente* el esquema de *inmunización* propuesto *para el Tétanos*.

Forma de registrarlo

Existen 5 columnas para registrar el número de orden de la dosis que ha recibido en este control. Se anota *el número de orden (1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª) de la dosis* que se le está administrando en la *columna correspondiente*.

6.5. Vitamina A y 6.6. Examen citológico

Definición

Indica la circunstancia de si la *mujer en edad fértil* ha recibido o no la *profilaxis con Vitamina A* y si se le ha tomado una muestra para *Examen Citológico* por tinción de Papanicolau.

Utilidad

Nos es útil para conocer la *proporción de mujeres en edad fértil* que ha recibido la profilaxis con Vitamina A y la *proporción de mujeres* de 25 a 49 años a las que se les ha *tomado una muestra* para Papanicolau. Habla de la *eficacia* de estos Programas.

Forma de registrarlo

Si la mujer ha recibido la *Vitamina A*, se anota una *X* en la columna *Vit A*. Si a la mujer se le ha tomado una muestra para *Examen Citológico*, se anota una *X* en la columna *PAP*.

6.7. Remitida a

Definición

Indica si la persona ha sido remitida por alguna patología. En caso de *detectarse alguna patología* con motivo de un control a una mujer no gestante o a una persona que acude a planificación familiar, se ha de *remitir a un servicio de consulta externa o de hospitalización*.

Utilidad

Es útil para recordarnos que hay que registrar las personas y las patologías diagnosticadas en el Cuaderno del servicio al que han sido remitidas.

Forma de registrarlo

Se señala con una *C* o con una *H* en la columna correspondiente según se remita a la persona a *consulta externa o a hospitalización*.

Hemos visto 3 variables sobre actividades preventivas destinadas a la mujer no gestante y la variable *Referida* que indica si una persona, hombre o mujer, a la que se le ha detectado alguna patología en un control preventivo o cuando acude a planificación familiar ha sido remitida a un servicio curativo.

Recuerde que las variables *Vitamina A (VitA)* y *Examen Citológico (PAP)* se señalan con una *X* en caso de que se administre la dosis de vitamina o se tome la muestra para examen.

En el caso de que a una mujer se le administre su tercera dosis de toxoide tetánico en el control que estamos realizando ¿Cómo registramos esta circunstancia?

Anotando el _____ de orden de la dosis recibida en la columna _____.

Si detectamos una patología en un hombre que acude a planificación familiar a recoger condones y lo referimos a consulta externa, anotaremos una _____ en la columna _____.

6.8. Método anticonceptivo moderno Tipo de usuaria(o)

Nueva(o)

Activa(o)

Continua(o)

Irregular

Tipo de método

D.I.U.

Píldoras

Depoprovera

Condomes

6.9. Método anticonceptivo natural Tipo de usuaria

Nueva

Activa

6.10. Otros métodos

6.11. Orientación/consejería

Capítulo 7

CUADERNO DE CONTROL PRENATAL Y PUERPERIO

Objetivo General

Registrar correctamente los datos referentes a las variables contenidas en el Cuaderno de Control Prenatal y Puerperio.

Objetivos Específicos

Teóricos

7.1. Listar las variables y categorías contenidas en el Cuaderno de Control Prenatal y Puerperio

Definir, establecer la utilidad y explicar cómo se registran las siguientes variables:

- 7.2. Edad de la gestante (EDAD)
- 7.3. Controles prenatales nuevos (C. NUEVO)
- 7.4. Controles prenatales repetidos (C. REPETIDO)
- 7.5. Embarazo de alto riesgo obstétrico (ARO)
- 7.6. Profilaxis anemia - Número de tabletas (N TAB)
- 7.7. Profilaxis anemia - Primera entrega (1ª ENT)
- 7.8. Profilaxis anemia - 90 tabletas entregadas (90 TAB)
- 7.9. Antitetánica previa
- 7.10. Antitetánica actual
- 7.11. Suplementación con vitamina A (VIT A)
- 7.12. Muestra para Papanicolau (PAP)
- 7.13. Control postnatal
- 7.14. Remitida
- 7.15. Aborto incompleto

Prácticos

Registrar, con menos de un 1 % de errores u omisiones, información referente a las siguientes variables:

- 7.1p. Edad de la gestante (EDAD)

- 7.2p. Controles prenatales nuevos (C. NUEVO)
- 7.3p. Controles Repetidos (C. REPETIDO)
- 7.4p. Embarazo de alto riesgo obstétrico (ARO)
- 7.5p. Profilaxis anemia - Número de tabletas (N TAB)
- 7.6p. Profilaxis anemia - Primera entrega (1ª ENT)
- 7.7p. Profilaxis anemia - 90 tabletas entregadas (90 TAB)
- 7.8p. Antitetánica previa
- 7.9p. Antitetánica actual
- 7.10p. Suplementación con vitamina A (VIT A)
- 7.11p. Muestra para Papanicolau (PAP)
- 7.12p. Control postnatal
- 7.13p. Remitida
- 7.14p. Aborto incompleto

**VARIABLES Y CATEGORÍAS CONTENIDAS EN EL CUADERNO DE CONTROL
PRENATAL Y PUERPERIO**

| VARIABLE | CATEGORÍAS |
|--|--|
| 1. FECHA | |
| 2. N DE ORDEN | |
| 3. N HISTORIA CLÍNICA | |
| 4. PROCEDENCIA | Interna (I) Municipio (M) Distrito (D) Externa (E) |
| 5. EDAD | Menos de 15 años (< 15) de 15 a 19 años (15 - 19) de 20 a 34 años (20 - 34) de 35 a 49 años (35 - 49) 50 años y más (50 y +) |
| 6. C. NUEVO | Antes del 5 ^o mes (< 5 M) 5 ^o Mes y más (5 M y +) |
| 7. C. REPETIDO | Segundo (2) Tercero (3) Cuarto (4) Quinto y más (5 y +) |
| 8. ARO | |
| 9. PROFILAXIS ANEMIA - N TAB | |
| 10. PROFILAXIS ANEMIA - 1 ^a ENT | |
| 11. PROFILAXIS ANEMIA - 90 TAB | |

- | | | |
|-----|----------------------------------|------|
| 12. | ANTITETÁNICA PREVIA | Si |
| | | No |
| 13. | ANTITETANICA ACTUAL | 1a |
| | | 2a/R |
| 14. | VIT A | |
| 15. | PAP | |
| 16. | CONTROL POSTNATAL | I |
| | | R |
| 17. | REMITIDA | C |
| | | H |
| 18. | ABORTO INCOMPLETO | |
| 19. | REC INGR | |
| 20. | 1a S.R. | |
| 21. | OBSERVACIONES (COMPLIC MATERNAS) | |

Hay, por lo tanto, 21 variables diferentes a registrar en el Cuaderno de Control Prenatal y Puerperio.

La *Fecha, Número de Orden, Número de Historia Clínica, Procedencia, Recibo de Ingreso, Primera Consulta de Salud Reproductiva y Observaciones* ya han sido estudiadas con detenimiento en el Capítulo 4.

Vamos a intentar recordar las otras 14 variables de este Cuaderno.

Como en otros Cuadernos de Registro establecemos la *Edad* de la Gestante. El sexo, de momento, no es necesario establecerlo en este Cuaderno.

Al ser un Cuaderno de Control, se registran los *Controles Nuevos* y los *Controles Repetidos* que ha tenido la Gestante en ese embarazo.

En caso de ser un Embarazo de *Alto Riesgo Obstétrico (ARO)*, se registra en la columna correspondiente.

Se registran cuatro medidas preventivas realizadas durante el embarazo o antes: las dosis de *Antitetánica* administradas, la cantidad de comprimidos de *Sulfato Ferroso* entregados a la embarazada, si se ha suministrado *Vitamina A* y si se ha tomado muestra para *Papanicolau (PAP)*.

Registramos también los *Controles Postparto realizados*: en una columna se anotan los *Primeros Controles* y en otra el *Número de Control* que se está realizando, en caso de que sea un segundo control o posterior.

En el caso la paciente presente alguna patología, puede ser *Remitida a Consulta Externa o a Hospitalización*. En este caso, registraremos el Diagnóstico y el Tratamiento correspondiente en los respectivos Cuadernos.

El diagnóstico de un *Aborto Incompleto*, detectado en un control de embarazo, se registran en la columna correspondiente.

Repasemos ahora las *21 variables* que contiene el Cuaderno de *Control de Embarazo y Puerperio*.

Como en gran parte de los Cuadernos, lo primero que registramos es:

La _____, es decir, el _____, _____, y _____ en el que se realiza la actividad que se registra.

Registramos después el _____ de _____. Si es la primera actividad del mes, la registraremos con el número _____. Si es otra, la registraremos con el _____ siguiente al último número registrado.

El _____ de _____ coincide con el adjudicado a la Historia Clínica de la Gestante.

La Procedencia, como ya sabemos, es el lugar de _____
de la Gestante.

La _____ de la Gestante tiene que clasificarse en uno de los cinco grupos contemplados, antes de poderse registrar en el Cuaderno.

En la siguiente columna se registran los _____, previamente clasificados, según hayan sido realizados antes o después del quinto mes del embarazo.

En las columnas _____, se registra, en la columna correspondiente, qué número de control repetido se está realizando en este momento (2, 3, 4, 5 y más).

Si el embarazo que se está controlando es de Alto Riesgo Obstétrico, lo señalaremos en la columna _____.

Si la embarazada ha recibido su dosis profiláctica de _____ para la prevención de la anemia, se señalará en la columna correspondiente el número de comprimidos que se han entregado. Además, se registrará en la columna 1a ENT si las tabletas que se están entregando en el control constituyen la _____. Finalmente, si con la entrega presente se llega a las _____, se indicará en la columna 90 TAB.

En la columna _____, se indica si la paciente se encuentra o menos protegida contra el tétanos, por dosis recibidas en pasado.

En caso la mujer no esté protegida, en la columna _____ se registra el mes de embarazo en el cual la gestante recibe la _____ y/o la segunda dosis, o dosis de _____.

Si se ha suministrado suplementación con _____, se señalará con una X en la columna correspondiente.

Si se ha tomado una muestra para Papanicolau, se señalará con una X en la columna _____.

Si la mujer acude después del parto a controlarse, señalaremos esta circunstancia en la columna _____.

especificando si se trata del primer control o de un control repetido.

Si la paciente padece alguna patología, se señala en la columna correspondiente que ha sido _____ a Consulta Externa o a Hospitalización.

Si se detecta un _____, se señalará esta circunstancia en la columna correspondiente.

En la columna REC INGR se registra el número de recibo de _____ y/o el número de _____ de deudor, según los casos.

Si la paciente llega por primera vez en el año al establecimiento por una razón relacionada con salud reproductiva, se indica en la columna _____.

Por último, en la columna de Observaciones, el responsable del Servicio registra _____ que considere oportuna para la _____ directa de la _____ o para la _____ del _____.

¿Recuerda usted cuáles son las 7 variables que son comunes a casi todos lo Cuadernos de Registro?

— La _____.

— El _____ de _____.

— El _____ de _____.

— La _____.

— El _____ de _____.

— La _____ de _____.

— Las _____.

Las 21 variables a registrar en este Cuaderno son:

1. FECHA
2. NÚMERO DE ORDEN
3. NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
4. PROCEDENCIA
5. EDAD DE LA GESTANTE
6. CONTROLES NUEVOS
7. CONTROLES REPETIDOS
8. ARO
9. NÚMERO DE TABLETAS DE SULFATO FERROSO
ENTREGADAS
10. PRIMERA ENTREGA DE TABLETAS DE SULFATO
FERROSO
11. 90 TABLETAS DE SULFATO FERROSO ENTREGADAS
12. ANTITETANICA PREVIA
13. ANTITETÁNICA ACTUAL
14. VITAMINA A
15. PAPANICOLAU
16. CONTROL POSTNATAL
17. REMITIDA
18. ABORTO INCOMPLETO
19. RECIBO DE INGRESO
20. PRIMERA CONSULTA DEL AÑO DE SALUD
REPRODUCTIVA
21. OBSERVACIONES

EDAD

Se registra la edad de la gestante en años cumplidos. En este caso en vez que siete Grupos de Edad se delimitan cinco:

- Menos de 15 años
- de 15 a 19 años
- de 20 a 34 años
- de 35 a 49 años
- 50 y más años

Tanto el grupo de menores de 15 años como el de mayores de 35 son considerados como grupos a riesgo.

Se registra la edad en años cumplidos en la columna que le corresponde. Como ya sabemos, ésta es una variable que hay que clasificar antes de poderse registrar.

RESUMEN

Edad son los años que tiene cumplidos la gestante el día en que se realiza el Control.

Se establecen los siguientes 5 Grupos de Edad (Categorías): *menos de 15 años, de 15 a 19 años, de 20 a 34 años, de 35 a 49 años y de 50 y más años.*

Nos sirve para detectar embarazos de *Alto Riesgo Obstétrico* debidos a la edad de la gestante.

Se registran los años que tiene cumplidos la gestante en la columna del *Grupo de Edad que le corresponde.*

CONTROL NUEVO

Cuando una embarazada acude a control por primera vez durante su embarazo llamamos a este control *Control Nuevo*. Por lo tanto, *sólo* puede haber *un Control Nuevo por embarazo*.

Es conveniente que la embarazada acuda a Control desde el principio del embarazo. La influencia del medio como causa de malformaciones y otras deficiencias, es mayor en la primera mitad del embarazo. Por lo tanto, cuanto antes se capte a la embarazada menores serán los riesgos para el niño que va a nacer.

Establecemos *dos categorías en Controles Nuevos*, los realizados *antes del quinto mes* y los realizados *con cinco o más meses* de embarazo.

La proporción de embarazos captados *antes del quinto mes* es una medida de la *accesibilidad* (cultural, sobre todo) al Servicio o, para llamarlo de otra manera, de la aceptabilidad que tiene el Servicio por parte de la población y de la *información que poseen la mujeres* en edad fértil sobre el embarazo.

El cálculo del mes de gestación se hace a partir de la *Fecha de la Última Menstruación (F.U.M.)*. Este dato queda registrado en la Historia Clínica.

Como ya hemos dicho, *el Primer Control* se registra en este apartado, clasificado en «*antes del 5º mes*» o «*con 5 o más meses*». La suma de estas dos Categorías nos da el *total de Primeros Controles* realizados

RESUMEN

Llamamos *Control Nuevo* al *primer control* que realiza una embarazada para un embarazo determinado.

De acuerdo al *momento del embarazo* en que se realiza este Primer Control, lo clasificamos y registramos como realizado *antes del quinto mes* o a *partir del quinto mes* de embarazo.

Es útil para conocer la *Cobertura de Control Prenatal*, la proporción de embarazos captados *antes del quinto mes* y el *promedio de controles* por embarazo.

Se anota una X en la columna correspondiente.

CONTROL REPETIDO

Para llevar un *buen Control de un embarazo*, no sólo es importante *tomar contacto* con la embarazada en los *primeros meses* de gestación. Es necesario que haya una *continuidad* en estos Controles.

El Programa de Control Prenatal y Puerperio, que pretende *disminuir la morbimortalidad materna y perinatal*, establece que se realicen *al menos 4 controles por embarazo*. Obviamente el número de Controles va a depender de la precocidad con la que haya sido captada la embarazada.

Para conocer el *número de control* que está recibiendo una embarazada se lo podemos preguntar a ella, pero siempre hay un margen de error. Recuperar esta información del Cuaderno puede suponer un trabajo arduo si el volumen de Controles es alto. Es necesario, por lo tanto, de disponer de un documento personal para cada embarazada controlada. Hay dos documentos diseñados por el SNIS para este fin.

¿Recuerda usted cuáles son?

— Hoja de _____

— Carnet de _____ para el _____ y el _____

Si no lo recuerda repase el Objetivo 2.2. (Capítulo 2). Recuerde que no tiene que copiar la respuesta. Revise el objetivo cuantas veces sea necesario y después, sin mirar atrás, intente responder a la pregunta de arriba.

La *Hoja de Historia Clínica Perinatal (para la Mujer Gestante)* queda archivada con la carpeta de Historia Clínica que ha de existir en el Establecimiento Sanitario.

El otro documento, el *Carnet de Salud para el Embarazo y el Parto*, lo guarda la embarazada con ella. En caso de tenerse que desplazar durante el embarazo, el Servicio donde sea controlada dispondrá de toda la información necesaria

Con estos datos podemos conocer el *promedio de controles por embarazada* atendida. De igual forma podemos calcular el porcentaje de embarazadas que han sido *controladas 4 o más veces*.

Si la mujer acude por segunda vez en el mismo embarazo, anotamos un **2** en la *columna «2»*. Si acude por tercera vez, anotamos un **3** en la *columna «3»*. y si acude por cuarta vez un **4** en la *columna «4»*.

A partir de la quinta vez que acuda, anotamos el número de Control en la *columna «5 y +»*. Si es el quinto Control, anotaremos un 5 en esta columna, si es el sexto Control anotaremos un 6 y así sucesivamente.

RESUMEN

Se refiere al *número de Control* que se está realizando a la embarazada, dentro de un embarazo determinado.

Se establecen *cuatro categorías*: 2, 3, 4, 5 y +.

Nos sirve para saber el *promedio de controles por embarazada* y la *proporción* de embarazadas que han pasado *cuatro o más controles* en un mismo embarazo.

Se señala con el número apropiado en las columnas «2», «3», «4», o «5 y +».

EMBARAZOS DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (A.R.O.)

Algunos embarazos suponen un riesgo mayor para la salud de la embarazada y del futuro niño. La *pesquisa de estos embarazos* resulta *prioritario* para este Programa.

Consideramos *embarazos de Alto Riesgo Obstétrico (A.R.O.)*, de acuerdo con la definición dada por la S.N.S. en el documento «Historia Clínica Única e Instrumentos de Registro para la Atención de la Mujer y el Niño» a los siguientes:

1. Edad de la gestante de menos de 18 años o de más de 35.
2. Tres o más embarazos previos.
3. Último hijo menor de 15 meses.
4. Haber tenido en alguna ocasión un aborto, un parto prematuro, un hijo nacido muerto, un hijo muerto antes del mes, una cesárea o una toxemia.

En caso de detectarse alguna de estas circunstancias que implican un embarazo de A.R.O., *se anotará una X en la columna «A.R.O.»*. Esto se hará *únicamente* cuando se registre un *Control Nuevo*. Por supuesto que este dato, así como la causa que lo origina, estará convenientemente registrado en la hoja de *Historia Clínica Perinatal y en el Carnet de Salud para el Embarazo y el Parto*.

Sumando el número de embarazadas de Alto Riesgo Obstétrico controladas y comparándolo con el total de embarazadas con Primer Control obtenemos la proporción de embarazos A.R.O. en la población de embarazadas que asisten a Control.

RESUMEN

Existen una serie de *circunstancias* referentes a la *edad de la embarazada*, *el número y frecuencia de partos* y algunos antecedentes patológicos que determinan que el embarazo sea de *Alto Riesgo Obstétrico (A.R.O.)*.

Nos sirve para conocer la *proporción de embarazos de Alto Riesgo Obstétrico* sobre el total de embarazos controlados en este Servicio.

Se registrará una X en esta columna la *primera vez que se detecte el embarazo de A.R.O.* En los Controles sucesivos no lo volveremos a registrar.

PROFILAXIS ANEMIA

La alta prevalencia de Anemia Ferropénica entre las embarazadas en Bolivia, recomienda la *profilaxis sistemática* de las embarazadas con *Sulfato Ferroso*.

Se aprovecharán los *controles prenatales*, y cualquier otra circunstancia (visitas domiciliarias, actividades con la comunidad, etc.) para suministrar el *Sulfato Ferroso* a las embarazadas.

En este apartado se registra, en la *columna N TAB*, el *número de tabletas entregadas* a la mujer embarazada, durante el control prenatal o postnatal.

En la *columna 1ª ENT* se indica con la letra *P* si las tabletas que la mujer recibe durante el control constituyen la *Primera Entrega* durante el presente embarazo.

En la *columna 90 TAB* se registra una *C* (Completo) si con la presente entrega la mujer recibe el mínimo de 90 tabletas que constituyen, según norma, un *tratamiento completo* durante el embarazo.

Mediante este registro podemos saber qué *proporción* de las embarazadas controladas *está recibiendo por lo menos alguna tableta*, qué proporción está recibiendo su *profilaxis antianémica completa* y el *número medio de comprimidos* entregados por embarazada.

RESUMEN

Indica la circunstancia de si la embarazada ha recibido o no la *profilaxis antianémica con Sulfato Ferroso*.

Nos sirve para conocer la *proporción de embarazadas* que reciben por lo menos alguna tableta, la proporción de embarazadas que reciben un *tratamiento profiláctico completo* y el *número medio de comprimidos* por embarazada controlada.

En la *columna N TAB* se registra el *número de tabletas entregadas* a la embarazada durante el control actual.

En la *columna 1ª ENT* se registra una *P* cuando las tabletas que la embarazada recibe durante el control actual constituyen la *primera entrega*.

En la *columna 90 TAB* se anota una *C* cuando, con las tabletas entregadas durante el actual control, la embarazada llega a recibir *90 tabletas*.

TOXOIDE TETÁNICO

Una de las *medidas profilácticas* recomendadas a las embarazadas es la *inmunización contra el Tétanos*. Por un lado, la madre queda protegida de una posible infección durante el traumatismo del parto. Por otro lado, *el niño también queda inmunizado*, previniéndose de esta forma el Tétanos Neonatal, una de las complicaciones más letales para el recién nacido.

De acuerdo con la nueva pauta de inmunización antitetánica en uso, se considera que una mujer alcanza *una protección suficiente para su embarazo con tres dosis útiles*. Con *cinco dosis útiles* la protección *cubre toda la vida fértil* de la mujer. La utilidad de las dosis viene determinada por la separación temporal entre ellas.

La primera y la segunda dosis han de estar separadas de 1 mes. Entre la segunda y la tercera dosis tiene que haber transcurrido al menos 1 año. La separación entre las restantes dosis ha de ser de, al menos, un año.

En este apartado, la *columna Previa* se refiere a las vacunaciones que la embarazada ha recibido en pasado, antes del actual embarazo. Si la mujer ha recibido por lo menos tres dosis y no han pasado más de 10 años desde la última, se considera protegida y se registra una *S* en la columna *SI*, dejando vacías las casillas de las columnas Actual. En caso contrario, se marca una *N* en la columna *NO*.

Si la embarazada no está protegida, hay que vacunarla en ocasión de los controles prenatales. Si nunca recibió vacunas en pasado, se le administrarán *dos dosis*, con un intervalo mínimo de 30 días. En este caso, se anota, en la columna *I^a*, el *mes de gestación* en que se le administra la primera dosis y en la columna *2^a/R*, el mes de gestación en que le administramos la segunda dosis.

Sin embargo, si la embarazada recibió por lo menos tres dosis, pero pasaron más de 10 años desde la última dosis, *una dosis de refuerzo* será suficiente para protegerla durante el actual embarazo. Se dejará la casilla de la *columna I^a* vacía y se registrará en la casilla de la *columna 2^a/R* el mes de gestación en que se le administra la dosis.

RESUMEN

Se refiere a las *Dosis Útiles* que ha recibido la embarazada *a lo largo de su vida*.

En la *columna Antitetánica Previa* se registra información relacionada a las vacunas recibidas por la embarazada en pasado, antes del actual embarazo.

