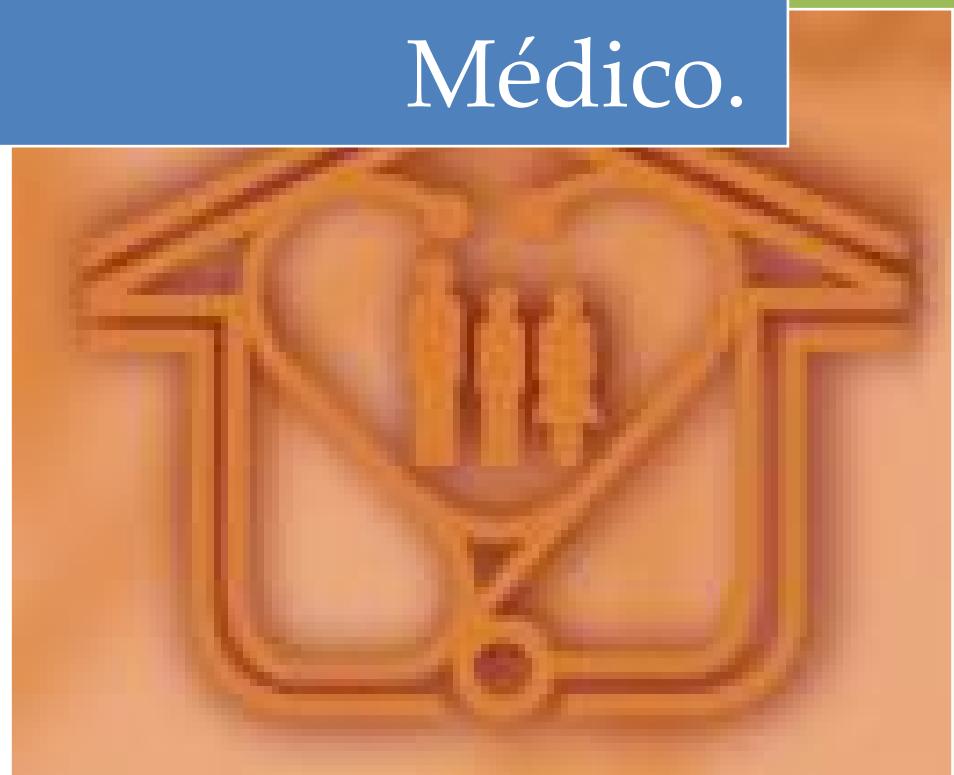


1ra Edición

Guía de Apoyo para la Docencia y Atención en el Consultorio Médico.



D. H. Olguín

D. J. Guillen

K. E. León

GUÍA DE APOYO PARA LA DOCENCIA Y ATENCIÓN EN EL CONSULTORIO MÉDICO

Autor-Principal

Dennis Hugo Olguín Flores

Estudiante de 5^{to} Año de Medicina. Alumno Ayudante 1 en Medicina Interna. NPFML

Co-Autores

Daniel José Guillén Peregrín

Estudiante de 3^{er} Año de Medicina. Alumno Ayudante 2 en Cirugía General.

Katherine Epifany León Rosales

Estudiante de 5^{to} Año de Medicina. Alumno Ayudante 1 en Medicina Interna. NPFML

PRIMERA EDICIÓN

Agradecimientos
Rosa Teresa Flores Tamayo y
Hugo Justo Olguín mis padres

“La medicina honra y enriquece a quienes la cultivan”

Descartes.

Prologo

Con la presente 1ra edición de Guía de apoyo para la docencia y atención en consultorio médico que desea contribuir en el aprendizaje sobre manejo del consultorio médico de las especialidades que con más frecuencia encuentran los estudiantes de la carrera de medicina en este escenario docente.

Es esta primera edición recopila la información mínima necesaria para un correcto desarrollo de habilidades sobre el manejo del consultorio

Vaya mi reconocimiento a todos los profesionales que desenvuelven un arduo trabajo en esta área docente ya que con su experiencia contribuyeron a posibilitar esta primera edición

Espero que esta edición sea bien recibida por sus lectores, lo cual me estimularía aun más.

Dennis H. Olguín F.

INDICE

Pág.

Prologo
Agradecimientos
Prologo

Primera Parte - Medicina Interna.....	1
Historia clínica.....	3
Primera evolución médica.....	9
Evolución médica diaria.....	10
Hoja de metodología diagnóstica.....	11
Hoja de balance hidro-mineral.....	12
Hoja de tratamiento.....	13
Hoja de egreso.....	14
Hoja de epicrisis.....	15
Datos para hidratación.....	16
Valores normales de referencia.....	17
Modelo de dieta (mod 53 08).....	21
Dietario médico nacional de cuba	22
Certificado médico (mod 53-63)	24
Listado de categorías de enfermedades y Guía para la certificación de días de reposo....	25
Modelo de EDO (mod 84-01-1).....	30
Listado de enfermedades de declaración obligatoria y código a utilizar.....	31
Correcta prescripción de medicamentos topados	33
Modelo de receta medico (mod 53-01-1).....	34
Guía para la correcta prescripción medicamentos por receta médica (modelo 53-05-1).....	35
Certificado de tratamiento con medicamentos controlados por tarjeta (modelo 53-69).....	39
Medicamento emitidos por certificado de tratamiento con medicamentos controlados por tarjeta (modelo 53-69)	40
Medicamentos se prescriben por tarjeta control con regulaciones especiales.....	42
Modelo recetario control de estupefacientes y sicotrópicos (modelo 32-17).....	43
Certificado de Defunción para fallecidos de 28 días y más mod 8-111 (18-39-2).....	44
 Ginecología-Obstetricia.....	48
Historia clínica de la embarazada	50
Control de la embarazada.....	55
Características del la atención pre- natal.....	56
Tarjetón de la embarazada.....	57
Curva de peso, Altura uterina, Tensión arterial	58
Valoración nutricional según IMC.....	59
Ganancia de peso según ICM	59
Calculo de la dieta	59