En la *columna Antitetánica Actual* se registra información en relación a las dosis que la embarazada eventualmente reciba durante el actual embarazo.

VITAMINA A

Otra *medida profiláctica* importante, durante el embarazo, es la *suplementación con vitamina A*.

En la *columna VIT A* se registra una *X* si la embarazada recibe, durante el control prenatal actual, la *dosis única de vitamina A*, según norma.

RESUMEN

Durante el embarazo, por norma se suministra a la embarazada una *dosis única de vitamina A*.

En la *columna VIT A*, se anota una *X* en la línea de registro correspondiente al control en el cual se ha suministrado la dosis.

PAPANICOLAU

Una última *medida profiláctica* de importancia fundamental, durante el embarazo, es la toma de una muestra de exudado para *citología por Papanicolau*. Esta prueba se practica en *mujeres entre 25 y 59 años*.

Si durante el control se ha tomado la muestra, se indica con una *X* en la *columna PAP*.

RESUMEN

En las *mujeres entre 25 y 59 años*, es importante tomar una muestra para *citología por Papanicolau*, durante el embarazo.

Se registra una *X* en la *columna PAP* en la línea de registro correspondiente al control durante el cual se sacó la muestra.

CONTROL POSTPARTO

El Programa de Control Prenatal y Puerperio establece que la mujer ha de ser *controlada, al menos una vez, después del parto*.

Para saber si esta norma se está cumpliendo, registramos en una columna *(1)* si ha sido *controlada una primera vez* y, en otra columna *(R)* el *número de Control* que supone el que estemos realizando, en caso de Controles repetidos.

Según esto, en la segunda columna no se podrá nunca registrar el número 1, ya que esta circunstancia (Primer Control Postparto) se registra siempre en la primera columna.

En la *primera columna (1)* se anota una *P* en caso de que el Control que estemos realizando *sea el primero* después del parto.

En la segunda columna *(R)* registraremos el *número* que se corresponda con el control que estemos realizando. Si es el segundo Control, anotaremos un 2, si es el tercero un 3 y así sucesivamente.

RESUMEN

Se registra en estas dos columnas cuando la mujer acude a *Control después del parto*

Nos sirve para conocer la *cobertura del primer Control* postparto y el *promedio de controles* por mujer atendida

En la columna *Primero (1)* se registra una *P* cuando la mujer acude por primera vez a Control postparto. En la *otra columna (R)* se registra el *número* que supone un determinado Control, para un mismo parto.

REMITIDA

En el Control de Embarazo y Puerperio se detectan mujeres con enfermedades. En estos casos se anota la inicial apropiada en la columna _____ y *se Remite* a la mujer a *Consulta Externa* o a *Hospitalización*.

Se dice que una mujer ha sido *Referida a* cuando es *enviada* a un *Establecimiento o Servicio de Nivel Superior*. En el primer caso hablamos de *Referencia Externa* y en el segundo de *Referencia Interna o Remisión*. Consideramos a la Consulta Externa y a la Hospitalización como Servicios de Nivel Superior a los Controles Preventivos.

No se contempla la posibilidad de *Referencia desde un Servicio Preventivo*. Un paciente detectado en un Servicio Preventivo ha de ser referido primero a un Servicio Curativo (Consulta u Hospitalización) antes de poder ser Referido a otro Establecimiento Sanitario. En los *Puestos de Salud sólo* cabe la posibilidad de *Referencia a Consulta Externa*.

Mediante el registro de esta variable se puede comprobar si todas las mujeres que padecen algún cuadro patológico (incluyendo el *Aborto Incompleto*, no lo olvide) han sido referidos a Consulta Externa o a Hospitalización. El *porcentaje de referidos sobre detectados* es un indicador de *Calidad de Asistencia*.

Si se remite a la paciente al servicio de *Consulta Externa*, se indica con una *C* en la *columna C*; si se remite a *Hospitalización* se registra una *H* en la *columna homónima*.

RESUMEN

Decimos que una mujer es *Remitida* desde el Servicio de *Control de Embarazo y Puerperio*, cuando es *enviada a Consulta Externa u Hospitalización* dentro del mismo Establecimiento Sanitario (*Referencia Interna*)

Hay, por lo tanto, *dos categorías: Consulta Externa y Hospitalización*.

La *Proporción de Referidas a* sobre el total de mujeres detectado con patología, es un indicador de la *Calidad de la Asistencia* prestada. Se anota una *C* en la *columna C* cuando se remite la paciente a *Consulta* y una *H* en la *columna homónima* cuando se remite a *Hospitalización*.

ABORTO INCOMPLETO

Durante un Control de Embarazo pueden detectarse *amenazas de aborto, abortos incompletos* (o en evolución) y abortos completos. Detectar amenazas de aborto y actuar en consecuencia, es uno de los objetivos de estos Controles Prenatales.

En estos casos se debe *referir a la mujer a consulta o a hospitalización* con el fin de confirmar el diagnóstico y establecer el tratamiento. En los Puestos de Salud esto puede ser un puro formalismo, ya que después de realizar el Control de Embarazo y registrar la información pertinente, el mismo auxiliar y en el mismo acto, procede a pasar consulta y a registrar los datos correspondientes en el Cuaderno de Consulta Externa.

Aunque se realicen de forma simultánea, hay que separar el Registro de las actividades preventivas de las curativas. Aunque suponga registrar dos veces algunas variables comunes, lo agradeceremos a la hora de realizar los resúmenes. Nos resultará más sencillo.

Se actúa de igual forma en caso de detectarse cualquier otra patología en la mujer, con motivo de un Control Prenatal.

En caso de detectarse un *aborto incompleto*, anotamos una *X* en esta columna y *remitimos* a la paciente a *Consulta u Hospitalización*. Anotamos esta referencia en la columna respectiva.

RESUMEN

Cuando se detectan *sangrados* en la primera mitad del embarazo, estos pueden ser debidos a un *Aborto Incompleto*.

Nos sirve para *contabilizar los abortos incompletos* detectados en el Servicio de Control de Embarazo y Puerperio que, por cualquier circunstancia, no hayan sido referidos a Consulta Externa o a Hospitalización. Se Registra una *X* en esta columna cuando se detecte un *Aborto Incompleto*.

Repasemos los conceptos teóricos de este Capítulo.

7.1. Listar las variables y categorías contenidas en el Cuaderno de y Puerperio

Control Prenatal

Este Cuaderno tiene _____ variables de las cuales siete son comunes a casi todos los Cuadernos de Registro. Aún con riesgo de aburrirle ¿Podría usted decirme cuáles son estas siete variables?

- la _____.
- el _____ de _____.
- el _____ de _____.
- La _____.
- El _____ de _____.
- La _____ de _____.
- Las _____.

En este Cuaderno se establecen _____ Grupos de Edad. Recuerde que la variable Edad ha de ser _____ antes de poderse registrar.

En los dos siguientes apartados registramos el tipo de _____.

En el primero clasificamos los Controles _____ en dos grupos:

- _____ del _____.
- al _____ y más.

En el segundo, se registra el número del control en la columna correspondiente al Control realizado

En la siguiente columna señalamos con una X los embarazos de _____ (_____) detectados en un Control de Embarazo.

Los cuatro siguientes apartados se refieren a las acciones profilácticas realizadas durante los controles:

- la _____ de _____.

— la _____.

— la _____ con _____.

— la _____ de _____.

En el primero habrá que registra la información correspondiente a las entregas de tabletas de sulfato ferroso. En el segundo se anotarán los datos relacionados con las dosis de antitetánica recibidas por la embarazada antes y durante el actual embarazo. En el tercero y en el cuarto se registra una X si la embarazada, durante el control, ha recibido su dosis de vitamina A o se le ha tomado una muestra.

Este Cuaderno se llama de Control Prenatal y Puerperio. De momento sólo hemos hablado del primero. Habrá, por lo tanto que registrar también algo referente al _____.

Ya hemos dicho que las pacientes que sufren alguna patología (incluido el aborto incompleto) han de ser _____ a _____ u _____. Si se precisa referir a la paciente a otro Establecimiento, se registrará este dato en el Cuaderno de Consulta o de Hospitalización.

La única patología que registramos en este Cuaderno (y no siempre) es el _____.

Por último,

Definir, establecer la utilidad y explicar cómo se registran las siguientes variables:

7.2. *Edad*

Edad son los _____ *que tiene* _____ la gestante el día en que se realiza el Control

Se establecen ____ *Grupos de Edad* (Categorías)

Menos de ____ *años, de 15 a* ____ *años, de 20 a* ____ *, de* ____ *a 49 y de* ____ *y más años.*

Nos sirve para detectar embarazos de _____
_____ debidos a la edad de la gestante.

Se registran los *años que tiene* _____ la gestante en la columna del
_____ *de* _____ *que le corresponde*.

7.3. *Control Nuevo*

Llamamos *Control Nuevo* al _____ Control que realiza una embarazada para un embarazo determinado.

De acuerdo al momento del embarazo en que se realiza este Primer Control, lo _____ y _____ como realizado antes del _____ mes o a partir del _____ mes de embarazo.

Es útil para conocer la _____ de Control Prenatal, la proporción de embarazos _____ antes del _____ mes y el _____ de Controles por embarazo.

Se anota una X en la columna correspondiente.

7.4 *Control Repetido*

Se refiere al _____ de Control que se está realizando a la _____ embarazada, dentro de un embarazo determinado.

Se establecen _____ categorías: 2, 3, 4 y 5 y más.

Nos sirve para saber el _____ de *Controles por embarazada* y la proporción de embarazadas que han pasado _____ o más Controles en un mismo embarazo.

Se señala con el número de control en la columna correspondiente.

7.5. ARO.

Existen una serie de circunstancias referentes a la edad de la embarazada, el número y frecuencia de partos y algunos antecedentes patológicos que determinan que el embarazo sea de *Alto Riesgo Obstétrico (ARO.)*.

¿Recuerda cuáles son los tres primeros criterios para clasificar a un embarazo como de Alto Riesgo Obstétrico?

Le vamos a decir el primero:

- 1.- Edad de la gestante de menos de 18 años o de más de 35.
- 2.- _____ o más embarazos _____.
- 3.- _____ hijo menor de ____ meses.

No vamos a pedirle que se acuerde del cuarto punto. Es muy largo. Se lo vamos a recordar.

- 4.- Haber tenido en alguna ocasión un aborto, un parto prematuro, un hijo nacido muerto, un hijo muerto antes del mes, una cesárea o una toxemia.

No olvide mirar este listado de causas cada vez que realice un Control Nuevo. Terminará aprendiéndoselas. Pero ante cualquier duda, no dude en consultar el listado.

Nos sirve para conocer la _____ de embarazos de _____ sobre el total de embarazos controlados en este Servicio.

Se registrará una *X* en esta columna la _____ que se detecte el embarazo de ARO. En los controles sucesivos no lo volveremos a registrar.

7.6. Profilaxis de Anemia

Indica la circunstancia de si la embarazada ha recibido o no la _____ con *Sulfato Ferroso*

Nos sirve para conocer el número _____ entregados por embarazada, la _____ de embarazadas que reciben *por lo menos algunas tabletas* y el porcentaje de embarazadas que reciben las _____ recomendadas para el embarazo.

7.7. *Antitetánica*

Indica si la mujer está _____ contra el _____ por dosis recibidas *en pasado*, o si recibe _____ o dos _____ durante el _____ *actual*.

Es útil para saber la proporción de mujeres controladas que han cumplido totalmente el esquema de inmunización propuesto para el Tétanos.

Se anota en la columna _____ si la mujer puede considerarse protegida o no, por dosis recibidas en _____.

Se anota en la columna _____ si la mujer recibe una o _____ dosis durante el actual embarazo. Se registra el _____ de embarazo en el que la mujer está recibiendo su _____.

7.8. *Vitamina A*

Indica la circunstancia de si la embarazada ha recibido o no la _____ con *Vitamina A*.

Nos es útil para conocer la _____ de _____ que ha recibido o no la profilaxis con Vitamina A.

Si la mujer ha recibido la _____, se anota una *X* en esta columna.

7.9 *PAP*

Indica la circunstancia de si a la embarazada se le ha tomado una _____ *para Papanicolau*.

Nos es útil para conocer la proporción de embarazadas a las que se les ha tomado una muestra para _____. Habla de la _____ del Programa.

Si a la mujer, a la embarazada, se le ha tomado una muestra para PAP, se anota _____ en esta columna.

7.10. *Control Postparto*

Se registra en estas dos columnas cuando la mujer acude a *Control* _____ *del* _____.

Nos sirve para conocer la _____ del Primer Control postparto y el _____ de Controles por mujer atendida.

En la columna Primero (1) se registra un *X* cuando la mujer acude por primera vez a Control Postparto. En la columna de los controles repetidos (R) se registra el _____ que supone un determinado _____, para un mismo parto.

7.11. *Remitida*

Decimos que una mujer es *Remitida* desde el Servicio de *Control de Embarazo y Puerperio*, cuando es *enviada a* _____ *u* _____ dentro del mismo Establecimiento Sanitario (*Referencia Interna*).

Hay, por lo tanto, *dos categorías: Consulta Externa (C) y Hospitalización (H)*.

La _____ de _____ sobre el total de mujeres detectado con patologías, es un indicador de la _____ *de la* _____ prestada.

Se anota una *C* en la columna *Consulta* u una *H* en la columna *Hospitalización* según al lugar a *donde se haya remitido a* la mujer.

7.12. *Aborto Incompleto*

Cuando se detectan *sangrados* en la primera mitad del embarazo, estos pueden ser debidos a un _____.

Nos sirve para contabilizar los *abortos incompletos* _____ en el Servicio de Control de Embarazo y Puerperio que, por cualquier circunstancia, no hayan sido _____ a Consulta Externa o a Hospitalización.

Se Registra una *X* en esta columna cuando se detecte un Aborto Incompleto.

Capítulo 8

CUADERNO DE PARTOS Y RECIÉN NACIDO

Objetivo general

Registrar correctamente los datos referentes a las variables contenidas en el Cuaderno de Parto y Recién Nacido.

Objetivos específicos

Teóricos

8.1. Listar las Variables y Categorías contenidas en el Cuaderno de Parto y Recién Nacido

Definir, delimitar las Categorías, establecer la utilidad y explicar cómo se registran las siguientes Variables:

8.2. Edad de la Madre

8.3. Atención al Parto

8.4. Referida de

8.5. Boleta de Referencia

8.6. Contra-Referida a

8.7. Edad Gestacional

8.8. Tipo de Parto

8.9. Muerte Materna

8.10. Número de Productos

8.11. Peso/Condición al Nacer

8.12. Sexo

8.13. Muerte Postparto del Recién Nacido (Causa)

8.14. Referida a

8.15. Número de Boleta de Referencia

8.16. Contra-Referida de

Prácticos

Registrar, con menos de un 1% de errores u omisiones, información referente a las siguientes variables:

8.1p. Edad de la Mujer

8.2p. Atención al Parto

8.3p. Referida de

8.4p. Boleta de Referencia

8.5p. Contra-Referida a

8.6p. Edad Gestacional

8.7p. Tipo de Parto

8.8p. Muerte Materna (Causa)

8.9p. Número de Productos

8.10p. Peso/Condición al Nacer

8.11p. Sexo

8.12p. Muerte Pstparto del Recién Nacido

8.13p. Referida a

8.14p. Número de Boleta de Referencia

8.15p. Contra-Referida de

VARIABLES Y CATEGORÍAS CONTENIDAS EN EL CUADERNO DE PARTO Y RECIÉN NACIDO

| VARIABLE | CATEGORÍAS |
|---|--|
| 1. FECHA | |
| 2. NÚMERO DE ORDEN (N DE ORDEN) | |
| 3. NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (N HISTORIA CLÍNICA) | |
| 4. PROCEDENCIA | |
| 5. EDAD DE LA MUJER | — <i>menos de 15 años</i> — <i>de 15 a 19 años</i> — <i>de 20 a 34 años</i> — <i>de 35 a 49 años</i> — <i>de 50 y más años</i> |
| 6. ATENCIÓN AL PARTO (ATENC AL PARTO) - Institucional (I) | - <i>Domiciliario (D)</i> - <i>Partera Capacitada (P)</i> |
| 7. REFERIDA DE (LOCALIDAD/NOMBRE Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO) | |
| 8. BOLETA DE REFERENCIA (BOL) | |
| 9. CONTRA-REFERIDA A (CR A) | |
| 10. EDAD GESTACIONAL , en semanas (EDAD GEST) | |
| 11. TIPO DE PARTO | <i>Vaginal</i> |

Cesárea

12. MUERTE MATERNA (CAUSA Y CÓDIGO)

13. NÚMERO DE PRODUCTOS (NUM PROD)

| | | |
|-----------------------------|---------------|--------|
| 14. PESO/CONDICIÓN AL NACER | MENOS 2500 g. | Vivo |
| | | Muerto |
| | 2500 g. y MÁS | Vivo |
| | | Muerto |

15. SEXO

Masculino (M)

Femenino (F)

16. MUERTE POSTPARTO DEL RECIEN NACIDO (CAUSA Y CÓDIGO)

17. REFERIDA A

Tipo de Establecimiento:

—*Centro de Salud (C.S.)*

—*Centro de Salud-Hospital (C.S.H.)*

—*Hospital de Distrito (H.D.)*

—*Hospital 3er Nivel (H III)*

18. NÚMERO DE BOLETA DE REFERENCIA

19. CONTRAREFERIDA DE

20. NÚMERO DE RECIBO DEL INGRESO

21. OBSERVACIONES

Hay, por lo tanto, 21 Variables diferentes a registrar en el Cuaderno de Parto y Recién Nacido.

Como las variables de *Fecha, Número de Orden, Número de Historia Clínica, Procedencia, Recibo de Ingreso, primera Visita de Salud*

Reproductiva y Observaciones, ya fueron estudiadas con detenimiento en el Capítulo 4, en éste sólo repasaremos la forma de registrarlas.

Pero primero intentemos recordar las otras 14.

En primer lugar clasificamos, antes de registrar, la _____ de la mujer en cualquiera de los **cinco grupos** establecidos.

La Atención al Parto hace referencia al lugar y a la persona donde se ha atendido el parto. Este puede ser _____ (I), _____ (D) atendido por personal institucional o atendido por _____ capacitada (P).

Hay tres Variables para registrar datos cuando una mujer nos llega enviada de otro Establecimiento Sanitario. Estas Variables son:

— _____ (Localidad/Nombre y Tipo).

— _____ de _____.

— _____ a _____.

Al ser un **Cuaderno de Parto**, registramos el _____ de _____.
Reseñamos también la _____ de la mujer en el momento del parto.

Registramos después la causa de la _____ en caso de que ésta acontezca durante el parto.

Si el parto es gemelar registramos el _____ de _____.

Seguidamente se registran **tres Variables** referentes al **Recién Nacido**. Vuelva a leerlas y registre, aquí debajo, las que se acuerde. No olvide hacerlo con lápiz.

— Peso/Condición al _____

— _____.

— _____ del Recién Nacido (Causa y Código).

Si *enviamos* a la mujer a *otro establecimiento* sanitario, registraremos el *Nombre de establecimiento y la Localidad* en la Variable _____, el _____ y el _____ de _____ de referencia en la casilla correspondiente. En el apartado *Contrareferido a* registramos si la mujer ha sido devuelta al establecimiento que la remitió con una boleta de _____ o con un informe.

EDAD (en años) DE LA MADRE

Se registra la *edad de la gestante en años cumplidos*. en la columna del Grupo de Edad que corresponda:

- *Menos de 15 años*
- *de 15 a 19 años*
- *de 20 a 34 años*
- *de 35 a 49 años*
- *de 50 y más años*

Tanto el grupo de *menores de 20* años (menores de 15 y de 15 a 19 años) como el de *mayores de 35 años* (de 35 a 49 años y de 50 y más años) son considerados como grupos de *Riesgo Obstétrico*.

Se registra la *edad en años cumplidos* en la columna que le corresponde. Como ya sabemos, ésta es una Variable que hay que *clasificar antes de poderse registrar*.

RESUMEN

Edad son los años que tiene cumplidos la gestante el día del parto.

Se establecen los siguientes 5 Grupos de Edad (Categorías): menos de 15 años, de 15 a 19, de 20 a 34 años y de 35 a 49 y de 50 y más años.

Nos sirve para detectar los partos con Riesgo Obstétrico debidos a la edad de la gestante.

Se registran los años que tiene cumplidos la gestante en la columna del Grupo de Edad que le corresponde.

ATENCIÓN AL PARTO

En este Cuaderno se registran tanto los nacimientos ocurridos en el establecimiento sanitario como los nacimientos extrainstitucionales atendidos por personal de salud. Puede utilizarse un Cuaderno para el paritorio y otro para los partos atendidos fuera o utilizarse el mismo Cuaderno para los dos casos. En este supuesto habrá que especificar dónde se ha atendido el parto.

El parto puede ser atendido y, por lo tanto el nacimiento puede ocurrir, en un *establecimiento sanitario, en el domicilio o en otro sitio*. Al primer caso le llamamos *Parto Institucional (I)* y al segundo *Parto Domiciliario (D)*.

En el apartado *P* anotamos una P si la mujer fue atendida por una *Partera Capacitada*

La *proporción de partos institucionales* y de *Partos Atendidos por Personal Capacitado* son indicadores de *Calidad de la Asistencia al Parto*.

Se anota la inicial *I, D o P* en la columna correspondiente al lugar en el que ocurrió el nacimiento: Institucional, Domiciliario o por Partera Capacitada.

RESUMEN

Se refiere a la Persona y al Lugar físico en el que se produce el parto. Puede ser un Establecimiento Sanitario (Institucional), un hogar atendido por personal institucional (Domiciliario) o ser atendido por una Partera Capacitada.

Nos sirve para conocer la proporción de Nacimientos Institucionales y atendidos por Personal Capacitado.

Es un indicador de la Calidad de Asistencia al Parto.

Se registra la inicial I, D o P en la columna correspondiente: Institucional., Domiciliario o por Partera Capacitada.

REFERIDA DE, BOLETA DE REFERENCIA, CONTRAREFERIDA A

Ya hemos visto que el Sistema de Referencia y Contra-referencia de Personas consta de 6 Variables. En tres de ellas se registran datos sobre Referencias desde otro Establecimiento Sanitario de nivel inferior y en las otras tres, datos sobre la Referencia de las personas que envía el Establecimiento Sanitario (Puesto, Centro de Salud u Hospital de Distrito) a niveles superiores.

En este apartado se registran datos de *las mujeres que llegan al Centro de Salud o al Hospital de Distrito referidos por Establecimientos Sanitarios de*

nivel inferior. Si la mujer no ha sido referido por nadie, no se registrará nada en este apartado.

Si la mujer ha sido referido por otro Establecimiento Sanitario se registrará, en la primera columna de «**Referido de**», las **Iniciales del Tipo de Establecimiento Sanitario** y, en la segunda, el nombre de la **localidad de la que ha sido referido** la mujer.

En la columna «**Boleta de Referencia**» marcaremos una **X** en la columna «**Con**» si la mujer que **llega referido** lo hace **con una Boleta de Referencia**.

En la columna **CRF** marcamos con una **X** si hemos devuelto a la mujer al establecimiento o persona que la remitió con una boleta de contrareferencia.

Con estos datos podremos saber **de qué Establecimientos nos llegan pacientes referidos** y la **proporción** de los mismos **que llegan con la «Boleta de Referencia** y la proporción que son devueltos con boleta de **Contrareferencia»**.

Por lo tanto, el Registro de estos datos es útil para saber **de qué Establecimientos Sanitarios nos llegan pacientes referidos** y qué **proporción** de los mismos lo hacen **con Boleta de referencia** y son devueltos con boleta de Contrareferencia. Nos puede servir también para conocer qué proporción de pacientes referidos llegan a su destino. Esta última información no será motivo de la primera fase de implantación de este Subsistema. De momento nos limitaremos a conocer el **porcentaje de pacientes que llegan y son devueltos con su Boleta**.

A los **Centros de Salud** pueden llegar pacientes **remitidos de Puestos de Salud y de R.P.S.**

A los **Centros de Salud-Hospital** pueden llegar pacientes **remitidos por R.P.S., Puestos de Salud y de otros Centros de Salud** que no dispongan de Hospitalización.

A los **Hospitales de Distrito** pueden llegar pacientes de todos los niveles citados anteriormente. En el **Tipo de Establecimiento Sanitario**, registraremos la **Iniciales del Tipo de Establecimiento** y en **Localidad**, el nombre de la localidad donde trabaja el R.P.S o donde está ubicado el Establecimiento Sanitario que refiere al paciente.

RESUMEN

Decimos que un paciente es Referido de cuando viene al Centro de Salud u Hospital Distrital porque ha sido enviado por otro Establecimiento Sanitario de nivel inferior. Puede venir con una Boleta de Referencia Contra-referencia o sin ella.

En Tipo de Establecimiento Sanitario que refiere al paciente podemos establecer las siguientes categorías:

- Responsable Popular de Salud (R.P.S.)*
- Puesto de Salud (P.S.)*
- Centro de Salud (C.S.)*
- Centro de Salud Hospital (C.S.H.)*

Es útil para conocer de dónde vienen referidos los pacientes y qué proporción de los mismos vienen y vuelven con la Boleta.

Se registran las Iniciales del Tipo de Establecimiento que Refiere al paciente y el nombre de la Localidad de la que vienen referidos. Se anota una X en la columna «Con» si viene con la Boleta de Referencia y una X en la columna CRF si vuelve con la Boleta de Contrareferencia.

EDAD GESTACIONAL (Semanas)

Se refiere al *número de semanas de gestación* de la mujer en el momento del parto.

Las semanas de gestación empiezan a contarse a partir de la *Fecha de la Última Regla (F.U.R.)*. A partir de este dato, podemos clasificar al producto dentro de una de las siguientes *categorías*:

| | |
|----------------------|------------------|
| — Hasta la semana 20 | Aborto (Embrión) |
| — De la 21 a la 28 | Feto inmaduro |
| — De la 29 a la 37 | Feto prematuro |
| — De la 38 a la 42 | Feto maduro |
| — Más de la 42 | Feto postmaduro |

A partir de aquí podremos establecer *indicadores de prematuridad, de aborto y otros* precisados en la investigación de *factores de riesgo en el parto*.

Se calcula el *número de semanas transcurridas desde la última regla* y se anota en esta casilla.

RESUMEN

Se refiere al número de semanas transcurridas desde la Fecha de la Última Regla (F.U.R.).

Las categorías contempladas se establecen en la etapa del procesamiento de datos.

Es útil para determinar el porcentaje de abortos, partos prematuros, a término y postérmino.

Se registra el número de semanas transcurridas desde la última regla en la columna correspondiente.

TIPO DE PARTO

La variable ***Tipo de Parto*** se refiere a si el parto se ha producido de forma natural, es decir, el niño ha nacido por ***vía vaginal*** o si ha sido necesario practicar una ***cesárea***.

El número de partos con cesárea en nuestro medio es bastante elevado.

Obtenemos de esta Variable el ***porcentaje de partos por vía vaginal*** y su complementario, el ***porcentaje de partos*** en los que se ha realizado ***cesárea***.

La variable tiene dos columnas, una para cada categoría. Se registra la ***inicial V o C*** en la columna que corresponda, ***Vaginal (V) o Cesárea (C)***.

RESUMEN

El tipo de parto hace referencia a la vía por la que se ha resuelto el parto.

Distinguimos dos categorías en esta variable: vía vaginal o cesárea.

Es útil para conocer la proporción de los partos atendidos que han sido resueltos por cesárea.

Se anota la inicial V o C en la columna correspondiente.

MUERTE MATERNA (CAUSA y CÓDIGO)

Sabemos que la *Muerta Materna* es la que se debe a causas relacionadas con el *embarazo, el parto o el puerperio*. Las registradas en este Cuaderno son las que acontecen durante el *parto o el puerperio inmediato*. Las muertes que acontecen en el puerperio tardío, si son hospitalarias, quedarán registradas en el Cuaderno de Hospitalización. Si son extra-hospitalarias, se registran en el Cuaderno de Hechos Vitales.

Debido a la importancia de la *Mortalidad Materna* como *indicador* del *estado de salud* de la población y del *funcionamiento del sistema sanitario*, hay que *evitar* tanto el *subregistro* como la *duplicación de datos*. Los datos registrados en el paritorio no volverán a registrarse en el Cuaderno de Hospitalización, o al menos, no se contabilizarán al hacer los resúmenes de este Cuaderno.

Si la *muerte* acontece *en el paritorio*, por *causas debidas al parto o al puerperio inmediato*, anotamos la causa en esta casilla. En una etapa posterior registramos el Código CIE.

RESUMEN

Muerte Materna es la que se produce por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio.

La Mortalidad Materna es un indicador tanto del estado de salud como del funcionamiento del sistema de salud.

Si la muerte se ha producido por causas relacionadas con el parto o el puerperio inmediato, se anotará la causa en este apartado.

Revisemos lo que hemos visto hasta ahora.

Las *cuatro primeras variables* son *comunes* a casi todos los Cuadernos de Registro. ¿Recuerda usted cuáles son?

- La _____.
- El _____ de _____.
- El _____ de _____.
- La _____.

Seguidamente registramos la _____ de la _____. Primero tenemos que *clasificar* la Variable en uno de los _____ *grupos de edad* contemplados

¿Recuerda cuáles son estos grupos?

- *Menos de* _____ años
- *de* _____ a _____ años
- *de* _____ a _____ años
- *de* _____ a _____ años
- *Más de* _____ años

Esta Variable es *útil* para detectar los partos de _____. Se registran los _____ *cumplidos* por la gestante el día del parto. Antes de registrar este dato hay que _____ en alguno de los _____ *grupos de* _____ contemplados.

A continuación se registra el tipo de Atención al Parto que se ha proporcionado. El parto ha podido ser atendido en un establecimiento sanitario. Es un parto _____ (I). Si es atendido en el domicilio por personal de salud lo llamamos parto _____ (D). Puede también ser atendido en la comunidad por una _____ (P).

La siguiente Variable se refiere a las **referencias de gestantes desde otros lugares**. ¿Puede usted decirme desde dónde pueden llegar mujeres referidas a un Hospital de Distrito?

— _____ de _____ (R.P.S.)

— _____ de _____ (P.S.)

— _____ de _____ (C.S.)

— _____ de _____ (C.S.H.)

Además de las iniciales del tipo de Establecimiento (o R.P.S.) **que refiere** al paciente, registramos también la _____ o el Nombre del Establecimiento (si tiene alguno).

La siguiente Variable es la _____ que se mide **en semanas** desde la _____ de la _____.

La Variable **Tipo de Parto** tiene dos categorías: _____

Si la mujer muere durante el parto registramos la causa del fallecimiento en el apartado _____ Posteriormente registraremos el Código.

Todas las Variables vistas hasta ahora se refieren a la madre. Vamos a ver ahora **cuatro Variables** que describen **características del producto**:

Número de Productos

Peso/Condición al Nacer

Sexo

Muerte Postparto del Recién Nacido (Causa y Código)

NÚMERO DE PRODUCTOS

Se registra en este apartado el número de productos del parto. Normalmente será uno ("1") pero en caso de parto gemelar el número de productos es de dos ("2") o más.

Si hay más de un producto, registraremos los datos correspondientes a cada uno de los Recién Nacidos en una fila independiente. Utilizaremos un mismo número de orden para todos los productos ya que el número de orden nos indica el número de partos y no el de productos.

La suma del número de productos nos informa del número de Recién Nacidos del mes. Tiene que coincidir con el número de datos referentes a Recién Nacidos: Peso/Condición al Nacer y Sexo.

RESUMEN

Se refiere al número de Recién Nacidos producto de un parto.

Nos sirve para conocer el número de Recién Nacidos en el Mes.

Se registra el número de recién nacidos (vivos o muertos) producto del parto. Si el parto es simple anotamos un "1".

PESO/CONDICIÓN AL NACER

El niño puede ***nacer vivo o muerto***. Si el niño, después del nacimiento presenta algún signo de vida, será registrado como vivo aunque muera inmediatamente después de nacer.

En este último caso anotaremos la causa (si se la conoce) en el apartado ***Muerte Postparto del Recién Nacido***.

Una vez nacido el niño, este vivo o muerto, lo pesamos y ***anotamos su peso en gramos en la Historia Clínica Perinatal***.

Si el niño pesa menos de 2 500 gr, transcribimos su peso a este apartado (Menos 2500 g.), en el sub-apartado Vivo o Muerto, de acuerdo a su Condición al Nacer.

Si el niño pesa 2 500 gr o más, transcribimos su peso a este apartado (2500 g. y MÁS), en el sub-apartado Vivo o Muerto, de acuerdo a su Condición al Nacer.

Estos datos nos ***sirven*** para conocer el ***porcentaje de mortinatos según el peso al nacer*** entre los nacimientos registrados.

Si el parto es múltiple, utilizamos una línea de registro para cada Recién Nacido.

Uno de los ***objetivos del Control Prenatal*** es la ***disminución de los nacimientos de bajo peso***. La ***proporción de niños de bajo peso al nacer*** nos habla de la ***efectividad de este Programa***.

RESUMEN

Se refiere a si el niño ha nacido Vivo o Muerto y al Peso al Nacer.

Las cuatro categorías contempladas son, por lo tanto, Peso menor a 2500 gr. y Nacido Vivo o Muerto; Peso igual o mayor de 2500 gr. . y Nacido Vivo o Muerto

Nos sirve para conocer el porcentaje de Mortinatos según el peso al nacer

Se registra el peso en gramos en la columna correspondiente.

SEXO

El sexo del recién nacido lo establece el responsable del Registro de Nacimiento, ya sea éste un Registro sanitario o civil.

Nos sirve para obtener el *Índice de Masculinidad* (o de *Feminidad*) de los nacimientos.

Como en los demás Cuadernos de Registro, se anota la inicial **M** o **F** en la columna **M** o **F**, según el(la) niño(a) sea de sexo **Masculino** o **Femenino**.

RESUMEN

El sexo del recién nacido lo establece el responsable del Registro de nacimientos (Civil o Sanitario).

El sexo tiene dos categorías, masculino y femenino.

Es útil para determinar el Índice de Masculinidad o Feminidad en el nacimiento.

Se anota la inicial en la columna M (Masculino) o F (Femenino).

MUERTE POSTPARTO DEL RECIÉN NACIDO (CAUSA Y CÓDIGO)

Un Recién Nacido puede nacer vivo y morir antes de salir del paritorio. En este caso anotaremos la Causa del Fallecimiento en este apartado.

Registraremos al producto, de acuerdo con su peso al nacer, en el apartado correspondiente de Peso/Condición al Nacer y en la columna Vivo Para ello tenemos que estar seguros de que el Recién Nacido presenta algún signo de vida

Si el niño muere inmediatamente después de nacer, antes de haber salido de la sala de partos, registramos la causa de la muerte en este apartado. Si no podemos determinar un diagnóstico, registraremos al menos un síntoma o señalaremos esta muerte con una X.

RESUMEN

Cuando el producto presenta signos de vida al nacer y muere inmediatamente después..

Es útil para obtener la mortalidad neonatal temprana hospitalaria por causa.

Se anota el diagnóstico de la causa que produjo la muerte. Si no se puede determinar anotaremos un síntoma o una X.

Las *cuatro últimas Variables* se refieren a *características del recién nacido*. A excepción del número de productos y del sexo, las otras dos Variables nos hablan de la efectividad del Programa de _____ y de la calidad de la atención recibida ¿Recuerda cuáles son estas *dos* Variables?

— _____ / _____ al _____.
— _____ del recién Nacido

El *Peso al Nacer* ha de ser _____ antes de poder registrarse. ¿Recuerda usted qué *dos categorías* se contemplan en esta Variable?

_____ de _____ gr.
_____ gr. y _____

La *Condición al Nacer* tiene *dos categorías* que son:

Registramos el _____ en gramos en la casilla correspondiente al peso y a la categoría del recién nacido.

Si el niño nace vivo y muere inmediatamente después, registramos esta última circunstancia en la columna _____ del Recién Nacido.

¿Recuerda usted que Variables de este Cuaderno hemos visto hasta ahora? Vamos a ayudarle un poco.

Las cuatro primeras son comunes a casi todos los Cuadernos de Registro. Después hay tres sobre los casos que nos llegan referidos de otros establecimientos. No hace falta que escriba estas tres Variables. Suponemos que ya las conoce (¿O no?).

¿Cuáles son las *cinco Variables* que se refieren a la *mujer o al parto*?

- La _____ de la _____.
- El tipo de _____ al _____.
- La _____ (expresada en semanas).
- El _____ de _____.
- La causa de _____.

Después se registran las *cuatro Variables* referentes al *Recién Nacido*. Intente recordarlas.

- _____ de _____.
- _____ / _____ al _____.
- _____.
- _____ del Recién Nacido (CÓDIGO).

REFERIDO A, NÚMERO DE BOLETA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERIDO DE

Decimos que una mujer es *Referida a* cuando se le envía a un Establecimiento de *nivel superior* por limitaciones para atender el parto en el mismo Puesto, Centro de Salud u Hospital de Distrito.

Al igual que en el Apartado «Referida de» sólo se anotarán datos en esta casilla cuando la mujer sea referida a otro Establecimiento Sanitario.

Lo primero que hay que hacer, en caso de una Referencia Externa, es *rellenar y numerar la Boleta de Referencia*. Veremos esto en el capítulo correspondiente.

Como ya veremos en la etapa de Procesamiento de los Datos, los partos referidos no se tienen en cuenta a la hora de contabilizar los partos que se atienden en nuestro establecimiento. Hacemos esto para evitar duplicaciones. Se supone que el parto será registrado en el Servicio o Establecimiento al que Referimos a la mujer.

En la primera columna de este apartado se registra el *Nombre de la Localidad y del Establecimiento al que referimos y el Tipo de Establecimiento Sanitario*.

Desde un *Puesto de Salud, Centro de Salud o un Hospital de Distrito* pueden *referirse* pacientes a:

- *Centro de Salud (C.S.)*
- *Centro de Salud - Hospital (C.S.H.)*
- *Hospital de Distrito (H.D)*
- *Hospital de Especialidades o de Investigación (H.III)*

Los Establecimientos están ordenados del nivel más bajo al más alto. Los Establecimientos Sanitarios podrán referir pacientes a otros Establecimientos de Nivel Superior.

En la *primera columna* se anota el *Nombre de la Localidad* en la que está el Establecimiento Sanitario al que referimos al paciente y el *Nombre del Establecimiento (si tiene alguno)*. En la *segunda columna* anotamos las *iniciales del Tipo de Establecimiento Sanitario* al que vayamos a referir al paciente.

En la columna *Número de Boleta de Referencia* anotamos el número de la Boleta de Referencia con la que remitimos al paciente.

En la tercera columna anotamos una X si la mujer ha sido devuelta del establecimiento al que fue remitida con una boleta de contrareferencia.

El *porcentaje de pacientes referidos* (sobre el total de atendidos) y *a qué Establecimientos se mandan*, nos sirve para saber *si se está atendiendo lo establecido para el nivel de Centro de Salud o de Hospital Distrital* y si se están *cumpliendo los esquemas de regionalización* establecidos.

Registrar a los pacientes referidos, tanto interna como externamente, nos sirve para *evitar duplicaciones* en los *diagnósticos* establecidos a la hora de procesar los datos.

La *Boleta de Referencia y Contra-referencia* contiene información sobre el *motivo de referencia* y sobre el *tratamiento recibido* por la mujer.

Esto facilita el estudio del paciente en el Establecimiento al que se le remite. Por un lado *mejora la calidad de la atención* y por otro *ahorra recursos*.

Todo paciente *referido* ha de ir *provisto de su Boleta de Referencia* y ha de *ser devuelto* al Establecimiento que lo refiere *con su Boleta de Contra-referencia*.

Hemos dicho que este trámite

— Mejora la _____ de la _____ y

— _____ recursos

El *Porcentaje de pacientes referidos y devueltos con Boleta* nos indica hasta qué punto se está cumpliendo este requisito. Debe de tender al 100%

RESUMEN

Decimos que una persona es Referida a cuando se le envía a un Establecimiento Sanitario de Nivel Superior. Podemos establecer las siguientes categorías de Tipo de Establecimiento:

— *Centro de Salud (C.S)*

— *Centro de Salud-Hospital (C.S.H.)*

— *Hospital de Distrito (H.D.)*

— *Hospital de Especialidades o de Investigación (H.III.)*

Es útil para saber si se está atendiendo lo establecido para el nivel de Centro de Salud o de Hospital de Distrito y si se están cumpliendo los esquemas de regionalización establecidos.

El Porcentaje de personas referidas y contrareferidas con Boleta nos indica hasta qué punto se está cumpliendo este requisito.

Se registran el nombre del establecimiento y de la Localidad en donde se encuentra Establecimiento sanitario y las iniciales del Tipo de Establecimiento. También se anota el Número de la Boleta de Referencia con la que se le envía, y se señala con una X si la mujer ha sido devuelta con la boleta de contrareferencia.

Repasemos ahora todo el tema, objetivo por objetivo.

8.1. Listar las variables y categorías contenidas en el Cuaderno de Parto y Recién Nacido

La *Fecha*, *Número de Orden*, *Número de Historia Clínica* y la *Procedencia* son las cuatro primeras Variables a registrar.

Vamos a intentar recordar las otras *17 Variables* de este Cuaderno.

En primer lugar *clasificamos*, antes de registrar, la _____ de la madre en cualquiera de los *cinco grupos* establecidos.

Hay *tres variables* para registrar datos cuando una mujer nos llega *referida de otro Establecimiento* sanitario. Estas variables son:

— _____
— _____ de _____
— _____ a

Al ser un *Cuaderno de Parto*, registramos el tipo de _____ al _____, el _____ de _____. Reseñamos también, si ocurre, la _____ de la mujer en el momento del parto anotando la causa

Seguidamente se registran *cuatro variables* referentes al *Recién Nacido*. Vuelva a leerlas y registre, aquí debajo, las que se acuerde. No olvide hacerlo con lápiz.

— _____ de _____
— _____ / _____ al Nacer
— _____
— Muerte _____ del _____ (Código)

Si enviamos a la paciente a otro Establecimiento Sanitario, registraremos el nombre de la _____ y del Establecimiento en la Variable _____, las iniciales del _____ de Establecimiento y el _____ de _____ de referencia en la casilla correspondiente.

Y se señala con una ____ si la mujer ha sido devuelta con la _____ de _____.

Definir, delimitar las Categorías, establecer la utilidad y explicar cómo se registran las siguientes Variables:

8.2. Edad de la Madre

Definición

Edad son los _____ *que tiene cumplidos* la gestante el día del _____.

Categorías

Se establecen los siguientes __ **Grupos de Edad** (Categorías): *menos de* _____ **años, de** _____ **a** _____ **años, de** _____ **a** _____ **años, de** _____ **a** _____ **años y de** _____ **y más años.**

Utilidad

Nos sirve para detectar partos de _____ debidos a la **edad de la gestante.**

Forma de Registrarlo

Se registran los _____ *que tiene cumplidos* la gestante en la columna del _____ **de** _____ *que le corresponde.*

8.3. Atención al Parto

Se refiere al _____ en el que se produce el parto.

Puede ser un Establecimiento Sanitario (), un hogar () o se atendido por una _____ (P).

Nos sirve para conocer la _____ *de Nacimientos* _____. Es un indicador de la _____ *de* _____ *al Parto*.

Se registra la inicial ____, ____, o ____ en la columna correspondiente.

8.4. Referida de

8.5. Boleta de Referencia

8.6. Contrareferida a (CRF)

Definición

Decimos que una mujer es *Referida de* cuando viene al _____ de _____ u *Hospital Distrital* porque *ha sido* _____ por otro Establecimiento Sanitario de nivel _____. Puede venir y ser devuelta *con* una _____ *de* _____

Categorías

En *Tipo de Establecimiento* Sanitario que refiere al paciente podemos establecer las siguientes categorías.

— _____ de _____ (R.P.S.)

— _____ de _____ (P.S.)

— _____ de _____ (C.S.)

— _____ de _____ (C.S.H.)

— _____ de _____ (H.D.)

Utilidad

Es útil para conocer *de dónde vienen referidas* las personas y qué _____ de los mismos *vienen y son devueltas con la* _____.

Forma de Registrarlo

Se registran las _____ *del Tipo de Establecimiento* que _____ a la mujer y el _____ *de la* _____ de la que viene referida. Se anota una **X** en la columna « _____ » si viene con la *Boleta de Referencia* y se anota una **X** en la columna « _____ » si es devuelto con una Boleta de _____.

8.7. Edad Gestacional

Definición

Se refiere al número de _____ transcurridas desde la *Fecha de la* _____ (F.U.R.).

Categorías

Las categorías contempladas se establecen en la etapa del procesamiento de datos.

Utilidad

Es útil para determinar el _____ de _____, *partos* _____, *a término y* _____.

Forma de Registrarlo

Se registra el *número de* _____ transcurridas desde la _____ en la columna correspondiente.

8.8. Tipo de Parto

Definición

El *tipo de parto* hace referencia a la _____ por la que se ha _____ el parto.

Categorías

Distinguimos _____ *categorías* en esta Variable: vía _____ o _____.

Utilidad

Es útil para conocer la _____ de los partos atendidos que han sido resueltos por _____.

Forma de Registrarlo

Se anota la Inicial _____ o _____ en la columna correspondiente.

8.9. Muerte Materna (Causa y Código)

Definición

Muerte Materna es la que se produce por causas relacionadas con el _____, el _____ o el _____.

Utilidad

La _____ es un *indicador* tanto del *estado de salud* como del _____ del *sistema de* _____.

Forma de Registrarlo

Si la muerte se ha producido por causas relacionadas con el _____ o el _____, se anotará una **X** en este apartado.

8.10. Numero de Productos

Definición

Se refiere al _____ de Recién Nacidos producto de un parto.

Utilidad

Nos sirve para conocer el número de _____ en el Mes.

Forma de Registrarlo

Se registra el número de recién nacidos (_____ o _____) producto del parto. Si el parto es simple anotamos un "1".

8.11. Peso/Condición al Nacer

Definición

Se refiere al _____ del niño al nacer expresado en _____ y a si el niño ha **nacido** _____ o _____.

Categorías

Las **cuatro categorías** contempladas son, por lo tanto:

Nacido con _____ de 2500gr, _____

Nacido con Menos de _____ gr, _____

Nacido con 2500gr y Más, Vivo

Nacido con _____ gr y _____, _____

Utilidad

Nos sirve para conocer el **porcentaje de** _____ **por peso al nacer.**

Forma de Registrarlo

Se registra una **X** en la columna correspondiente.

8.12. Sexo

Definición

El **sexo** del recién nacido lo establece el responsable del Registro de Nacimientos (Civil o Sanitario).

Categorías

El **sexo** tiene dos categorías, _____ y _____.

Utilidad

Es útil para determinar el **Índice de** _____ en el nacimiento.

Forma de Registrarlo

Se anota la inicial ____ o ____ en la columna **M** (Masculino) o **F** (Femenino)

8.13. Muerte Postparto del Recién Nacido

Definición

Cuando el producto presenta signos de _____ al nacer y muere inmediatamente _____.

Utilidad

Es útil para obtener la _____ temprana hospitalaria por causa.

Forma de Registrarlo

Se anota el _____ de la causa que produjo la muerte. Si no se puede determinar anotaremos un síntoma o una X

8.14. Referida a

8.15. Número de Boleta de Referencia

8.16. Contrareferida de (CRF)

Definición

Decimos que una mujer es **Referida a** cuando se le envía a un Establecimiento Sanitario de Nivel _____.

Categorías

Podemos establecer las siguientes *categorías* de **Tipo de Establecimiento**:

— _____ de _____ (C.S)

— **Centro de Salud-Hospital (C.S.H.)**

— _____ de _____ (H.D.)

— **Hospital de Especialidades o de Investigación (H.III.)**

Utilidad

Es útil para saber si *se está* _____ lo _____ *para el nivel de Centro de Salud o de Hospital de Distrito* y si se están *cumpliendo los* _____ *de* _____ establecidos.

El _____ *de personas referidas y contrareferidos con* _____ nos indica hasta qué punto *se está cumpliendo este requisito*.

Forma de Registrarlo

Se registra el nombre del establecimiento y el de la _____ en donde se encuentra, las _____ *del Tipo de Establecimiento* y se anota el _____ *de la* _____ *de* _____ con la que se le envía, y una X en la columna CRF si es devuelto con boleta.

Capítulo 9

CUADERNO DE HOSPITALIZACIÓN

Objetivo General

Registrar correctamente los datos referentes a las variables contenidas en el Cuaderno de Hospitalización

Objetivos Específicos

Teóricos

- 9.1. Listar las variables y categorías contenidas en el Cuaderno de Hospitalización.
- 9.2. Establecer la utilidad y citar las variables que se han de transcribir al mes siguiente

Definir, delimitar las Categorías, establecer la utilidad y explicar cómo se registran las siguientes variables:

- 9.3. Fecha de Ingreso
- 9.4. Hora de Ingreso
- 9.5. Fecha de Egreso
- 9.6. Hora de Egreso
- 9.7. Edad
- 9.8. Sexo
- 9.9. Referida de
- 9.10.Boleta de Referencia
- 9.11. Contra-Referida a
- 9.12.Exámenes Complementarios
- 9.13.Diagnóstico de Egreso
- 9.14.Caso Nuevo
- 9.15. Tratamientos
- 9.16. Causa de Egreso
- 9.17. Muerte en Servicio (Causa)
- 9.18. Situación al Egreso

- 9.19. Referida a
- 9.20. Número de Boleta de Referencia
- 9.21. Contrareferida de

Prácticos

Registrar, con menos de un 1% de errores u omisiones, información referente a las siguientes variables:

- 9.1p. Fecha de Ingreso
- 9.2p. Hora de Ingreso
- 9.3p. Fecha de Egreso
- 9.4p. Hora de Egreso
- 9.5p. Edad
- 9.6p. Sexo
- 9.7p. Referida de
- 9.8p. Boleta de Referencia
- 9.9p. Contra-referida a
- 9.10p. Exámenes complementarios
- 9.11p. Diagnóstico de Egreso
- 9.12p. Caso Nuevo
- 9.13p. Tratamientos
- 9.14p. Causa de Egreso
- 9.15p. Muerte en Servicio (Causa)
- 9.16p. Situación al Egreso
- 9.17p. Referida a
- 9.18p. Número de Boleta de Referencia
- 9.19p. Contra-Referida de

VARIABLES Y CATEGORÍAS CONTENIDAS EN EL CUADERNO DE HOSPITALIZACIÓN

VARIABLE**CATEGORÍAS**

1. **NÚMERO DE ORDEN (N DE ORDEN)**

2. **FECHA DE INGRESO (FECHA INGR)**

3. **HORA DE INGRESO (HORA INGR)**

4. **FECHA DE EGRESO (FECHA EGRE)**

5. **HORA DE EGRESO (HORA EGRE)**

6. **TOTAL DÍAS DE ESTANCIA (TOT DÍAS ESTAN)**

7. **DÍAS ESTANCIA MES (DÍAS ESTAN MES)**

8. **NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA**

(N HISTORIA CLÍNICA)

9. **PROCEDENCIA**

— dentro área influencia del (I)

— dentro del mismo Municipio (M)

— dentro del mismo Distrito de Salud (D)

— fuera del Distrito de Salud (E)

10. **EDAD**

Intervalos de edad:

— menos de 1 año

— de 1 a 4 años

— de 5 a 9 años

— de 10 a 14 años

— de 15 a 19 años

— de 20 a 49 años

— de 50 y más años

11. **SEXO**

Masculino (M)

Femenino (F)

12. **REFERIDA DE: LOCALIDAD/NOMBRE Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO**

29.- **OBSERVACIONES (COMPLIC MATERNAS)**

Hay, por lo tanto, **29 variables** diferentes a registrar en el Cuaderno de Hospitalización

El **Número de Orden, Número de Historia Clínica, la Procedencia, Recibo de Ingreso, Primera Visita de Salud Reproductiva y las Observaciones** ya han sido estudiadas con detenimiento en el Capítulo 4.

Así como en otros Cuadernos se registra únicamente la Fecha en la que se realiza la actividad, en este Cuaderno las actividades no se desarrollan en una Fecha concreta sino a lo largo de un período de tiempo. Por ello registramos la Fecha de inicio de ese período (**Fecha de Ingreso**) y la Fecha de finalización (**Fecha de Egreso**). Por motivos legales y de contabilidad, se registra también la **Hora de Ingreso y la Hora de Egreso**.

Existen, por lo tanto, dos espacios para registrar Fechas y dos espacios para registrar Horas. Han de registrarse obligatoriamente en todos los pacientes.

¿Recuerda usted cuáles son la dos fechas?

— Fecha de _____.

— Fecha de _____.

Por motivos legales, se registran también:

— La _____ de _____ y

— La _____ de _____.

Como hemos dicho antes, el registro de estas Fechas nos sirve para calcular períodos de tiempo. A estos períodos de tiempo, medidos en días, se les llama **Estancias**. Contemplamos **dos tipos** de Estancia:

- **Total Días Estancia (TOT DÍAS ESTAN)**
- **Días Estancia Mes (DÍAS ESTAN MES)**

La primera es el período de tiempo que transcurre entre la Fecha de Ingreso y la de Egreso medido en días. Los días de estancia mes son los días, pertenecientes a un mismo mes, que permanece una persona hospitalizada. Si es ingresada y dada de alta en el mismo mes, los días de estancia mes coinciden con el total de días de estancia.

Estas *estancias se calculan* en la etapa de *Procesamiento* de los datos.

Hemos visto, hasta el momento, *seis variables comunes* a casi todos los Cuadernos de Registro y *seis variables relacionadas con el tiempo*. De estas seis variables, *dos* se refieren a *Fechas, dos a Horas y dos a períodos de tiempo (Estancias)*. Estas dos últimas variables se calculan en la etapa de Procesamiento de Datos. No las veremos, por lo tanto, en este capítulo.

Vamos a intentar recordar las otras 17 variables de este Cuaderno.

La *Identificación de la Persona* está en la Historia Clínica. De ésta tomamos la procedencia, la *Edad y el Sexo*. En estas variables hay que determinar el intervalo o la categoría en el momento del registro. Veremos esto más tarde.

El *Sistema de Referencia y Contra-referencia* de la persona queda registrado en 6 variables. En este caso, al revés de lo que pasa con las variables de *identificación*, no siempre hay que registrar algo. Sólo será necesario registrar información si la persona ha sido referida desde la comunidad o de otro establecimiento o se refiere a otro establecimiento.

Hay tres variables para registrar si una persona ha llegado referida de la comunidad o de otro establecimiento de salud. *Referida de, Boleta de Referencia, Contra-Referida a*. En *Referida de* registramos el *Nombre* de la *Localidad* desde donde ha sido referida la persona y el *Tipo de Personal* comunitario que la refiere. Si viene referida desde otro establecimiento de salud registramos el *Nombre del Establecimiento* y la abreviatura del *Tipo de Establecimiento* que ha referido a esa persona.

Si nosotros estamos refiriendo a una persona a un establecimiento de nivel superior hay también tres variables para registrarlo: el *Nombre del Establecimiento* y la

abreviatura del *Tipo de Establecimiento*, el *Número de Boleta*, y si ha sido *Contra-Referida de* el establecimiento al que fue referida.

Al ser un Cuaderno de actividades asistenciales hay que especificar el *Tipo y el Número de Exámenes Complementarios* solicitados, los *Diagnósticos* establecidos (y su *Código*), los *Casos Nuevos* detectados, y los *Tratamientos* impartidos.

Además del registro de fechas y horas, en un Cuaderno de hospitalización hay que registrar también la *Causa de Egreso*, la *Situación al Egreso* y la *Muerte en Servicio (Causa y Código)* si ésta se produce.

Repasemos:

Existen, dos espacios para registrar Fechas y dos espacios para registrar Horas. Han de registrarse obligatoriamente en todos los pacientes.

¿Recuerda usted cuáles son?

— Fecha de _____.

— Fecha de _____

Por motivos legales, se registran también

— La _____ de _____ y

— La _____ de _____.

A partir de estas fechas se calculan dos periodos de tiempo: *Total Días Estancia, Días Estancia Mes.*

Al ser un Cuaderno de Actividades Asistenciales, tenemos que registrar también: el número y tipo de _____ solicitados, los _____ establecidos y su código.

Si es un _____ y los _____ impartidos.

Al ser un Cuaderno *de Hospitalización*, se registra también la _____ de _____ y *si la persona fallece* se registra el momento del fallecimiento (antes o después de ____ horas), la _____ de _____ y, posteriormente, el Código.

Registramos también la _____ al *Egreso*.

UTILIDAD Y VARIABLES A TRANSCRIBIR AL MES SIGUIENTE

Muchas veces ocurre que una persona ingresa un día de un mes y es dada de alta al mes siguiente o después. Si registramos toda la información de esta persona en el mismo registro realizado el día del ingreso, tendremos dificultades para el resumen de los datos.

Supongamos que una persona ingresa el 20 de abril. Se ha establecido el diagnóstico y aplicado el tratamiento. El 30 de abril sigue ingresada. Hacemos el resumen del mes con los datos de ingreso, el diagnóstico y el tratamiento. El día 6 de mayo es dada de alta. ¿Dónde registramos los datos de alta (Causa y Situación)? Si los anotamos en el mismo registro en el que anotamos la identificación (20 de abril), será difícil resumir estos datos de alta junto con el resto de datos del mes de mayo

Para evitar este problema registramos, al inicio de cada mes en una hoja nueva del Cuaderno, los *datos de identificación (Número de Historia Clínica, Edad, Sexo) y la fecha y hora de ingreso* de las persona que continúan hospitalizadas al comenzar un nuevo mes. *No le asignaremos número de orden a estas personas.* Daremos el número de orden "1" al primer ingreso que se produzca ese mes. A las personas que vienen del mes anterior no les asignamos número de orden ya que fueron contabilizadas como ingresos en su momento *Sólo se numeran los ingresos ocurridos en el mes.*

Posteriormente, se puede registrar los Exámenes Complementarios solicitados en el mes, Diagnósticos de Egreso y Tratamientos no registrados anteriormente. Si la persona es dada de alta en este mes, se registra toda la información referente a esta circunstancia (incluyendo Recibo de Ingreso) Si la persona sigue internada, otra vez se vuelve a registrar su Fecha de Ingreso, Hora de Ingreso, Número de Historia Clínica, Edad y Sexo (sin darle

número de orden) al comienzo del siguiente mes, registrando posteriormente la información faltante en la fecha en la que se produzca.

Este procedimiento es fundamental para obtener estancias mensuales (Días/cama ocupados), promedios de estancia y para no perder información de los egresos del mes.

Si una persona ingresa un mes y egresa al mes siguiente, calculamos los días de estancia desde el día de ingreso hasta el último día del mes. Lo registramos en la columna ***Días de Estancia Mes***. De esta columna obtenemos los días/cama ocupados en ese mes. No anotamos nada en la columna Total Días de Estancia.

Transcribimos el Número de Historia Clínica, la Fecha y la Hora de Ingreso, la Edad y el Sexo de las personas que permanecen ingresadas a las primeras líneas de registro del nuevo mes. No les asignamos número de orden. A lo largo del mes vamos registrando los acontecimientos y actividades realizadas (nuevos exámenes complementarios, nuevos diagnósticos y tratamientos). Cuando se le da de alta se registra la Fecha y Hora de Egreso, la Causa de Egreso, la Situación al Egreso y la Muerte en Servicio (si la hubiera).

Calculamos los días que ha estado ingresada la persona este segundo mes, desde el primer día del mes hasta el día del alta. De esta columna obtenemos los días/cama ocupados en ese mes. Lo registramos en la columna ***Días de Estancia Mes***. Calculamos también el ***Total Días de Estancia*** desde el día de ingreso hasta el día de alta. Lo registramos en la columna correspondiente. De aquí obtenemos el Promedio de Días de Estancia.

FECHA Y HORA DE INGRESO

Se refiere a la ***fecha y hora*** en que el paciente ***ingresa*** en el Servicio de Hospitalización.

Tiene una *utilidad legal*, pero sobre todo nos va a servir para *calcular la Estada Hospitalaria y la Estada Preoperatoria*.

En la casilla *Fecha de Ingreso* se registra el *día, mes y año en que ingresa* el paciente en el Servicio de Hospitalización. Tanto para indicar el día como el mes y el año, se utilizan dos cifras para cada uno separadas por barras o guiones (Por ejemplo 03/10/94 ó 03-10-94).

En la casilla *Hora de Ingreso* se registra a qué *hora y minutos ingresó* el paciente en el Servicio. Para evitar errores, utilizamos el horario de 24 horas y no el de 12 horas A.M y 12 horas P.M. Es decir, si un paciente ingresa a las seis y veinte de la tarde, registraremos 18:20. Como vemos, los minutos se registran separados de las horas por dos puntos (:).

RESUMEN

La *Fecha* de Ingreso es el *día, mes y año* en que el paciente queda *ingresado* en el Servicio de Hospitalización.

Registramos también la *hora a la que ingresó*.

Nos sirve para calcular *Tiempos* de Estancia y además tiene *utilidad legal*.

En la casilla Fecha de Ingreso, *se registra el día, mes y año*, utilizando *dos cifras* para cada uno de ellos separadas por una barra o un guión

En la casilla *Hora de Ingreso* se registra la *Hora y Minutos* en que ingresó, separados por dos puntos (:). La Hora se expresa sobre 24

FECHA Y HORA DE EGRESO

Se refiere a la *fecha y hora* en que el paciente *egresa o sale* del Servicio de Hospitalización.

Tiene una *utilidad legal*, pero sobre todo nos va a servir para calcular la *Estancia Hospitalaria*.

En la casilla *Fecha de Egreso* se registra el *día, mes y año* en que egresa el paciente del Servicio de Hospitalización. Tanto para indicar el día como el mes y el año, se utilizan dos cifras para cada uno separadas por barras o guiones (Por ejemplo 03/10/94 o 03-10-94).

En la casilla *Hora de Egreso* se registra a qué *hora y minutos* abandonó el paciente el Servicio. Para evitar errores, utilizamos el horario de 24 horas y no el de 12 horas A.M y 12 horas P.M. Es decir, si un paciente ingresa a las seis y veinte de la tarde, registraremos 18:20. Como vemos, los minutos se registran separados de las horas por dos puntos (:).

RESUMEN

La *Fecha de Egreso* es el *día, mes y año* en que el paciente *abandona* el Servicio de Hospitalización. Registramos también *la hora a la que egresó*.

Nos sirve para calcular *Tiempos de Estancia Hospitalaria* y además tiene *utilidad legal*.

En la casilla Fecha de Egreso, *se registra el día, mes y año*, utilizando *dos cifras* para cada uno de ellos separadas por una barra o un guión.

En la casilla *Hora de Egreso* se registra la Hora y Minutos en que egresó, separados por dos puntos (:). La hora se expresa sobre 24.

A partir de estas dos Fechas se calculan los *Días de Estada Hospitalaria*.

EDAD (EN AÑOS, MESES O DÍAS)

Esta es una de las variables en las que hay que *Clasificar* el dato antes de registrarlo. Consta de siete columnas, una para cada uno de los grupos de edad contemplados:

- *menor de 1 año* *Infantil*
- *de 1 a 4 años* *Pre-escolar*
- *de 5 a 9 años* *Escolar*
- *de 10 a 14 años*
- *de 15 a 19 años* *Adolescente (10 a 14 + 15 a 19)*
- *de 20 a 49 años* *Edad Fértil (15 a 19 + 20 a 49)*
- *de 50 y más años*

Interrogada la persona u obtenida de la fecha de nacimiento registrada en la Historia Clínica, se registra la *edad de la persona en años (meses o días) cumplidos la fecha del ingreso*.

Para el grupo de «*menor de 1 año*», la edad se registra *en meses* cumplidos en la columna «*Menor 1a*». Para el de menores de 1 mes, se registran los días cumplidos seguidos de la letra “d”, en esta misma columna (Menor 1a).

Obtenida la edad (en años, meses o días cumplidos), se registra, con cifras, en la columna del grupo de edad en la que ha de quedar *clasificada*.

RESUMEN

Edad son los *años (o meses)* que tiene cumplidos la persona el día en que es ingresada.

Se establecen los siguientes *7 Grupos de Edad* (Intervalos): *menor de 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 9 años, de 10 a 14 años, de 15 a 19 años, de 20 a 49 años y de 50 y más años*

Junto con el Sexo, nos sirve para detectar *grupos de riesgo* (por edad y sexo) para determinadas patologías y *grupos de utilizadores(as)* del servicio.

Se registran los *años que tiene cumplidos* la persona en la columna del *Grupo de Edad que le corresponde*. Si persona tiene *menos de 1 año*, se anotan los *meses que tiene cumplidos* en la columna «*menor de 1 año*». Si tiene *menos de 1 mes*, se anotan los *días cumplidos seguidos de la letra “d”* en esta primera columna.

SEXO

Aunque todavía no lo hemos visto, ¿Dónde y cómo registrará usted el hecho de que la persona sea de sexo femenino? (Revise el modelo de Cuaderno de Hospitalización al principio del capítulo).

En efecto, dentro de la variable «Sexo», anotaremos una F en la columna «F».

¿Ha quedado claro? Recuerde que en la variable «Edad», tenemos que registrar la edad en la columna correspondiente. En la variable «Sexo» tenemos que registrar una F o una M en la columna correspondiente.

RESUMEN

El *sexo* de la persona es el establecido en el registro de nacimiento y el que consta en su documentación personal

El *sexo* tiene dos categorías, *masculino* y *femenino*.

Es útil para detectar *Grupos de Riesgo y de Utilizadores*

Se anota una *M* o una *F* en la columna *M* (Masculino) o *F* (Femenino)

Ya hemos visto la utilidad de *Fecha, No de Orden, No de Historia Clínica, Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año y Procedencia*. Repasemos también la utilidad de registrar el *Grupo de Edad y Sexo*.

Ambos nos sirven para *clasificar* los diagnósticos establecidos en el servicio de hospitalización *por grupo de edad y sexo*. Con esto detectamos *Grupos de Riesgo*

para las diferentes patologías diagnosticadas, es decir, podemos determinar que grupos son los más afectados por una determinada patología.

Podemos también determinar los grupos (por edad y sexo) que más utilizan el servicio de Hospitalización.

Es decir, las variables «Edad» y «Sexo» nos sirven para detectar **grupos de riesgo para determinadas patologías** y **grupos de utilizadores** del Servicio de Hospitalización.

REFERIDA DE, BOLETA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERIDA A

Ya hemos visto que el Sistema de Referencia y Contra-Referencia de Personas consta de 6 variables. En tres de ellas se registran datos de las personas que llegan al establecimiento de salud referidas por otro establecimiento de salud, un R.P.S o una partera capacitada y en las otras tres datos sobre los casos que refiere el establecimiento de salud a niveles superiores.

En este apartado se registran datos de **las personas que llegan al Establecimiento de Salud referidas por otro establecimiento de rango inferior, por un R.P.S.** (Responsables Populares de Salud) o por una **partera capacitada**. Si la persona no ha sido referida por nadie, no se registrará nada en este apartado.

Si la persona ha sido referida por otro establecimiento, un R.P.S. u otro agente comunitario se registrará, en la primera columna de «**Referida de: Localidad/Nombre**», el nombre de la **localidad desde la que ha sido referida** la persona por un agente de salud comunitario o el nombre del establecimiento que remite.

Este puede tener el mismo nombre que la localidad en la que se encuentra. En la segunda columna, **Tipo**, anotamos la abreviatura del tipo de establecimiento sanitario (PS, CS o CSH) o de personal (RPS o PART) que nos ha remitido a esa persona.

En la columna *Bol (Boleta de Referencia)* anotamos una *X* si la persona que *llega referida* lo hace *con una Boleta de Referencia*. Si viene referida pero *no trae Boleta*, no registraremos nada.

En la columna *CR A (Contra-Referida A)* marcaremos con una *X* si la persona ha sido devuelta con una Boleta de Contra-Referencia o con un documento en el que se especifiquen, al menos, el diagnóstico y el tratamiento a seguir.

Con estos datos podremos saber *de qué agentes comunitarios y establecimientos nos llegan personas referidas*, la *proporción* de las mismas *que llegan con la «Boleta de Referencia»* y la proporción que son devueltas con *«Boleta de Contra-Referencia»*.

Nos puede servir también para conocer que proporción de personas referidas llegan a su destino. Esta última información no será motivo de la primera fase de implantación de este Subsistema. De momento nos limitaremos a conocer el *porcentaje de personas que llegan con su Boleta* del total que han sido remitidas y el *porcentaje que son devueltas con Boleta de Contra-Referencia* por nuestro establecimiento

Para evitar duplicaciones al contabilizar los casos nuevos de enfermedades de declaración obligatoria, estos han de ser contabilizados en el establecimiento de destino y no tenerse en cuenta en el establecimiento que los refiere. Veremos esto otra vez en la variable " Referida a".

RESUMEN

Decimos que una persona es *Referida de* cuando viene al establecimiento de salud porque

ha sido referida por un establecimiento de salud o por un agente comunitario.

Puede venir *con* una *Boleta de Referencia* o *sin* ella.

La persona puede ser devuelta al lugar de donde vino referida con una *Boleta de Contra-Referencia* o *sin* ella.

Es útil para conocer *de dónde vienen referidas* las personas, que *proporción* de las mismas *vienen con la Boleta de Referencia* y que *proporción* son devueltas con *Boleta de Contra-Referencia*.

Sirve también para *evitar duplicaciones de casos nuevos* de enfermedades de declaración obligatoria.

Se registra el *nombre de la localidad o del establecimiento* de la que vienen referidas y el tipo de establecimiento (PS, CS, CSH) o de personal (RPS o PART) que las refiere.

Se anota una *X* en la columna «*BOL*» si viene con una *Boleta de Referencia*.

Anotamos una *X* en la columna *CR-A* si la devolvemos con una *Boleta de Contra-Referencia*.

Repasemos las últimas cinco variables que hemos visto.

La *Edad* es una de las variables en la que hay que _____ el dato antes de registrarlo.

Se han establecido *siete Grupos de Edad*. ¿Podría usted completar el siguiente listado de Grupos de Edad, de acuerdo con la clasificación propuesta?

— *Menor de 1 año*

— *de __ a __ años*

— *de 5 a 9 años*

— *de __ a __ años*

— *de 15 a 19 años*

— *de __ a __ años*

— *de __ y más años*

Una vez que conozcamos la Edad de la persona, registraremos esta cifra en la columna del Grupo de Edad que le corresponda.

Recuerde que en el Grupo de Edad correspondiente registramos la misma _____ y no una X.

En todas las columnas registramos la *Edad en años cumplidos*, menos en la columna de «*menos de 1 año*» en donde registramos la *Edad en _____ o _____ (seguido de una “d”) cumplidos*.

La variable *Sexo* tiene *dos categorías* ¿Cuáles son?

_____ y _____

Cuando el paciente que ingresa es de sexo Femenino, registraremos una ___ en la columna _____.

El «*Grupo de Edad*» y el «*Sexo*» nos sirven para detectar _____ de _____ para determinadas patologías y _____ de _____ del Servicio de Hospitalización .

En la variable «*Referida de*» se registra el *Nombre de la* _____ desde donde se ha referido a la persona por un agente de salud comunitario y la _____ del _____ de agente que lo refiere. Si viene referida por otro

establecimiento de salud, se registra el _____ del establecimiento y la abreviatura del _____ de _____ de salud que nos la ha referido.

Si la persona no ha sido referida, no se registra nada en este apartado.

En la variable ***Boleta de Referencia*** marcaremos una ***X*** en la columna ____ si la persona viene referida por un establecimiento de salud o por un agente comunitario y trae su Boleta de Referencia.

Si contra-referimos a esta persona al establecimiento o agente que nos la ha enviado con una Boleta de Contra-Referencia marcaremos una ***X*** en la columna _____

Estos datos de personas «***Referidas de/Contra-Referidas a***» nos sirven para conocer de que _____ vienen las personas, quien las envía, que proporción llegan con la Boleta de _____ y que proporción son devueltas con una Boleta de _____. Sirve también para *evitar* _____ *de* _____ *nuevos* de enfermedades de declaración obligatoria.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Se registra en esta columna el tipo y el número de Exámenes Complementarios solicitados. Por ejemplo se podrá registrar Laboratorio 2, Rayos X 1, etc...

Se registra, por lo tanto, el ***nombre del Servicio o Servicios Auxiliares de Diagnóstico*** a los que se solicitan los Exámenes Complementarios y el ***número de exámenes*** solicitados a cada uno de ellos. Los resultados obtenidos en estos Exámenes no

se anotan en el Cuaderno de Hospitalización sino que quedan registrados o archivados en la Historia Clínica de la persona.

Es *útil* para conocer la *proporción* de exámenes solicitados por cada Servicio Asistencial a cada uno de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico. Con esto podremos calcular *el costo en Exámenes Complementarios para cada Servicio Asistencial*. También nos sirve para llevar un *Control cruzado* entre los Exámenes solicitados a los Diferentes Servicios Auxiliares de Diagnóstico y los registrados como realizados en estos Servicios.

RESUMEN

Se refiere a la *cantidad de Exámenes Complementarios, solicitados* por un determinado servicio de emergencias, a un Servicio o *Servicios Auxiliares de Diagnóstico*.

La *categorías* posibles son el número de *Servicios Auxiliares de Diagnóstico que estén funcionando* en el establecimiento sanitario.

Es útil para calcular el *costo de los Exámenes Complementarios* para cada Servicio Asistencial del establecimiento sanitario. También sirve para llevar un control cruzado entre exámenes solicitados y realizados.

Se registra en esta casilla el Nombre o Nombres de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico a los que se solicitan los exámenes y el número de pruebas solicitadas a cada uno de ellos.

DIAGNÓSTICOS

Llamamos *Diagnóstico* clínico a la *conclusión* que obtiene el personal de salud después de estudiar el interrogatorio, la exploración, los análisis y otras pruebas complementarias de una persona concreta.

El **Diagnóstico** suele ser una **Enfermedad**, aunque a veces el personal de salud registra un **Signo o Síntoma** de la misma. Ya veremos al estudiar la **Codificación** de las enfermedades cómo clasificamos estas dos circunstancias («Guía para el Procesamiento de los Datos y el Control de Calidad de los Informes»).

Una persona puede padecer más de una enfermedad al mismo tiempo, es decir, puede tener **más de un Diagnóstico a la vez**.

Complete la siguiente frase:

El diagnóstico suele ser una _____ aunque a veces puede ser un _____ o _____. Una persona puede tener más de una _____ por lo que puede tener más de un _____.

El **Diagnóstico o Diagnósticos de Ingreso** son diagnósticos **presuntivos** que tienen que ser confirmados posteriormente. Se establecen al ingreso del paciente.

El **Diagnóstico de Egreso** es el diagnóstico **definitivo** y es el que utilizaremos para el **Sistema de Vigilancia Epidemiológica** y para conocer la **Demanda Asistencial por grupos patológicos** o por patologías determinadas.

Diagnóstico Principal y Otros Diagnósticos

Llamamos **Diagnóstico Principal** a la enfermedad que llama más la atención del personal de salud, ya sea por su gravedad, trascendencia, consumo de recursos o importancia epidemiológica. Es **el personal de salud el que determina cuál es el Diagnóstico Principal**. Cuando sólo existe una patología, esta será el Diagnóstico Principal.

Cuando una persona tiene más de un diagnóstico, puede registrarse el segundo (y tercero) diagnóstico en esta columna. Para ello utilizaremos una casilla completa de la columna **Diagnósticos** para cada uno de los mismos. **No registre dos o más diagnósticos en una misma casilla. Utilice una casilla para cada diagnóstico.**

Si una persona ingresada es diagnosticada de dos o más cuadros patológicos, se han de seguir estas reglas:

— *Si ninguna* de las patologías *es una Enfermedad de Declaración Obligatoria* o una *Complicación Materna o Perinatal*, se registrará *una sólo* patología. El personal de salud decidirá cual de las patologías se va a registrar.

— Si hay varias patologías y sólo una de ellas es una *Enfermedad de Declaración Obligatoria (E.D.O.)*, o una *Complicación Materna o Perinatal* registraremos sólo esta patología.

— Si hay varias patologías y más de una de ellas son de Declaración Obligatoria o sujetas a algún Programa en funcionamiento, se registrarán *todos los Diagnósticos de Enfermedades de Declaración Obligatoria (incluye ETS), sujetas a algún Programa y todas las Complicaciones Maternas o Perinatales*.

Recuerde que cuando tengamos que registrar más de un Diagnóstico para una misma persona en el mismo ingreso *utilizaremos una casilla (una línea de registro completa) para cada diagnóstico*.

No importa si nos quedan varias líneas medio vacías, sólo con el *Diagnóstico y el Tratamiento* correspondiente y con un *sólo Número de Orden para todos los diagnósticos registrados* pertenecientes a la misma persona y visita.

La razón de utilizar *un espacio para cada diagnóstico* es para que se vean *claros* los diagnósticos y para poderlos *contrastar con los respectivos Tratamientos* cuando se haga un *Control de Calidad* de la Asistencia Prestada

Los Diagnósticos pueden ser clasificados en un número limitado de Categorías. Pero esto se verá en la Etapa de Codificación que no corresponde a esta Guía. *No registraremos todavía nada en la Columna «CÓDIGO».*

RESUMEN

Diagnóstico es la *conclusión* a la que llega el personal de salud, después del estudio de una persona determinada, sobre el *cuadro patológico que ésta padece*.

La *Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.)* establece un número limitado de *categorías* de la variable *enfermedad*. Veremos esto en las etapas de codificación y clasificación del *procesamiento* de los datos.

El establecimiento de *Diagnósticos* es útil para la *Vigilancia epidemiológica, cobertura de Complicaciones Maternas y Perinatales* y para conocer la *Demanda Asistencial* por patología.

En la columna *Diagnósticos*, en caso de que haya varios y ninguno corresponda a una Enfermedad de Declaración Obligatoria o Complicación Materna o Perinatal, *el personal de salud decidirá cuál es el Diagnóstico Principal* que ha de registrarse.

Si hay *varios Diagnósticos* de Enfermedades de Declaración Obligatoria (*E.D.O.*) o de *Complicaciones Maternas y Perinatales se registrarán todos ellos*, utilizando *una casilla para cada uno*.

CASO NUEVO

Un paciente puede ser hospitalizado por un nuevo episodio patológico o por un episodio patológico diagnosticado anteriormente.

A la hora de *resumir los datos sobre patologías* en pacientes hospitalizados, sólo tenemos que tener en cuenta los *diagnósticos de episodios nuevos* de una enfermedad.

Lo señalamos con una *X* en la columna *Caso Nuevo* para tenerlo en cuenta a la hora de realizar el Procesamiento de Datos.

Caso Nuevo sólo puede registrarse una vez para cada episodio patológico diagnosticado.

RESUMEN

Se refiere a un *caso nuevo* de una determinada patología cuyo *Diagnóstico se confirma* en ese ingreso.

Nos sirve para contabilizar los *Diagnósticos* que han de tabularse para el *Informe Mensual de Vigilancia Epidemiológica* y otros informes sobre patologías detectadas en los Servicios de Hospitalización

Sólo se tienen en cuenta los *Diagnósticos de Egreso*.

Cuando hayamos *confirmado un diagnóstico*, anotaremos una *X* en esta columna. Para los resúmenes sobre patologías detectadas sólo tendremos en cuenta los diagnósticos de Casos Nuevos

TRATAMIENTOS

Una vez establecido el o los diagnósticos definitivos, el personal de salud decide el tratamiento que debe de seguir esa persona. Este tratamiento puede ser *etiológico*, es decir, va dirigido a la causa que produce la enfermedad o puede ser *sintomático*, si va

dirigido a disminuir o eliminar los síntomas que la enfermedad produce. Normalmente suele ser *mixto*.

Para cada uno de los *Diagnósticos registrados* anotaremos un resumen del *Tratamiento Etiológico* realizado. No registraremos, por lo tanto, los tratamientos sintomáticos en este apartado. El tratamiento completo ha de quedar registrado en la *Historia Clínica*.

El registro del *Diagnóstico con su respectivo Tratamiento etiológico* es *útil* para seguir el cumplimiento de Protocolos Terapéuticos. En nuestro caso queremos conocer hasta que punto se están aplicando los tratamientos propuestos en la Norma Boliviana de Salud NB-SNS-02-96 “Atención a la Mujer y al Recién Nacido, en Puestos y Centros de Salud y en Hospitales de Distrito”. Nos sirve, por lo tanto, para el *Control de Calidad de la Asistencia Prestada*.

Como en el caso anterior, utilizaremos una casilla completa para cada tratamiento en caso de que haya más de un diagnóstico registrado.

RESÚMEN

El *Tratamiento Etiológico* va dirigido a la *causa que produce la enfermedad* diagnosticada.

Es útil para el *Control de Calidad de la asistencia prestada*.
Los *Tratamientos* han de ajustarse a *protocolos* establecidos.

En la columna *Tratamiento* utilizamos una casilla completa para registrar el Tratamiento Etiológico de cada una de las enfermedades diagnosticadas. *No registre más de un tratamiento en la misma casilla*.

CAUSA DE EGRESO

Tenemos que distinguir entre *Causa de Egreso y Situación del Paciente al Egreso*. La causa hace referencia a quien ha tomado la decisión del Egreso y la situación hace referencia al estado del paciente al salir del hospital.

La *causa del egreso* puede ser por *decisión del personal de salud (Médica)*, por *decisión del paciente o sus familiares (Solicitada)* o por *Fuga del paciente*, sin haber solicitado el alta. Existe otra posibilidad que es el *Alta por Fallecimiento*. Este último caso es tanto una Causa de Egreso como una Situación del Paciente al Egreso.

En los casos de *alta Médica, Solicitada o Fuga* anotamos una *M, S o F* en la casilla correspondiente.

En el caso de que la *Causa de Egreso sea por Defunción*, hay que distinguir si el fallecimiento se produjo *antes de las 48 horas del ingreso o después*. En el primer caso tiene más peso el estado en el que el paciente ingresó y en el segundo tiene más peso la asistencia recibida. Conociendo la fecha y hora de Ingreso, podemos calcular las horas que han transcurrido desde que el paciente ingresó en el hospital hasta que falleció. Anotamos una *X* en la casilla que corresponda según el paciente haya muerto *antes de las 48 horas de su ingreso o a partir de las 48 horas*.

RESUMEN

Se refiere a *quién y cómo* ha tomado la *decisión* de que el paciente tiene que *abandonar el servicio* de hospitalización.

Distinguimos *cuatro categorías: Médica (por decisión del personal de salud) Solicitada (por decisión del paciente o familiares), Fuga o Defunción* del paciente. En este último caso habrá que especificar si la *defunción* ha ocurrido *antes o después de las 48 horas de su ingreso*.

Es *útil* para medir la *calidad de la atención*.

Se registra *M, S o F* en la casilla que corresponda a la *Causa* y una *X* para señalar en que momento se produjo el fallecimiento (antes de las 48 horas o a partir de las 48 horas)

MUERTE EN SERVICIO (CAUSA)

Se refiere a la *patología* que ha *producido* la muerte del paciente. Esta puede ser la misma por la que fue ingresado u otra.

Al contrario que en el caso de las patologías diagnosticadas en un paciente, que pueden ser varias, ***la Causa de Defunción es siempre única.***

El registro de esta variable es ***útil*** para conocer la ***mortalidad hospitalaria por causa***. Cruzándolo con los Diagnósticos de Egreso obtenemos la ***letalidad*** del Servicio hospitalario por ***causa***.

En este apartado se registra la ***patología que ha producido la defunción***. Esta tiene que coincidir con alguna de las categorías contempladas en la ***Clasificación Internacional de Enfermedades***.

RESUMEN

Se refiere a la ***patología que ha producido la muerte*** del paciente hospitalizado. Esta es siempre única.

Es útil para obtener la ***mortalidad y la letalidad*** hospitalaria por causa.

Se registra la ***patología que produjo la muerte*** del paciente. Ésta tiene que ***coincidir*** con alguna de las ***categorías*** contempladas en la ***Clasificación Internacional de Enfermedades***.

En la etapa de ***Procesamiento de datos***, se registra el ***Código*** que corresponda a la ***causa de defunción*** de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en el apartado CÓDIGO C.I.E.

SITUACIÓN AL EGRESO

La variable ***Situación al Egreso*** hace referencia al estado del paciente al abandonar el hospital.

Distinguimos las siguientes *categorías*:

- *Curación*: sobre todo en el caso de enfermedades agudas se puede esperar una curación total de la enfermedad.
- *Mejoría*: sobre todo en el caso de enfermedades crónicas, el paciente puede ser dado de alta cuando su situación ha mejorado o se ha estabilizado.
- *Empeoramiento*: sobre todo en el caso de referencias a otro nivel, de altas solicitadas o fuga de la persona.
- *Fallecimiento*: ya ha sido contemplado en los apartados *Causa de Egreso y Muerte en Servicio*.

La *proporción de pacientes curados y mejorados* es un *indicador* de la *calidad de la asistencia prestada* en el establecimiento.

En el apartado Situación al Egreso registramos cualquiera de las categorías citadas anteriormente, a excepción de Fallecimiento que dispone de un espacio propio para su registro.

RESUMEN

Se refiere al *estado de salud en que la persona egresa* del servicio de hospitalización.

Se establecen *tres categorías* a registrar en este apartado: *Curación, Mejoría o Empeoramiento*.

La proporción de curaciones y mejorías es un indicador de la Calidad de la Asistencia prestada por el Servicio.

Se registra en el apartado de Situación al Egreso la inicial *C, M o E* en la columna de la categoría correspondiente.

REFERIDA A, NÚMERO DE BOLETA DE REFERENCIA, CONTRA-REFERIDA DE

Decimos que una persona es *Referida a* cuando se le envía a un establecimiento de nivel superior por limitaciones para diagnosticarla o tratarla en el mismo Centro de Salud u Hospital de Distrito.

Al igual que en el Apartado «Referida de» solo se anotarán datos en esta casilla cuando la persona sea referida a otro establecimiento de salud.

Lo primero que hay que hacer, en caso de una Referencia Externa, es **rellenar y numerar la Boleta de Referencia**.

Como ya veremos en la etapa de Procesamiento de los datos, los diagnósticos de las personas referidas no se tienen en cuenta a la hora de contabilizar las patologías diagnosticadas en el Servicio de Hospitalización. Hacemos esto para evitar duplicaciones. Se supone que el diagnóstico será establecido, con más fiabilidad, y registrado en el establecimiento al que referimos a la persona.

En la **primera columna** se anota el **Nombre de la Localidad** en la que está el establecimiento de salud al que referimos a la persona. Si el establecimiento tiene un nombre propio, lo registraremos, entre paréntesis, en esta columna.

En la **segunda columna** de este apartado se registra el **Tipo de Establecimiento Sanitario** al que se está refiriendo el caso.

Desde un **Centro de Salud-Hospital** y un **Hospital de Distrito** pueden **referirse** personas a:

— **Hospital de Distrito (H.D.)**

— **Hospital de Tercer Nivel (H.III.)**

En esta **segunda columna** anotaremos las **iniciales del Tipo de Establecimiento Sanitario** al que vayamos a referir a la persona.

En la columna "**N BOL**", anotamos el número de la Boleta de Referencia con la que referimos a la persona.

En la columna "**Contra-Referida de (CR DE)**" señalamos con una **X** si la persona ha vuelto a nuestro establecimiento con una Boleta de Contra-Referencia o un Informe Clínico.

El **porcentaje de personas referidas** (sobre el total de atendidas) y **a qué establecimientos se envían**, nos sirve para saber **si se está atendiendo lo**

*establecido para el nivel de Centro de Salud-Hospital o de Hospital Distrital y si se están **cumpliendo los esquemas de regionalización** establecidos. Es útil también para **evitar duplicaciones de casos nuevos diagnosticados**.*

La ***Boleta de Referencia*** ha de tener registrado, al menos, el ***motivo de referencia*** y el ***tratamiento recibido*** por la persona. La de ***Contra-Referencia*** ha de tener al menos el diagnóstico establecido (con resultados de exámenes complementarios), el tratamiento recibido y el tratamiento que debe seguir la persona.

Esto facilita el estudio de la persona en el establecimiento al que se la remite. Por un lado ***mejora la calidad de la atención*** y por otro ***ahorra recursos***.

Toda persona ***referida*** ha de ir ***provista de su Boleta de Referencia*** y ha de ***ser devuelta*** al establecimiento que la refiere ***con su Boleta de Contra-referencia***.

Hemos dicho que este trámite:

— Mejora la _____ de la _____ y

— _____ recursos

El ***Porcentaje de personas referidas con Boleta*** nos indica hasta que punto se está cumpliendo este requisito. Debe de tender al 100%.

RESUMEN

Decimos que una persona es ***Referida a*** cuando se la envía a un establecimiento sanitario de Nivel superior.

Registramos primero el *Nombre de la Localidad* donde se encuentra el establecimiento (y su nombre propio) y las iniciales del *Tipo de Establecimiento*

Podemos establecer las siguientes *categorías de Tipo de Establecimiento*:

— *Hospital de Distrito (H.D.)*

— *Hospital de Tercer Nivel (H.III.)*

Es útil para saber si *se está atendiendo lo establecido para el nivel de Centro de Salud-Hospital* o de *Hospital de Distrito*, si se están *cumpliendo los esquemas de regionalización* establecidos y para *evitar duplicaciones* al contabilizar casos nuevos.

El *Porcentaje de personas referidas con Boleta* nos indica hasta que punto *se está cumpliendo este requisito*.

Se registra la *Localidad* en donde se encuentra, el *Nombre* y las *iniciales del Tipo de Establecimiento Sanitario*.

Se anota el *Número de la Boleta de Referencia* con la que se la envía. Si la persona vuelve con una *Boleta de Contra-Referencia* se anota una *X* en la columna *CR DE*.

NÚMERO DE RECIBO DE INGRESO

En esta columna se anota el *Número de recibo de Ingreso o de Deudor* del sistema Financiero Contable que se le da a la persona, según esta realice el pago de la consulta o quede deudora de la misma.

En caso de que realice un pago parcial, se registrará el número de ambos recibos.

Cuando la persona está exenta de pago, se registrará lo siguiente:

- a) Cuando la *exención se deba a indigencia* se registrará la abreviatura «*IND*».
- b) Cuando la *exención se deba a algún tipo de Seguro* se registrará la abreviatura «*SEG*».

PRIMERA CONSULTA DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL AÑO (1ª SR)

Si se trata de una mujer en edad fértil, es la primera vez que acude en ese año al establecimiento (descartar que haya acudido a Control Prenatal o a Control para la Mujer no Gestante) y es diagnosticada de una complicación materna o de una enfermedad de transmisión sexual, anotaremos una *X* en este apartado

OBSERVACIONES

Como ya hemos dicho en otras ocasiones, en este espacio el personal de salud registra lo que él considere necesario y, para que no pasen desapercibidos a la hora de hacer el resumen, volverá a registrar los códigos de los diagnósticos de patologías Maternas y Perinatales.

Repasemos los objetivos de todo el tema, completando las siguientes frases:

9.1. *Listar las variables y categorías contenidas en el Cuaderno de Hospitalización.*

Existen, dos espacios para registrar Fechas y dos espacios para registrar Horas. Han de registrarse obligatoriamente en todos los pacientes.

¿Recuerda usted cuáles son?

— Fecha de _____.

— Fecha de _____.

Por motivos legales, se registran también

— La _____ de _____ y

— La _____ de _____.

A partir de estas fechas se calculan dos periodos de tiempo: *Total Días Estancia, Días Estancia Mes.*

Las dos variables de *Identificación del Paciente*, no estudiadas en el Capítulo, 4 son *la _____ y el _____.*

Sobre el *Sistema de Referencia y Contra-referencia* hay que registrar (en caso de que la persona sea referida) lo siguiente:

Localidad o establecimiento sanitario de dónde se refiere y Tipo de _____ o Agente _____ que refiere

Boleta de _____

Contra-Referida _____

Nombre del establecimiento al que se _____ (y _____)

Número de _____ de _____

_____ de

Al ser un Cuaderno de Actividades Asistenciales , tenemos que registrar también:

en número de _____ solicitados

los _____ establecidos

los Códigos

los _____ detectados y

los _____ impartidos

Al ser un Cuaderno *de Hospitalización*, se registra también la _____ de _____ y *si la persona fallece* se registra el momento del fallecimiento (antes o después de ____ horas), la _____ de _____ y, posteriormente, el Código.

Registramos también la _____ al *Egreso*.

Repase otra vez mentalmente las *veintitrés variables* que acabamos de ver
¿Recuerda cuáles son las *seis variables* vistas en el Capítulo 4?

— _____ *de* _____

— _____ *de* _____

— _____

— _____ *de* _____

— _____ *de* _____ *en el Año*

— _____ (*Complicaciones Maternas*)

Repase otra vez mentalmente las *veintitres variables* que hemos visto.

¿Recuerda cuáles son las otras seis variables vistas en el Capítulo 4 ?

- _____.
- _____ de _____.
- _____ de _____.
- _____.
- _____.

9.2. Utilidad y Variables a Transcribir

Al comenzar un nuevo mes transcribimos los datos de identificación (Número de _____, _____, _____) y la fecha y hora de ingreso *de las persona que continúan hospitalizadas al comenzar un nuevo mes*. No le asignaremos número de orden a estas personas. *Daremos el número de orden "1" al primer _____ que se produzca ese mes*. A las personas que vienen del mes anterior *no les asignamos número de orden* ya que fueron contabilizadas como ingresos en su momento. Sólo se numeran los ingresos _____ en el _____.

Transcribir estos datos nos permite copiar el resto de la información en el mes en el que se realizan las actividades, se establecen los diagnósticos y se da el alta al enfermo. Transcribiremos las variables de identificación y la _____ y _____ del ingreso. Si se da de alta a la persona registraremos la _____ y _____ de egreso, la _____ de egreso y la _____ al _____.

Gracias a esto no olvidaremos datos sobre altas, podremos obtener los _____ de _____ de la persona para ese mes y el _____ de días de estancia. Tendremos un espacio, dentro del mes en curso, para anotar otros datos sobre actividades o resultados en el momento en que suceden.

Definir, delimitar las categorías, establecer la utilidad y explicar cómo se registran las siguientes variables:

9.3. Fecha de Ingreso

9.4. Hora de Ingreso

Definición

La *Fecha* de Ingreso es el ____, ____ y ____ en que el paciente queda _____ en el Servicio de Hospitalización. Registramos también la ____ *a la que ingresó*.

Utilidad

Nos sirve para calcular _____ de _____ y además tiene *utilidad* _____.

Forma de Registrarlo

En la casilla Fecha de Ingreso, *se registra el* ____, ____ y ____, utilizando _____ para cada uno de ellos separadas por una barra o un guión.

En la casilla *Hora de Ingreso* se registra la _____ y _____ en que ingresó, separados por dos puntos (:). La hora se expresa sobre 24.

9.5. Fecha de Egreso

9.6. Hora de Egreso

Definición

La *Fecha de Egreso* es el ____, ____ y ____ en que el paciente _____ el Servicio de Hospitalización

Registramos también *la* _____ *a la que egresó*.

Utilidad

Nos sirve para calcular _____ de _____ *Hospitalaria* y además tiene *utilidad* _____.

Forma de Registrarlo

En la casilla Fecha de Egreso, **se registra el día, mes y año**, utilizando **dos cifras** para cada uno de ellos separadas por una barra o un guión.

En la casilla **Hora de Egreso** se registra la _____ y _____ en que egresó, separados por dos puntos (:). La hora se expresa sobre 24.

9.7 Edad

Definición

Edad son los _____ (**meses o días**) que tiene _____ la persona el día en que se realiza la consulta.

Categorías

Se establecen los siguientes **7 Grupos de Edad: menor de 1 año, de __ a __ años, de 5 a 9 años, de __ a __ años, de 15 a 19 años, de __ a __ y de __ y más años.**

Utilidad

Junto con el Sexo, nos sirve para detectar _____ **de** _____ (por edad y sexo) para determinadas patologías y _____ **de** _____ del servicio.

Forma de Registrarlo

Se registran los _____ **que tiene** _____ la persona en la columna del _____ **de** _____ **que le corresponde**. Si la persona tiene **menos de 1 año**, anote los _____ **o** _____ **que tiene cumplidos** en la columna « _____ ».

9.8 Sexo

Definición

El **sexo** de la persona es el establecido en el registro de nacimiento y el que consta en su documentación personal

Categorías

El *sexo* tiene dos categorías, _____ y _____.

Utilidad

Es útil para detectar *Grupos de* _____ y de _____.

Forma de Registrarlo

Se anota una ___ en la columna ___ (Masculino) o una ___ en la columna ___ (Femenino)

9.9. Referida de

9.10. Boleta de Referencia

9.11. Contra-Referida a

Definición

Decimos que una persona es *Referida de* cuando viene al establecimiento de salud porque ha sido enviada por otro _____ de salud o por un agente comunitario. Puede venir ___ una *Boleta de Referencia* y ser devuelto con una *Boleta de* _____.

Utilidad

Es útil para conocer ___ *dónde* _____ *referidas* las personas y que _____ de las mismas *vienen y son devueltas con la Boleta*.

Sirve también para *evitar* _____ *de casos* _____ de enfermedades de declaración obligatoria

Forma de Registrarlo

Se registra el *nombre del* _____ o de la _____ de la que vienen referidas. Se registra la abreviatura del tipo de _____ o de agente de salud comunitario que refiere. Se anota una *X* en la columna « _____ » si viene con una *Boleta de Referencia* y en la Columna *CR A* si la devolvemos con una *Boleta de* _____.

9.12 Exámenes Complementarios

Definición

Se refiere a la _____ *de Exámenes Complementarios*, *solicitados* por un determinado servicio de hospitalización, a un Servicio o *Servicios Auxiliares de Diagnóstico*.

Utilidad

Es útil para calcular el _____ *de los Exámenes Complementarios* para cada Servicio Asistencial del establecimiento sanitario. También sirve para llevar un control cruzado entre exámenes solicitados y realizados.

Forma de Registrarlo

Se registra en esta casilla el *Nombre o Nombres de los* _____ *de Diagnóstico* a los que se solicitan los exámenes y el *número de* _____ a cada uno de ellos.

9.13. Diagnósticos de Egreso

Definición

Diagnóstico es la _____ a la que llega el personal de salud, después del estudio de una persona determinada, sobre el *cuadro* _____ *que ésta padece*.

La *Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.)* establece un número limitado de *categorías* de la variable *enfermedad*. Veremos esto en las etapas de codificación y clasificación del *procesamiento* de los datos.

Utilidad

El establecimiento de *Diagnósticos* es útil para la _____
y para conocer la _____ por patología.

Forma de Registrarlo

En la columna *Diagnósticos*, en caso de que haya varios y ninguno corresponda a una Enfermedad de _____, *el personal de salud decidirá cuál es el Diagnóstico Principal* que ha de registrarse.

Si hay _____ *Diagnósticos* de Enfermedades de Declaración Obligatoria (E.D.O.), o *Complicaciones Maternas y Perinatales se registrarán* _____ ellos, utilizando *una casilla para* _____ de ellos.

9.14. Caso Nuevo

Definición

Se refiere a un _____ de una determinada *patología* cuyo _____ *se confirma en esa visita*.

Utilidad

Nos sirve para *contabilizar* los _____ que han de tabularse para el _____ de _____ y otros *informes* sobre *patologías* detectadas en el Servicio de Consulta Externa.

Forma de Registrarlo

Cuando hayamos confirmado un _____, anotaremos una *X* en esta columna. Para los *resúmenes sobre patologías* detectadas *sólo* tendremos en cuenta los diagnósticos de *Casos Nuevos*.

9.15 Tratamientos

Definición

El *Tratamiento* _____ va dirigido a la *causa que produce la enfermedad* diagnosticada.

Utilidad

Es útil para el _____ de _____ *de la asistencia prestada*. Los *Tratamientos* han de ajustarse a _____ establecidos.

Forma de Registrarlo

En la columna *Tratamiento* utilizamos una casilla completa para registrar el Tratamiento Etiológico de cada una de las enfermedades diagnosticadas. *No registre* _____ *tratamiento en la misma casilla*.

9.16 Causa de egreso

Definición

Se refiere a _____ y _____ ha tomado la _____ de que el paciente tiene que _____ *el servicio* de hospitalización.

Categorías

Distinguimos *cuatro categorías*: _____ (*por decisión del personal de Salud*) _____ (*por decisión del paciente o familiares*), _____ o _____ del paciente. En este último caso habrá que especificar si la *defunción* ha ocurrido _____ o _____ *de las _____ horas de su ingreso*.

Utilidad

Es *útil* para medir la _____ *de la* _____.

Forma de Registrarlo

Se registra una ____, ____ o ____ en la casilla que corresponda a la *Causa* y una *X* para señalar en que momento se produjo el fallecimiento (antes de las ____ horas o a partir de las ____ horas)

9.17. Muerte en Servicio (Causa)

Definición

Se refiere a la _____ *que ha* _____ *la muerte* del paciente hospitalizado. Esta es siempre _____.

Utilidad

Es útil para obtener la _____ y la _____ hospitalaria por causa.

Forma de Registrarlo

Se registra la _____ que produjo la _____ del paciente. Ésta tiene que coincidir con alguna de las categorías contempladas en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

9.18. Situación al Egreso

Definición

Se refiere al _____ *de* _____ *en que el paciente egresa* del Servicio de hospitalización

Categorías

Se establecen _____ *categorías* a registrar en este apartado: _____, _____ *o* _____.

Utilidad

La _____ de curaciones y mejorías es un indicador de la _____ de la _____ prestada por el Servicio.

Se registra en el apartado de Observaciones cualquiera de las tres categorías contempladas.

9.19. Referido a

9.20. Número de Boleta de Referencia

Definición

Decimos que un paciente es *Referido a* cuando _____ a un Establecimiento Sanitario de Nivel superior.

Categorías

Podemos establecer las siguientes *categorías de Tipo de Establecimiento*:

- Centro de _____ (C.S.H.)
- _____ de _____ (H.D.R.)
- _____ de _____ (H.D.R.)
- Hospital de Departamento (H.D.)
- Hospital de Especialidades

Utilidad

Es útil para saber si *se está atendiendo lo establecido para el nivel de Centro de Salud u Hospital de Distrito* y si se están *cumpliendo los esquemas de _____* establecidos.

El _____ *de pacientes referidos con Boleta* nos indica hasta qué punto *se está cumpliendo este requisito*.

Forma de Registrarlo

Se registran las _____ *del Tipo de Establecimiento sanitario*, el *nombre* (si lo tiene) y la _____ en donde se encuentra. También se anota el _____ *de la* _____ *de Referencia* con la que se le envía.

Número de Recibo de Ingreso

Definición

El *Número de* _____ *o de* _____ es asignado por el Subsistema Financiero-Contable.

Utilidad

Es útil para conocer la _____ *de* _____ de la comunidad.

Forma de Registrarlo

Se registra el *número de recibo de* _____ *si* el paciente *paga*, el de _____ en caso de que *no pague nada* y el *número de los dos recibos* en caso de que *pague* _____.

Si el paciente está *exento de pago*, no se anota *nada* a no ser que sea _____. En este caso se anota la abreviatura _____.

Observaciones

Capítulo 10

CUADERNO DE EMERGENCIAS

OBJETIVO GENERAL

Registrar correctamente los datos referentes a las variables contenidas en el Cuaderno de Emergencias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

TEÓRICOS

10.1. Listar las variables y categorías contenidas en el Cuaderno de Emergencias

Definir, delimitar las categorías, establecer la utilidad y explicar cómo se registran las siguientes variables:

- 10.2. Hora de llegada
- 10.3. Edad
- 10.4. Sexo
- 10.5. Referida de
- 10.6. Boleta de Referencia
- 10.7. Contra-Referida a
- 10.8. Tipo de Consulta
- 10.9. Exámenes Complementarios (N°)
- 10.10. Diagnósticos
- 10.11. Códigos
- 10.12. Caso Nuevo
- 10.13. Tratamientos
- 10.14. Muerte en Servicio
- 10.15. Código
- 10.16. Remitida

10.17. Referida a

10.18. Número de Boleta de Referencia

10.19. Contrareferida de

PRÁCTICOS

Registrar, con menos de un 1% de errores u omisiones, información referente a las siguientes variables:

10.1p. Hora de llegada

10.2p. Edad

10.3p. Sexo

10.4p. Referida de

10.5p. Boleta de Referencia

10.6p. Contra-Referida a

10.7p. Tipo de Consulta

10.8p. Exámenes Complementarios (Nº)

10.9p. Diagnósticos

10.10p. Códigos

10.11p. Caso Nuevo

10.12p. Tratamientos

10.13p. Muerte en Servicio

10.14p. Código

10.15p. Remitida

10.13p. Referida a

10.14p. Número de Boleta de Referencia

10.15p. Contra-Referida de

VARIABLES Y CATEGORÍAS CONTENIDAS EN EL CUADERNO DE EMERGENCIAS

| <i>VARIABLE</i> | <i>CATEGORÍAS</i> |
|--|---|
| 1.- <i>FECHA</i> | |
| 2.- <i>NÚMERO DE ORDEN (N DE ORDEN)</i> | |
| 3.- <i>HORA DE LLEGADA</i> | |
| 4.- <i>NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (N HISTORIA CLINICA)</i> | |
| 5.- <i>PROCEDENCIA (Lugar Residencia Habitual)</i> | <i>— dentro área influencia del (I)</i> <i>— dentro del mismo Municipio (M)</i> <i>— dentro del mismo Distrito de Salud (D)</i> <i>— fuera del Distrito de Salud (E)</i> |
| 6.- <i>EDAD (Intervalos de edad):</i> | <i>— menor de 1 año (-1a)</i> <i>— de 1 a 4 años (1-4)</i> <i>— de 5 a 9 años (5-9)</i> <i>— de 10 a 14 años (10-14)</i> <i>— de 15 a 19 años (15-19)</i> <i>— de 20 a 49 años (15-49)</i> <i>— de 50 y más años (50 y +)</i> |

- 7.- **SEXO** — *Masculino (M)*
— *Femenino (F)*
- 8.- **REFERIDA DE: LOCALIDAD/NOMBRE Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO**
- 9.- **BOLETA DE REFERENCIA (BOL)**
- 10.- **CONTRA-REFERIDA A (CR A)**
- 11.- **TIPO DE CONSULTA** — *Primera (P)*
— *Nueva (N)*
— *Repetida (R)*
- 12.- **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (Nº)**
- 13.- **DIAGNÓSTICOS**
- 14.- **CÓDIGOS**
- 15.- **CASO NUEVO (C.N.)**
- 16.- **TRATAMIENTOS**
- 17.- **MUERTE EN SERVICIO**
- 18.- **CÓDIGO**
- 19.- **REMITIDA** — *Consulta (C)*
— *Hospitalización (H)*
- 20.- **REFERIDA A: NOMBRE Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO**
— *Centro de Salud Hospital (C.S.H.)*
— *Hospital de Distrito (H.D.)*
— *Hospital de Tercer Nivel (H.III.)*
- 21.- **NÚMERO DE BOLETA DE REFERENCIA (N BOL)**
- 22.- **CONTRA-REFERIDA DE (CR DE)**

23.- **NÚMERO DE RECIBO DEL INGRESO (REC INGR)**

24.- **PRIMERA CONSULTA SALUD REPRODUCTIVA AÑO (1ª S.R.)**

25.- **OBSERVACIONES (COMPLIC MATERNAS)**

Hay, por lo tanto, **25 variables** diferentes a registrar en el Cuaderno Emergencias. Este Cuaderno es similar al Cuaderno de Consulta Externa para Centros de Salud y Hospitales de Distrito, aunque tiene algunas características específicas. Por motivos legales, se registra la Hora de Llegada. Se contempla la posibilidad de la Muerte de la persona en el Servicio de Emergencias, especificándose y codificándose la causa. También se contempla la posibilidad de la remisión de la persona a un Servicio de Hospitalización o a un servicio de consulta externa para su seguimiento.

Si domina usted el registro de datos del Cuaderno de Consulta Externa, no tendrá dificultad en este Capítulo.

La **Fecha, Número de Orden, Número de Historia Clínica, Procedencia, Recibo de Ingreso, Primera Consulta de Salud reproductiva en el Año y Observaciones** ya han sido estudiadas con detenimiento en el Capítulo 4. En este Capítulo repasaremos solo la forma de registrarlas.

En este Cuaderno, en caso de no poder disponer de la Historia Clínica del paciente por estar el archivo cerrado, registraremos el nombre y los apellidos del mismo en el apartado de observaciones.

Vamos a intentar recordar las otras 18 variables de este Cuaderno.

La **Identificación de la Persona** está en la Historia Clínica. De ésta tomamos la procedencia, la **Edad y el Sexo**. En estas variables hay que determinar el intervalo o la categoría en el momento del registro. Veremos esto más tarde.

El **Sistema de Referencia y Contra-referencia** de la persona queda registrado en 6 variables. En este caso, al revés de lo que pasa con las variables de **identificación**, no siempre hay que registrar algo. Sólo será necesario registrar información si la persona

ha sido referida desde la comunidad o de otro establecimiento o se refiere a otro establecimiento.

Hay tres variables para registrar si una persona ha llegado referida de la comunidad o de otro establecimiento de salud: ***Referida de, Boleta de Referencia, Contra-Referida a***. En ***Referida de*** registramos el ***Nombre*** de la ***Localidad*** desde donde ha sido referida la persona y el ***Tipo de Personal*** comunitario que la refiere. Si viene referida desde otro establecimiento de salud registramos el ***Nombre del Establecimiento*** y la abreviatura del ***Tipo de Establecimiento*** que ha referido a esa persona.

Si nosotros estamos refiriendo a una persona a un establecimiento de nivel superior hay también tres variables para registrarlo: el ***Nombre del Establecimiento*** y la abreviatura del ***Tipo de Establecimiento***, el ***Número de Boleta***, y si ha sido ***Contra-Referida de*** el establecimiento al que fue referida.

La persona puede también ser ***Remitida a un Servicio de Hospitalización (H)*** o a un ***servicio de Consulta Externa (C)*** para su seguimiento.

Revise el listado de variables del Cuaderno de Consulta Externa para Centro de Salud y Hospital de Distrito y las del Cuaderno de Emergencias. Observará que la mayor parte de las variables son comunes a los dos Cuadernos. Hay, sin embargo una variable que es diferente y tres variables más en el Cuaderno de Emergencias. ¿Cuál es la variable que es diferente?

_____ en vez de Ingresada en

¿Cuáles son las tres variables que tiene el Cuaderno de Emergencias y que no tiene el Cuaderno de Consulta Externa?

- La _____ de _____

- _____ en _____

- _____

Hemos visto ya diecinueve de las veinticinco variables que tenemos que recordar. Nos quedan seis.

Al ser un tipo de Cuaderno de Consulta Externa hay que especificar el *Tipo de Consulta*, el *Tipo y el Número de Exámenes Complementarios* solicitados, los *Diagnósticos* establecidos (y su *Código*), los *Casos Nuevos* detectados, y los *Tratamientos* impartidos.

Hay por lo tanto dos Códigos CIE que registrar, uno para los Diagnósticos y otro para la causa de muerte. Recuerde que estas codificaciones se registran en la etapa de Procesamiento de datos.

Repasemos:

Las dos variables de *Identificación de la Persona*, no estudiadas en el Capítulo 4 son la _____ y el _____

Sobre el *Sistema de Referencia y Contra-referencia* hay que registrar (en caso de que la persona haya llegado referida) lo siguiente:

Localidad o nombre y tipo de establecimiento o de personal comunitario desde dónde se ha _____ a la persona

Boleta de _____

_____ a

_____ y tipo de establecimiento al que fue referida la persona

Número de _____ de _____

Contra-Referida _____

Al ser un Cuaderno de Consulta Externa, tenemos que registrar también: el _____ de _____, el número y tipo de _____ solicitados, los _____ establecidos y su código.

Si es un _____ y los _____ impartidos.

Registramos también si la persona ha sido _____ en un servicio de _____ o de consulta _____.

¿Recuerda usted las tres variables específicas de este Cuaderno de Emergencias Hospitalarias?

- La _____ de _____
- _____ en _____
- _____

Los *Códigos C.I.E.* se registran en la *Etapa de Codificación, durante el Procesamiento* de datos. Olvídense de ello de momento. No lo veremos en esta Guía.

Repase otra vez mentalmente las *dieciocho variables* citadas. ¿Recuerda cuáles son las otras *siete variables* vistas en el Capítulo 4?

- _____
- _____ de _____
- _____ de _____
- _____
- _____ de _____
- _____ consulta de _____ en el año
- _____

Como ya hemos dicho, la *Fecha* es el día, mes y año en el que se realiza la actividad registrada. Se registra, al comienzo de la actividad, ocupando toda una línea del registro. Previamente se traza una raya debajo de la última consulta registrada el día anterior. Se registra primero el día, luego el mes y después el año.

El *Número de Orden* es un número secuencial que comienza desde el número 1 al inicio del mes. El último número del mes coincide con el número total de registros realizados ese mes.

Registramos la Hora de Llegada de la persona al Servicio de Emergencias.

Si la persona atendida dispone de Historia Clínica, tendrá que recuperarse del archivo. Si no dispone, se le abrirá una nueva Historia Clínica, a la que se le asignará el número que le corresponda. En la tercera casilla se anota el ***Número de Historia Clínica***, ya sea esta recuperada del archivo o recién abierta.

Si la persona tiene una Historia Clínica y está cerrado el archivo, anotaremos el nombre de la persona atendida en el apartado de Observaciones. En cuanto podamos, recuperaremos su Historia Clínica y transcribiremos la información registrada en este Cuaderno. Si sabemos que no tiene Historia Clínica, abriremos una nueva.

Registramos después la ***Procedencia*** de la persona que, cómo ya sabemos, es el lugar de residencia habitual de la misma, dónde vive la mayor parte del año. Lo clasificaremos dentro del Cuaderno, en la etapa de Procesamiento, en Residente dentro del área de influencia del establecimiento (I), fuera del área pero dentro del mismo Municipio (M), fuera del Municipio pero dentro del mismo Distrito de Salud (D) o en otro Distrito de Salud (E).

La ***Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año*** es la primera visita, preventiva o curativa, que realiza en el año una mujer en edad fértil (15 a 49 años), siempre que sea una consulta relacionada con salud sexual o reproductiva. Si es la primera vez que acude al establecimiento y es diagnosticada de una complicación materna o de una enfermedad de transmisión sexual anotaremos una ***X*** en esta casilla.

La última variable, vista en el Capítulo 4, es ***Observaciones***. Es también la última variable de este Cuaderno. En este espacio, el personal de salud registra datos que él considere de utilidad para la atención directa de la persona o para la Gestión Regular del Servicio de Consulta Externa. Nosotros destacaremos los casos de ***Complicaciones Maternas y Perinatales***, volviendo a registrar el ***Código del Diagnóstico Definitivo*** en este espacio.

¿Recuerda usted que utilidad tiene el registro de la Procedencia de la persona atendida?

Para Estudios Epidemiológicos, Utilización de los Servicios (según la procedencia de las personas) y para conocer la _____ de los Programas.

HORA DE LLEGADA

Se refiere a la ***hora en que ingresa*** la persona en el Servicio de Emergencias Hospitalarias.

Tiene una ***utilidad legal***.

Se registra la ***hora y minutos***, separados por dos puntos (:), en que la persona ***ingresa en este Servicio***. La hora se registra sobre 24 horas y no sobre 12.

EDAD (EN AÑOS, MESES O DÍAS)

Esta es una de la variables en las que hay que ***Clasificar*** el dato antes de registrarlo.

Esta variable consta de siete columnas, una para cada uno de los grupos de edad contemplados:

- *menor de 1 año* *Infantil*
- *de 1 a 4 años* *Pre-escolar*
- *de 5 a 9 años* *Escolar*
- *de 10 a 14 años*
- *de 15 a 19 años* *Adolescente (10 a 14 + 15 a 19)*
- *de 20 a 49 años* *Edad Fértil (15 a 19 + 20 a 49)*
- *de 50 y más años*

Interrogada la persona u obtenida de la fecha de nacimiento registrada en la Historia Clínica, se registra la *edad de la persona en años (meses o días) cumplidos en la fecha en la que se realiza la consulta.*

Para el grupo de «*menor de 1 año*», la edad se registra *en meses* cumplidos en la columna “*Menor 1a*”. Para el de menores de 1 mes, se registran los días cumplidos seguidos de la letra “d”, en esta misma columna (Menor 1a).

Obtenida la edad (en años, meses o días cumplidos), se registra, con cifras, en la columna del grupo de edad en la que ha de quedar *clasificada*.

Veamos si lo ha entendido, con un ejemplo.

El día 18 de octubre de 1994 (recuerde que tiene que registrar 18/10/94 en la primera línea de registro del día) acude una persona al Servicio de Emergencias. El anterior registro es el Número 37. ¿Qué Número de Orden le asignaremos a esta consulta?

el _____

La persona tiene ya una Historia Clínica abierta en el hospital. Recuperamos la Historia del archivo Tiene el Número 002355. ¿En qué columna anotamos este número en la segunda o en la tercera?

en la _____

Vemos en la Historia Clínica que la persona reside habitualmente en la misma localidad en la que está el Centro de Salud. Vemos también que ha nacido el 19 de octubre de 1979 y que es de sexo femenino.

De acuerdo con estos datos ¿Qué registraremos en la columna *Procedencia*?

- a) La localidad en la que está el establecimiento de salud
- b) El barrio (si lo hay) o la localidad en la que reside la persona
- c) La localidad y el distrito en el que reside la persona
- d) La localidad, el distrito y el departamento en el que reside la persona

e) El distrito, el departamento y el país en el que reside la persona

Respuesta ____

¿Dónde y qué registraremos en la columna *Edad en Años*?

- a) En la columna «5-9» anotaremos una X
- b) En la columna «20-49» anotaremos el número 15
- c) En la columna «10-14» anotaremos el número 14
- d) En la columna «15-19» anotaremos el número 14
- e) En la columna «10-14» anotaremos una X

Respuesta _____

De acuerdo con los datos anteriores, registraremos en la primera fila del registro del día, la “Fecha” 18/10/95. En la columna «Número de Orden» registraremos el número siguiente al último registro (37), es decir, el «38».

En la segunda columna «Número de Historia Clínica» registraremos el número correspondiente, en este caso, el número «002354».

La persona reside habitualmente («Procedencia») en la misma localidad en la que está el establecimiento de salud. Será suficiente con registrar el nombre del barrio (si lo hay) o el de la localidad. No es necesario registrar el nombre del distrito ni el del departamento. Recuerde que el nombre del distrito se registra cuando la persona procede de un distrito diferente al del establecimiento sanitario en donde es atendido. La respuesta correcta sería la letra «b».

Si la persona ha nacido el día 19/10/79, el día de la consulta (18/10/94) tiene todavía 14 años. Al día siguiente cumplirá 15 años, pero todavía no los tiene. Es decir, tiene 14 años y registraremos «14» en la columna «10-14» (Respuesta c).

RESUMEN

Edad son los *años (o meses) que tiene cumplidos* la persona el día en que se realiza la consulta.

Se establecen los siguientes *7 Grupos de Edad* (Intervalos):
menor de 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 9 años, de 10 a 14 años, de 15 a 19 años, de 20 a 49 años y de 50 y más años

Junto con el Sexo, nos sirve para detectar *grupos de riesgo* (por edad y sexo) para determinadas patologías y *grupos de utilizadores(as)* del servicio.

Se registran los *años que tiene cumplidos* la persona en la columna del *Grupo de Edad que le corresponde*. Si persona tiene *menos de 1 año*, se anotan los *meses que tiene cumplidos* en la columna «*menor de 1 año*». Si tiene *menos de 1 mes*, se anotan los *días cumplidos seguidos de la letra “d”* en esta primera columna.

SEXO

Aunque todavía no lo hemos visto, ¿Dónde y cómo registrará usted el hecho de que la persona sea de sexo femenino? (Revise el modelo de Cuaderno de Emergencias al principio del capítulo).

En efecto, dentro de la variable «Sexo», anotaremos una F en la columna «F».

¿Ha quedado claro? Recuerde que en la variable «Edad», tenemos que registrar la edad en la columna correspondiente. En la variable «Sexo» tenemos que registrar una F o una M en la columna correspondiente.

RESUMEN

El *sexo* de la persona es el establecido en el registro de nacimiento y el que consta en su documentación personal

El *sexo* tiene dos categorías, *masculino* y *femenino*.

Es útil para detectar *Grupos de Riesgo y de Utilizadores*

Se anota una *M* o una *F* en la columna *M* (Masculino) o *F* (Femenino)

Ya hemos visto la utilidad de *Fecha, No de Orden, No de Historia Clínica, Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año y Procedencia*. Repasemos también la utilidad de registrar el *Grupo de Edad y Sexo*.

Ambos nos sirven para *clasificar* los diagnósticos establecidos en Consulta Externa *por grupo de edad y sexo*. Con esto detectamos *Grupos de Riesgo* para las diferentes patologías diagnosticadas, es decir, podemos determinar que grupos son los más afectados por una determinada patología.

Podemos también determinar los grupos (por edad y sexo) que más utilizan el servicio de Consulta externa.

Es decir, las variables «Edad» y «Sexo» nos sirven para detectar *grupos de riesgo para determinadas patologías y grupos de utilizadores* del Servicio de Consulta Externa.

REFERIDA DE, BOLETA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERIDA A

Ya hemos visto que el Sistema de Referencia y Contra-Referencia de Personas consta de 6 variables. En tres de ellas se registran datos de las personas que llegan al establecimiento de salud referidas por otro establecimiento de salud, un R.P.S o una partera capacitada y en las otras tres datos sobre los casos que refiere el establecimiento de salud a niveles superiores.

En este apartado se registran datos de *las personas que llegan al Establecimiento de Salud referidas por otro establecimiento de rango inferior, por un R.P.S.* (Responsables Populares de Salud) o por una *partera capacitada*. Si la persona no ha sido referida por nadie, no se registrará nada en este apartado.

Si la persona ha sido referida por otro establecimiento, un R.P.S. u otro agente comunitario se registrará, en la primera columna de «*Referida de: Localidad/Nombre*», el nombre de la *localidad desde la que ha sido referida* la persona por un agente de salud comunitario o el nombre del establecimiento que remite.

Este puede tener el mismo nombre que la localidad en la que se encuentra. En la segunda columna, **Tipo**, anotamos la abreviatura del tipo de establecimiento sanitario (PS, CS o CSH) o de personal (RPS o PART) que nos ha remitido a esa persona.

En la columna **Bol (Boleta de Referencia)** anotamos una **X** si la persona que **llega referida** lo hace **con una Boleta de Referencia**. Si viene referida pero **no trae Boleta**, no registraremos nada.

En la columna **CR A (Contra-Referida A)** marcaremos con una **X** si la persona ha sido devuelta con una Boleta de Contra-Referencia o con un documento en el que se especifiquen, al menos, el diagnóstico y el tratamiento a seguir.

Con estos datos podremos saber **de qué agentes comunitarios y establecimientos nos llegan personas referidas**, la **proporción** de las mismas **que llegan con la «Boleta de Referencia»** y la proporción que son devueltas con **«Boleta de Contra-Referencia»**.

Nos puede servir también para conocer que proporción de personas referidas llegan a su destino. Esta última información no será motivo de la primera fase de implantación de este Subsistema. De momento nos limitaremos a conocer el **porcentaje de personas que llegan con su Boleta** del total que han sido remitidas y el **porcentaje que son devueltas con Boleta de Contra-Referencia** por nuestro establecimiento.

Para evitar duplicaciones al contabilizar los casos nuevos de enfermedades de declaración obligatoria, estos han de ser contabilizados en el establecimiento de destino y no tenerse en cuenta en el establecimiento que los refiere. Veremos esto otra vez en la variable " Referida a".

RESUMEN

Decimos que una persona es *Referida de* cuando viene al establecimiento de salud porque

ha sido referida por un establecimiento de salud o por un agente comunitario.

Puede venir *con una Boleta de Referencia* o *sin* ella.

La persona puede ser devuelta al lugar de donde vino referida con una Boleta de Contra-Referencia o sin ella.

Es útil para conocer *de dónde vienen referidas* las personas, que *proporción* de las mismas *vienen con la Boleta de Referencia* y que *proporción* son devueltas con *Boleta de Contra-Referencia*.

Sirve también para *evitar duplicaciones de casos nuevos* de enfermedades de declaración obligatoria

Se registra el *nombre de la localidad o del establecimiento* de la que vienen referidas y el tipo de establecimiento (PS, CS, CSH) o de personal (RPS o PART) que las refiere.

Se anota una *X* en la columna «*BOL*» si viene con una *Boleta de Referencia*.

Anotamos una *X* en la columna *CR-A* si la devolvemos con una *Boleta de Contra-Referencia*.

TIPO DE CONSULTA

Podemos distinguir tres tipos de consulta: **Primera del año, Nueva y Repetida.**

La «**Primera Consulta del Año**» (**P**) es la primera visita que realiza una persona en el año al establecimiento de salud, no importando el motivo o el servicio.

«**Consulta Nueva** (**N**)» es la primera consulta que realiza una persona por un episodio patológico determinado.

«**Consulta Repetida** (**R**)» son las consultas, posteriores a la «Consulta Nueva», que realiza una persona para un mismo episodio patológico, antes de que transcurran 30 días desde la primera o anterior consulta. Las enfermedades crónicas se salen de esta regla. Una vez detectadas, todas las demás consultas se consideran “Repetidas”.

Supongamos que una mujer ha sido diagnosticada de tuberculosis el día 23 de diciembre de 1997. Acude a emergencias por segunda vez, por una complicación de la tuberculosis, el día 3 de enero de 1998. ¿Qué tenemos que registrar en este apartado?

Primera Consulta del Año _____

Consulta Nueva _____

Consulta Repetida _____

Por un lado es la «Primera Consulta de Año» para esta persona. Por lo tanto, registraremos una P en la columna «P». Por otro lado, es una consulta «Repetida» para el episodio de Tuberculosis detectado unos días antes. Registraremos, por lo tanto, también una R en la columna de Consulta «R».

Es decir, la «Primera Consulta del Año» (P) puede ser una consulta «Nueva» o «Repetida» para un episodio de una patología determinada.

En el caso de una enfermedad aguda, suelen considerarse como consultas «Repetidas» a las consultas realizadas antes de que transcurran 30 días de la Consulta «Nueva» o de la anterior consulta para esa determinada patología.

Si a esta misma mujer que acude el día 3 de enero de 1998 con una tuberculosis diagnosticada, se le diagnostica en esta segunda visita una sífilis. ¿Qué registraría usted?

- a) Primera visita del año y Repetida para tuberculosis
- b) Primera visita del año y Nueva para sífilis
- c) Sólo Nueva para sífilis
- d) Sólo Repetida para tuberculosis

No es una pregunta fácil. Este tema se explicará más detenidamente en el apartado «*Diagnósticos*». De cualquier forma, se ha de registrar «Primera Visita del Año» y otro dato. Es decir, las respuestas c) y d) no son correctas. Al establecerse un nuevo diagnóstico, éste tiene prioridad sobre el diagnóstico de una visita repetida. Registraremos, por lo tanto, además de «Primera Visita del Año», la visita «Nueva» para sífilis. No registraremos la visita «Repetida» para Tuberculosis.

Las *Primeras Consultas del Año* nos indican el número de personas que acudieron a consulta al establecimiento en el transcurso de una gestión. Este es un dato relevante para poder determinar la verdadera *cobertura* que se alcanza dentro de la población protegida.

Las *Consultas Nuevas y Consultas Repetidas* nos sirven para poder determinar el total de consultas y obtener el indicador de *Concentración de Consultas*. Revisamos su Historia Clínica (o preguntamos directamente) y vemos que es la primera vez en ese año que esa mujer acude al establecimiento. El diagnóstico es sífilis, una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Anotamos el diagnóstico en la columna correspondiente ¿En que otra columna tendremos que registrar esta circunstancia? (Repase el Capítulo 4 y luego intente contestar a esta pregunta)

En la columna ___ ___ o Primera _____ de _____
en el _____.

RESUMEN

El *Tipo de Consulta* hace referencia a la toma de contacto de la persona con el establecimiento por primera vez en el año o por un episodio patológico determinado y a las visitas posteriores por este mismo episodio. Se establecen *tres categorías*:

«*Primera Consulta del Año*» (*1a*) es la primera consulta que realiza una persona en el año en el hospital, no importando el motivo o el Servicio.

«*Consulta Nueva*» es la primera consulta que realiza una persona por un episodio patológico determinado.

«*Consulta Repetida*» son las consultas posteriores a la «*Consulta Nueva*», que realiza una persona para un mismo episodio patológico antes de que transcurran 30 días de la primera o anterior consulta.

Es útil para conocer la *Cobertura* real del Servicio y la *Concentración de Consultas*.

Se anota una *P*, una *N* o una *S* en la casilla correspondiente. La *Primera consulta del año* puede coincidir con una visita *Nueva* para un determinado episodio patológico o con una visita *Repetida*.

Las categorías “Nueva” y “Repetida” se excluyen mutuamente.

Repasemos las últimas siete variables que hemos visto.

La *Edad* es una de las variables en la que hay que _____ el dato antes de registrarlo.

Se han establecido *siete Grupos de Edad*. ¿Podría usted completar el siguiente listado de Grupos de Edad, de acuerdo con la clasificación propuesta?

— *Menor de 1 año*

— *de __ a __ años*

— *de 5 a 9 años*

— *de __ a __ años*

— *de 15 a 19 años*

— *de __ a __ años*

— *de __ y más años*

Una vez que conozcamos la Edad de la persona, registraremos esta cifra en la columna del Grupo de Edad que le corresponda.

Recuerde que en el Grupo de Edad correspondiente registramos la misma _____ y no una X.

En todas las columnas registramos la *Edad en años cumplidos*, menos en la columna de «*menos de 1 año*» en donde registramos la *Edad en _____ o _____ (seguido de una “d”) cumplidos*.

La variable *Sexo* tiene *dos categorías* ¿Cuáles son?

_____ y _____

Cuando el paciente que acude es de sexo Femenino, registraremos una ____ en la columna _____.

El «**Grupo de Edad**» y el «**Sexo**» nos sirven para detectar _____ de _____ para determinadas patologías y _____ de _____ del Servicio de Emergencias.

En la variable “**Referida de**” se registra el **Nombre de la** _____ desde donde se ha referido a la persona por un agente de salud comunitario y la _____ del _____ de agente que lo refiere. Si viene referida por otro establecimiento de salud, se registra el _____ del establecimiento y la abreviatura del _____ de _____ de salud que nos la ha referido.

Si la persona no ha sido referida, no se registra nada en este apartado.

En la variable **Boleta de Referencia** marcaremos una **X** en la columna ____ si la persona viene referida por un establecimiento de salud o por un agente comunitario y trae su Boleta de Referencia.

Si contra-referimos a esta persona al establecimiento o agente que nos la ha enviado con una Boleta de Contra-Referencia marcaremos una **X** en la columna _____

Estos datos de personas «**Referidas de/Contra-Referidas a**» nos sirven para conocer de que _____ vienen las personas, quien las envía, que proporción llegan con la Boleta de _____ y que proporción son devueltas con una Boleta de _____. Sirve también para *evitar* _____ *de* _____ *nuevos* de enfermedades de declaración obligatoria.

Distinguimos tres **Tipos de Consulta**:

_____ del año (P), es la _____ visita que realiza una persona **en el año**, sin importar el motivo o el servicio

_____ es la primera consulta que realiza una persona por un _____ determinado

_____ son las que realiza después de la _____ para un mismo episodio patológico.

Recuerde que la Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año es la primera vez que una mujer en edad fértil acude al establecimiento, es ese año, para una consulta preventiva, por una complicación materna o por una _____ de _____ (ETS)

Hasta el momento hemos visto la definición, las categorías, la manera de registrarse y la utilidad de las siguientes variables del Cuaderno de Emergencias:

- | | |
|---------------------------------|-------------------------|
| — Fecha | — Edad (Grupos de Edad) |
| — Número de Orden | — Sexo |
| — Hora de Llegada | — Referida de |
| — Número de Historia Clínica | — Boleta de Referencia |
| — Procedencia | — Contra-Referida a |
| — Observaciones | — Tipo de Consulta |
| — Primera Consulta SR en el Año | — Recibo de Ingreso |

Vamos a ver ahora las 11 *variables* que nos faltan de este Cuaderno.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Se registra en esta columna el tipo y el número de Exámenes Complementarios solicitados. Por ejemplo se podrá registrar Laboratorio 2, Rayos X 1, etc...

Se registra, por lo tanto, el *nombre del Servicio o Servicios Auxiliares de Diagnóstico* a los que se solicitan los Exámenes Complementarios y el *número de exámenes* solicitados a cada uno de ellos

Los resultados obtenidos en estos Exámenes no se anotan en el Cuaderno de Emergencias sino que quedan registrados o archivados en la Historia Clínica de la persona.

Es *útil* para conocer la *proporción* de exámenes solicitados por cada Servicio Asistencial a cada uno de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico. Con esto podremos calcular *el costo en Exámenes Complementarios para cada Servicio Asistencial*. También nos sirve para llevar un *Control cruzado* entre los Exámenes solicitados a los Diferentes Servicios Auxiliares de Diagnóstico y los registrados como realizados en estos Servicios.

RESUMEN

Se refiere a la *cantidad de Exámenes Complementarios, solicitados* por un determinado servicio de emergencias, a un Servicio o *Servicios Auxiliares de Diagnóstico*.

La *categorías* posibles son el número de *Servicios Auxiliares de Diagnóstico que estén funcionando* en el establecimiento sanitario.

Es útil para calcular el *costo de los Exámenes Complementarios* para cada Servicio Asistencial del establecimiento sanitario. También sirve para llevar un control cruzado entre exámenes solicitados y realizados.

Se registra en esta casilla el *Nombre o Nombres de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico* a los que se solicitan los exámenes y el *número de pruebas solicitadas* a cada uno de ellos.

DIAGNÓSTICOS

Llamamos *Diagnóstico* clínico a la *conclusión* que obtiene el personal de salud después de estudiar el interrogatorio, la exploración, los análisis y otras pruebas complementarias de una persona concreta.

El *Diagnóstico* suele ser una *Enfermedad*, aunque a veces el personal de salud registra un *Signo o Síntoma* de la misma. Ya veremos al estudiar la *Codificación* de las enfermedades cómo clasificamos estas dos circunstancias («Guía para el Procesamiento de los Datos y el Control de Calidad de los Informes»).

Una persona puede padecer más de una enfermedad al mismo tiempo, es decir, puede tener *más de un Diagnóstico a la vez*.

Complete la siguiente frase:

El diagnóstico suele ser una _____ aunque a veces puede ser un _____ o _____. Una persona puede tener más de una _____ por lo que puede tener más de un _____.

Una persona puede acudir a consulta por la misma enfermedad una o más veces. La primera vez que acude por esa enfermedad le llamaremos *Nueva*. Las demás veces que vuelva por el mismo episodio de esa enfermedad las llamaremos *Repetidas*.

Si es una mujer, es la primera vez que acude en ese año y es diagnosticada de una complicación materna o una enfermedad de transmisión sexual, anotaremos una *X* en la columna "*Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año*".

Complete la siguiente frase:

Cuando una persona acude más de una vez por un mismo episodio _____, llamaremos a la primera vez que acuda _____ y a las demás _____.

El establecimiento de *Diagnósticos* nos sirve para el *Sistema de Vigilancia Epidemiológica* y para conocer la *Demanda Asistencial* por grupos patológicos o por patologías determinadas. También es útil para la declaración de casos de complicaciones maternas y perinatales.

Diagnóstico Principal y Otros Diagnósticos

Llamamos ***Diagnóstico Principal*** a la enfermedad que llama más la atención del personal de salud, ya sea por su gravedad, trascendencia, consumo de recursos o importancia epidemiológica. Es ***el personal de salud el que determina cuál es el Diagnóstico Principal***. Cuando sólo existe una patología, esta será el Diagnóstico Principal.

Cuando una persona tiene más de un diagnóstico, puede registrarse el segundo (y tercero) diagnóstico en esta columna. Para ello utilizaremos una casilla completa de la columna ***Diagnósticos*** para cada uno de los mismos. ***No registre dos o más diagnósticos en una misma casilla. Utilice una casilla para cada diagnóstico.***

Veamos en que casos hay que registrar más de un diagnóstico.

Si una persona acude a una visita repetida y en esa visita se le diagnostica una nueva patología, ¿Qué registraremos en el apartado ***Diagnósticos***?

- a) Las dos patologías
- b) Sólo la Nueva
- c) Sólo la Repetida

Si no ha podido contestar a esta pregunta, revise la última parte del apartado «Tipo de Consulta».

Por lo tanto, en caso de una visita ***Repetida*** para una patología que coincide con una ***Nueva para otra patología***, sólo se registra la ***Nueva***.

Si una persona es diagnosticada en una visita de dos o más cuadros patológicos, se han de seguir estas reglas:

— ***Si ninguna*** de las patologías ***es una Enfermedad de Declaración Obligatoria*** o una ***Complicación Materna o Perinatal***, se registrará ***una sólo*** patología. El personal de salud decidirá cual de las patologías se va a registrar.

— Si hay varias patologías y sólo una de ellas es una *Enfermedad de Declaración Obligatoria (E.D.O.)*, o una *Complicación Materna o Perinatal* registraremos sólo esta patología.

— Si hay varias patologías y más de una de ellas son de Declaración Obligatoria o sujetas a algún Programa en funcionamiento, se registrarán *todos los Diagnósticos de Enfermedades de Declaración Obligatoria (incluye ETS), sujetas a algún Programa y todas las Complicaciones Maternas o Perinatales*.

Recuerde que cuando tengamos que registrar más de un Diagnóstico para una misma persona en la misma visita *utilizaremos una casilla (una línea de registro completa) para cada diagnóstico*.

No importa si nos quedan varias líneas medio vacías, sólo con el *Diagnóstico y el Tratamiento* correspondiente y con un *sólo Número de Orden para todos los diagnósticos registrados* pertenecientes a la misma persona y visita.

La razón de utilizar *un espacio para cada diagnóstico* es para que se vean *claros* los diagnósticos y para poderlos *contrastar con los respectivos Tratamientos* cuando se haga un *Control de Calidad* de la Asistencia Prestada.

Los Diagnósticos pueden ser clasificados en un número limitado de Categorías. Pero esto se verá en la Etapa de Codificación que no corresponde a esta Guía. *No registraremos todavía nada en la Columna «CÓDIGO»*.

RESUMEN

Diagnóstico es la *conclusión* a la que llega el personal de salud, después del estudio de una persona determinada, sobre el *cuadro patológico que ésta padece*.

La *Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.)* establece un número limitado de *categorías* de la variable

enfermedad. Veremos esto en las etapas de codificación y clasificación del *procesamiento* de los datos.

El establecimiento de *Diagnósticos* es útil para la *Vigilancia epidemiológica, cobertura de Complicaciones Maternas y Perinatales* y para conocer la *Demanda Asistencial* por patología.

En la columna *Diagnósticos*, en caso de que haya varios y ninguno corresponda a una Enfermedad de Declaración Obligatoria o Complicación Materna o Perinatal, *el personal de salud decidirá cuál es el Diagnóstico Principal* que ha de registrarse.

Si hay *varios Diagnósticos* de Enfermedades de Declaración Obligatoria (*E.D.O.*) o de *Complicaciones Maternas y Perinatales* se registrarán todos ellos, utilizando *una casilla para cada uno*.

CASO NUEVO

Una persona puede acudir a Consulta Externa por un nuevo episodio patológico (sería una Consulta Nueva), sospechase un diagnóstico pero no poderse establecer en esta primera consulta. Se solicitan exámenes complementarios al laboratorio y se cita a la persona para una Consulta Repetida.

La Persona acude por segunda vez por este episodio patológico (es una Consulta Repetida) y de acuerdo con los resultados de los exámenes complementarios y/o con la evolución del cuadro establecemos un Diagnóstico Definitivo y un tratamiento acorde con ese diagnóstico. Este es el diagnóstico válido, el que se va a utilizar para obtener información sobre Casos Nuevos diagnosticados. Lo señalamos con una **X** en la columna Caso Nuevo para tenerlo en cuenta a la hora de realizar el resumen de datos.

Caso Nuevo sólo puede registrarse una vez para cada episodio patológico y persona.

En el caso de una enfermedad crónica, Caso Nuevo sólo puede ser registrado una vez en la vida de la persona.

RESUMEN

Se refiere a un *caso nuevo* de una determinada patología cuyo *Diagnóstico se confirma en esa visita*.

Nos sirve para *contabilizar los Diagnósticos* que han de tabularse para el *Informe Mensual de Vigilancia Epidemiológica* y otros *informes* sobre *patologías* detectadas en el Servicio de Emergencias (Complicaciones Maternas y Perinatales y ETS).

Cuando hayamos *confirmado un diagnóstico*, ya sea *en una Consulta Nueva o Repetida*, anotaremos una *X* en esta columna.

Para los *resúmenes* sobre *patologías* detectadas *sólo* tendremos en cuenta los diagnósticos de *Casos Nuevos* y solo los contabilizaremos una vez.

TRATAMIENTOS

Una vez establecido el o los diagnósticos definitivos, el personal de salud decide el tratamiento que debe de seguir esa persona. Este tratamiento puede ser *etiológico*, es decir, va dirigido a la causa que produce la enfermedad o puede ser *sintomático*, si va dirigido a disminuir o eliminar los síntomas que la enfermedad produce. Normalmente suele ser *mixto*.

Para cada uno de los *Diagnósticos registrados* anotaremos un resumen del *Tratamiento Etiológico* realizado. No registraremos, por lo tanto, los tratamientos sintomáticos en este apartado. El tratamiento completo ha de quedar registrado en la *Historia Clínica*.

El registro del *Diagnóstico con su respectivo Tratamiento etiológico* es *útil* para seguir el cumplimiento de Protocolos Terapéuticos. En nuestro caso queremos conocer hasta que punto se están aplicando los tratamientos propuestos en la Norma Boliviana de Salud NB-SNS-02-96 “Atención a la Mujer y al Recién Nacido, en Puestos y Centros de Salud y en Hospitales de Distrito”. Nos sirve, por lo tanto, para el *Control de Calidad de la Asistencia Prestada*.

Como en el caso anterior, utilizaremos una casilla completa para cada tratamiento en caso de que haya más de un diagnóstico registrado.

RESÚMEN

El *Tratamiento Etiológico* va dirigido a la *causa que produce la enfermedad* diagnosticada.

Es útil para el *Control de Calidad de la asistencia prestada*.
Los *Tratamientos* han de ajustarse a *protocolos* establecidos.

En la columna *Tratamiento* utilizamos una casilla completa para registrar el Tratamiento Etiológico de cada una de las enfermedades diagnosticadas. *No registre más de un tratamiento en la misma casilla*.

MUERTE EN SERVICIO (CAUSA DE MUERTE). CÓDIGO CIE

En caso de que el paciente *fallezca mientras esté en el Servicio de Emergencias Hospitalarias*, se registrará una *X* en la variable *Muerte en Servicio*. En el caso de que la persona llegue ya muerta al Servicio, no se registrará nada en este Cuaderno, pero se registrará la defunción en el Cuaderno de Hechos Vitales.

La *Causa de Muerte* se refiere a la *patología que ha producido la muerte* del paciente.

Al contrario que en el caso de las patologías diagnosticadas en un paciente, que pueden ser varias, *la Causa de Defunción es siempre única.*

El registro de esta variable es *útil* para conocer la *mortalidad en el Servicio de Emergencias Hospitalarias, según la causa.* Cruzándolo con los Diagnósticos establecidos en el Servicio obtenemos la *letalidad por causa.*

En este apartado se registra la *patología que ha producido la defunción.* Esta tiene que coincidir con alguna de las categorías contempladas en la *Clasificación Internacional de Enfermedades.*

RESUMEN

Se refiere a la *patología que ha producido la muerte* del paciente en el servicio de Emergencias Hospitalarias. Esta es siempre única.

Es *útil* para obtener la *mortalidad y la letalidad* en el Servicio de Emergencias hospitalarias *por causa.*

Se registra la *patología que produjo la muerte* del paciente. Ésta tiene que coincidir con alguna de las categorías contempladas en la *Clasificación Internacional de Enfermedades.*

En la etapa de Procesamiento de datos se registra el *Código* que corresponda a la causa de defunción de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en el apartado *CÓDIGO CIE.*

REMITIDA A

Decimos que una persona es “***Remitida***” a cuando el personal de salud decide hospitalizarla y la ingresa en un servicio de hospitalización o la remite a un servicio de consulta externa para su seguimiento

Es útil para evitar duplicación de diagnósticos. Si una persona es ingresada en una sala de hospitalización o remitida a consulta externa, volverá a ser registrada en el correspondiente Cuaderno de hospitalización o de consulta externa con su diagnóstico definitivo. Si una persona es diagnosticada en emergencias y luego ingresada en una sala de hospitalización, no consideraremos a la persona como Caso Nuevo de emergencias para evitar duplicación con el registro de hospitalización o de consulta externa.

Registramos en la columna correspondiente una C (Consulta) o una H (Hospitalización) dependiendo de donde se ha remitido o ingresado a la persona.

Cuando contabilicemos los casos nuevos de Enfermedades de Declaración Obligatoria y las Complicaciones Maternas y Perinatales tendremos cuidado de no contabilizar el mismo caso dos veces como Caso Nuevo, una en el Cuaderno de Hospitalización o de consulta externa y otra en el de emergencias.

Para ello, en principio, no contabilizamos en emergencias a los casos diagnosticados y luego ingresados o remitidos a consulta. Serán contabilizados en el Cuaderno de Hospitalización o de Consulta Externa correspondientes. De todas formas podemos contrastar información. Puede haber casos que derivemos a un servicio de hospitalización o de consulta externa que no lleguen nunca a su destino. En esos casos tendremos en cuenta el diagnóstico establecido en emergencias.

RÉSUMEN

Una persona es *Remtida* a un servicio de consulta externa o a un servicio de hospitalización cuando es enviada a uno de estos servicios por el personal de salud.

Es útil para *evitar duplicaciones* al resumir los datos sobre casos nuevos diagnosticados.

Se registra una C o una H en la columna correspondiente según a donde se haya remitido a la persona para su seguimiento o ingreso.

REFERIDA A, NÚMERO DE BOLETA DE REFERENCIA, CONTRA-REFERIDA DE

Decimos que una persona es *Referida a* cuando se le envía a un establecimiento de nivel superior por limitaciones para diagnosticarla o tratarla en el mismo Centro de Salud u Hospital de Distrito.

Al igual que en el Apartado «Referida de» solo se anotarán datos en esta casilla cuando la persona sea referida a otro establecimiento de salud.

Lo primero que hay que hacer, en caso de una Referencia Externa, es *rellenar y numerar la Boleta de Referencia*.

Como ya veremos en la etapa de Procesamiento de los datos, los diagnósticos de las personas referidas no se tienen en cuenta a la hora de contabilizar las patologías diagnosticadas en el Servicio de Consulta Externa. Hacemos esto para evitar duplicaciones. Se supone que el diagnóstico será establecido, con más fiabilidad, y registrado en el establecimiento al que referimos a la persona.

En la *primera columna* se anota el *Nombre de la Localidad* en la que está el establecimiento de salud al que referimos a la persona. Si el establecimiento tiene un nombre propio, lo registraremos, entre paréntesis, en esta columna.

En la *segunda columna* de este apartado se registra el *Tipo de Establecimiento Sanitario* al que se está refiriendo el caso.

Desde un *Centro de Salud y un Hospital de Distrito* pueden referirse personas a:

- *Centro de Salud-Hospital (C.S.H.)*
- *Hospital de Distrito (H.D.)*
- *Hospital de Tercer Nivel (H.III.)*

Los establecimientos están ordenados del nivel más bajo al más alto. Los establecimientos sanitarios podrán referir pacientes a otros establecimientos de nivel superior.

En esta *segunda columna* anotaremos las *iniciales del Tipo de Establecimiento Sanitario* al que vayamos a referir a la persona.

En la columna “*N BOL*”, anotamos el número de la Boleta de Referencia con la que referimos a la persona.

En la columna “*Contra-Referida de (CR DE)*” señalamos con una *X* si la persona ha vuelto a nuestro establecimiento con una Boleta de Contra-Referencia o un Informe Clínico.

El *porcentaje de personas referidas* (sobre el total de atendidas) y *a qué establecimientos se envían*, nos sirve para saber *si se está atendiendo lo establecido para el nivel de Centro de Salud o de Hospital Distrital* y si se están *cumpliendo los esquemas de regionalización* establecidos. Es útil también para *evitar duplicaciones de casos nuevos diagnosticados*.

La *Boleta de Referencia* ha de tener registrado, al menos, el *motivo de referencia* y el *tratamiento recibido* por la persona. La de *Contra-Referencia* ha de tener al menos el diagnóstico establecido (con resultados de exámenes complementarios), el tratamiento recibido y el tratamiento que debe seguir la persona.

Esto facilita el estudio de la persona en el establecimiento al que se la remite. Por un lado *mejora la calidad de la atención* y por otro *ahorra recursos*.

Toda persona *referida* ha de ir *provista de su Boleta de Referencia* y ha de *ser devuelta* al establecimiento que la refiere *con su Boleta de Contra-referencia*.

Hemos dicho que este trámite:

— Mejora la _____ de la _____ y

— _____ recursos

El *Porcentaje de personas referidas con Boleta* nos indica hasta que punto se está cumpliendo este requisito. Debe de tender al 100%.

RESUMEN

Decimos que una persona es *Referida a* cuando se la envía a un establecimiento sanitario de Nivel superior.

Registramos primero el *Nombre de la Localidad* donde se encuentra el establecimiento (y su nombre propio) y las iniciales del *Tipo de Establecimiento*

Podemos establecer las siguientes *categorías* de *Tipo de Establecimiento*:

— *Centro de Salud-Hospital (C.S.H.)*

— *Hospital de Distrito (H.D.)*

— *Hospital de Tercer Nivel (H.III.)*

Es útil para saber si *se está atendiendo lo establecido para el nivel de Centro de Salud* o de *Hospital de Distrito*, si se están *cumpliendo los esquemas de regionalización* establecidos y para *evitar duplicaciones* al contabilizar casos nuevos.

El *Porcentaje de personas referidas con Boleta* nos indica hasta que punto *se está cumpliendo este requisito*.

Se registra la *Localidad* en donde se encuentra, el *Nombre* y las *iniciales del Tipo de Establecimiento Sanitario*.

Se anota el *Número de la Boleta de Referencia* con la que se la envía. Si la persona vuelve con una *Boleta de Contra-Referencia* se anota una *X* en la columna *CR DE*.

NÚMERO DE RECIBO DE INGRESO

En esta columna se anota el *Número de recibo de Ingreso o de Deudor* del sistema Financiero Contable que se le da a la persona, según esta realice el pago de la consulta o quede deudora de la misma.

En caso de que realice un pago parcial, se registrará el número de ambos recibos.

Cuando la persona está exenta de pago, se registrará lo siguiente:

- a) Cuando la *exención se deba a indigencia* se registrará la abreviatura «*IND*».
- b) Cuando la *exención se deba a algún tipo de Seguro* se registrará la abreviatura «*SEG*».

PRIMERA CONSULTA DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL AÑO (1ª SR)

Si se trata de una mujer en edad fértil, es la primera vez que acude en ese año al establecimiento (descartar que haya acudido a Control Prenatal o a Control para la Mujer no Gestante) y es diagnosticada de una complicación materna o de una enfermedad de transmisión sexual, anotaremos una *X* en este apartado.

OBSERVACIONES

Como ya hemos dicho en otras ocasiones, en este espacio el personal de salud registra lo que él considere necesario y, para que no pasen desapercibidos a la hora de hacer el resumen, volverá a registrar los códigos de los diagnósticos de patologías Maternas y Perinatales.

Repasemos los objetivos de todo el tema, completando las siguientes frases:

10.1. Listar las variables y categorías contenidas en el Cuaderno de Emergencias.

Las dos variables de *Identificación del Paciente*, no estudiadas en el Capítulo, 4 son *la* _____ *y* *el* _____.

Sobre el *Sistema de Referencia y Contra-referencia* hay que registrar (en caso de que la persona sea referida) lo siguiente:

Localidad o establecimiento sanitario de dónde se refiere y Tipo de
_____ *o Agente* _____ *que refiere*

Boleta de _____

Contra-Referida _____

Nombre del establecimiento al que se _____ *(y* _____ *)*

Número de _____ *de* _____

_____ *de*

Al ser un Cuaderno de Consulta Externa, tenemos que registrar también:

el _____ *de* _____

en número de _____ *solicitados*

los _____ *establecidos*

los Códigos

los _____ detectados y

los _____ impartidos

Contemplamos la posibilidad de que una persona muera en el servicio de emergencias antes de poder ser ingresada en un servicio de hospitalización. Anotamos la _____ que ha producido la muerte y su código

Registramos si la persona ha sido _____ a un servicio de hospitalización o a un servicio de consulta externa para su seguimiento.

Repase otra vez mentalmente las dieciocho **variables** que acabamos de ver. ¿Recuerda cuáles son las otras **siete variables** vistas en el Capítulo 4?

- _____
- _____ *de* _____
- _____ *de* _____
- _____
- _____ *de* _____
- _____ *de* _____ **en el Año**
- _____

Definir, delimitar las categorías, establecer la utilidad y explicar cómo se registran las siguientes variables:

10.2 Hora de Llegada

Definición

Se refiere a la _____ **en que** _____ la persona en el Servicio de Emergencias .

Tiene una *utilidad* _____.

Se registra la _____ y _____, separados por dos puntos (:), en que la persona *ingresa en este Servicio*. La hora se registra sobre 24 horas y no sobre 12.

10.3 Edad

Definición

Edad son los _____ (*meses o días*) que tiene _____ la persona el día en que se realiza la consulta.

Categorías

Se establecen los siguientes *7 Grupos de Edad*: *menor de 1 año, de _ a _ años, de 5 a 9 años, de _ a _ años, de 15 a 19 años, de _ a _ y de _ y más años.*

Utilidad

Junto con el Sexo, nos sirve para detectar _____ *de* _____ (por edad y sexo) para determinadas patologías y _____ *de* _____ del servicio.

Forma de Registrarlo

Se registran los _____ *que tiene* _____ la persona en la columna del _____ *de* _____ *que le corresponde*. Si la persona tiene *menos de 1 año*, anote los _____ *o* _____ *que tiene cumplidos* en la columna « _____ ».

10.4 Sexo

Definición

El *sexo* de la persona es el establecido en el registro de nacimiento y el que consta en su documentación personal

Categorías

El **sexo** tiene dos categorías, _____ y _____.

Utilidad

Es útil para detectar **Grupos de** _____ y de _____.

Forma de Registrarlo

Se anota una ___ en la columna ___ (Masculino) o una ___ en la columna ___ (Femenino)

10.5. Referida de

10.6. Boleta de Referencia

10.7. Contra-Referida a

Definición

Decimos que una persona es **Referida de** cuando viene al establecimiento de salud porque ha sido enviada por otro _____ de salud o por un agente comunitario. Puede venir ___ una **Boleta de Referencia** y ser devuelto con una **Boleta de** _____.

Utilidad

Es útil para conocer ___ **dónde** _____ **referidas** las personas y que _____ de las mismas **vienen y son devueltas con la Boleta.**

Sirve también para **evitar** _____ **de casos** _____ de enfermedades de declaración obligatoria.

Forma de Registrarlo

Se registra el *nombre del* _____ o de la _____ de la que vienen referidas. Se registra la abreviatura del tipo de _____ o de agente de salud comunitario que refiere. Se anota una *X* en la columna «_____» si viene con una *Boleta de Referencia* y en la Columna *CRA* si la devolvemos con una *Boleta de* _____.

10.8. Tipo de Consulta

Definición

El *Tipo de Consulta* hace referencia a la toma de contacto de la persona con el Servicio por primera vez en el año o por un episodio patológico determinado y a las visitas posteriores por este mismo episodio.

Categorías

«*Primera Consulta del Año*» (*P*) es la _____ consulta que realiza una persona en el _____ a el Centro de Salud u Hospital, no importando el motivo o el servicio.

«*Consulta Nueva*» (*N*) es la primera consulta que realiza una persona por un _____ determinado.

«*Consulta Repetida*» (*R*) son las que se realizan, después de la «_____», para un mismo episodio patológico.

Utilidad

Es útil para conocer la _____ real del Servicio y la _____ *de Consultas*.

Forma de registrarlo

Se anota la _____ en la casilla correspondiente. La *Primera consulta del año* puede coincidir con una consulta _____ para un determinado episodio patológico o con una consulta _____.

10.9. Exámenes Complementarios

Definición

Se refiere a la _____ *de Exámenes Complementarios*, solicitados por un determinado servicio de hospitalización, a un Servicio o *Servicios Auxiliares de Diagnóstico*.

Utilidad

Es útil para calcular el _____ *de los Exámenes Complementarios* para cada Servicio Asistencial del establecimiento sanitario. También sirve para llevar un control cruzado entre exámenes solicitados y realizados.

Forma de Registrarlo

Se registra en esta casilla el *Nombre o Nombres de los* _____ *de Diagnóstico* a los que se solicitan los exámenes y el *número de* _____ a cada uno de ellos.

10.10. Diagnósticos

Definición

Diagnóstico es la _____ a la que llega el personal de salud, después del estudio de una persona determinada, sobre el *cuadro* _____ *que ésta padece*.

La *Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.)* establece un número limitado de *categorías* de la variable *enfermedad*. Veremos esto en las etapas de codificación y clasificación del *procesamiento* de los datos.

Utilidad

El establecimiento de *Diagnósticos* es útil para la _____ y para conocer la _____ por patología.

Forma de Registrarlo

En la columna *Diagnósticos*, en caso de que haya varios y ninguno corresponda a una Enfermedad de _____, *el personal de salud decidirá cuál es el Diagnóstico Principal* que ha de registrarse.

Si hay _____ *Diagnósticos* de Enfermedades de Declaración Obligatoria (*E.D.O.*), o *Complicaciones Maternas y Perinatales se registrarán* _____ *ellos*, utilizando *una casilla para* _____ de ellos.

10.11. Códigos: No es tema de esta Guía

10.12. Caso Nuevo

Definición

Se refiere a un _____ de una determinada *patología* cuyo _____ *se confirma en esa visita*.

Utilidad

Nos sirve para *contabilizar* los _____ que han de tabularse para el _____ de _____ y otros *informes* sobre *patologías* detectadas en el Servicio de Consulta Externa.

Forma de Registrarlo

Cuando hayamos confirmado un _____, anotaremos una *X* en esta columna. Para los *resúmenes sobre patologías* detectadas *sólo* tendremos en cuenta los diagnósticos de *Casos Nuevos*

10.13 Tratamientos

Definición

El **Tratamiento** _____ va dirigido a la **causa que produce la enfermedad** diagnosticada.

Utilidad

Es útil para el _____ de _____ de la **asistencia prestada**. Los **Tratamientos** han de ajustarse a _____ establecidos.

Forma de Registrarlo

En la columna **Tratamiento** utilizamos una casilla completa para registrar el Tratamiento Etiológico de cada una de las enfermedades diagnosticadas. **No registre _____ tratamiento en la misma casilla.**

10.14 Muerte en Servicio

Se refiere a la _____ que ha producido la _____ de la persona en el servicio de Emergencias Hospitalarias. Esta es siempre única.

Es **útil** para obtener la _____ y la **letalidad** en el Servicio de Emergencias hospitalarias **por causa**.

Se registra la **patología que produjo la muerte** del paciente. Ésta tiene que coincidir con alguna de las _____ contempladas en la **Clasificación Internacional de Enfermedades**.

10.15 Código

No es tema de esta Guía

10.16 Remitida

Definición

Una persona es **Remitida a** un servicio de hospitalización cuando es _____ a ese servicio por el personal de salud o cuando es _____ servicio de consulta externa para su seguimiento.

Utilidad

Es útil para **evitar** _____ al resumir los datos sobre casos nuevos diagnosticados.

Forma de Registrarlo

Se registra, en la columna correspondiente, la inicial ____ si ha sido ingresada en un servicio de hospitalización o la inicial ____ si ha sido remitida a un servicio de consulta externa para su seguimiento

10.17. Referida a (Nombre y Tipo de Establecimiento)

10.18. Número de Boleta de Referencia

10.19. Contra-Referida de

Definición

Decimos que una persona es "**Referida a**" cuando _____ a un Establecimiento Sanitario de Nivel superior. Registramos el Nombre de la _____ donde esta ubicado y las _____ del Tipo de Establecimiento

Categorías

Podemos establecer las siguientes **categorías** de **Tipo de Establecimiento**:

- **Centro de Salud-Hospital** (____.)
- **Hospital de Distrito** (____.)
- **Hospital de Tercer Nivel** (____.)

Utilidad

Es útil para saber si *se está atendiendo lo establecido para el nivel de Centro de Salud u Hospital de Distrito* y si se están *cumpliendo los esquemas de _____* establecidos.

El _____ *de personas referidas y contra-referidas con Boleta* nos indica hasta que punto *se está cumpliendo este requisito*.

Forma de Registrarlo

Se registra la _____ *donde está el establecimiento sanitario*, el *nombre* (si lo tiene) y las _____ del *Tipo de establecimiento*. También se anota el _____ *de la _____ de Referencia* con la que se la envía y una *X* en la columna _____ si es devuelta *con Boleta de _____*.

Número de Recibo de Ingreso

Se registra el *número de recibo de _____ si* la persona *paga*, el de _____ en caso de que *no pague nada* y el *número de los dos recibos* en caso de que *pague _____*.

Si la persona está *exenta de pago*, porque está cubierta por un _____ o sea _____, En este caso se anota las abreviaturas _____ *o* _____, respectivamente.

Si se trata de una mujer en edad fértil que acude por primera vez en el año a ese establecimiento y es diagnosticada de una _____ o de una enfermedad de _____ (ETS), anotaremos una *X* en la columna *Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año (1ª SR)*.

En el apartado de *Observaciones* anotaremos el código de la Complicaciones Maternas que se hayan diagnosticado.