Patrones de dieta	59
Complementarios trimestrales.....	60
Vacunación toxoide tetánico.....	60
Complementarios de alta tecnología.....	61
Maniobras de Leopold.....	62
Conceptos situación, presentación, posición.....	63
Indicaciones principales del U/S.....	64
Biometría fetal.....	65
Marcadores genéticos.....	66
Patrón de contracciones uterinas (26 sem).....	67
Test de Bishop para ultrasonido transvaginal	67
Volumen del líquido amniótico durante la gestación.....	67
Clasificación del feto	67
Metodología de escritura de ultrasonido genético.....	68
Metodología de escritura de ultrasonido transvaginal.....	69
 Tercera Parte – Pediatría.....	 70
Historia clínica del recién nacido	72
Control del Recién Nacido, Lactante, Transicional o Niño.....	76
Esquema oficial de vacunación.....	77
Guía de alimentación para menores de un año.....	78
Escala del desarrollo motor del primer año de vida.....	79
Desarrollo dentario.....	79
Puntuación de apgar.....	80
Peso.....	80
Circunferenciacefálica.....	80
Osificación.....	80
Control de esfínteres.....	80
Tabla de Percentil Peso/talla I Masculino.....	82
Tabla de Percentil Peso/talla II Masculino	83
Tabla de Percentil Peso/Talla I Femenino.....	84
Tabla de Percentil Peso/Talla II Femenino.....	85
Tabla de Percentil Índice de Masa Corporal/Edad Masculino.....	86
Tabla de Percentil Índice de Masa Corporal/Edad Femenino.....	87
Tabla de Percentil Edad/Peso Masculino.....	88
Tabla de Percentil Edad/Peso Femenino.....	89
Tabla de Percentil Talla/Edad meses Masculino.....	90
Tabla de Percentil Talla/Edad meses Femenino.....	91
Tabla de Percentil Talla/Edad Masculino.....	92
Tabla de Percentil Talla/Edad Femenino.....	93
Tabla de Percentil Circunferencia Cefálica/Edad (meses) Masculina.....	94
Tabla de Percentil Circunferencia Cefálica/Edad (meses) Femenina.....	94
Tabla de Percentil Circunferencia Cefálica/Edad Masculina.....	95
Tabla de Percentil Circunferencia Cefálica/Edad Femenina.....	96
Tabla de Percentil Desarrollo sexual Masculino.....	97
Tabla de Percentil Desarrollo sexual Femenino.....	97
Complementarios en pediatría.....	98
Dosis pediátrica de los medicamentos más usados en consultorio	104
Hidratación en Pediatría.....	107
Horas de Sueño en el Niño.....	109

Enfermería.....	110
Dispensarización.....	112
Consulta del adulto sano.....	112
Metodología para la realización del terreno	113
Frecuencia mínima de evaluación.....	114
Criterios de la clasificación estructural de la familia.....	115
Como hacer un Familiograma básico.....	116
Lavado social de las manos.....	117
Lavado higiénico o médico de las manos.....	118
Lavado quirúrgico de las manos.....	119
Vía de administración oral.....	122
Inyección intradérmica.....	124
Inyección subcutánea o hipodérmica.....	126
Inyección intramuscular.....	128
Inyección endovenosa o intravenosa.....	131
Mensuraciones y ponderaciones.....	133
Listado de medicamentos de Consultorio Médico de Familia.....	137

PRIMERA PARTE

MEDICINA INTERNA

HISTORIA CLINICA

Fecha: ___ / ___ / ___

Hora: _____ am

Datos del Paciente

Nombre: _____ Hora: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Raza: _____

Lugar de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____

Motivo de Ingreso:

- Síntomas o signos más importantes (1-2) (Determinar los nosotros)
- No se describen
- Utilizar lenguaje técnico
- Tener en cuenta regiones anatómicas

Historia de la enfermedad actual:

- Comienza con la palabra "Paciente"
- Solo se ponen APP cuando están relacionados con la enfermedad actual
- Respetar el orden en que ocurren los hechos
- Describir lo que ocurre cronológicamente (día por día)
- Utilizar lenguaje técnico
- Agotar el síntoma
- La historia termina "...por eso acude a Cuerpo de Guardia donde se decide su ingreso para estudio y tratamiento."

APP:

Reacción a medicamentos:

- Especificar cuales
- Si no refiere poner: "Niega reacción a medicamentos, pero añadir: incluyendo antibióticos, analgésicos /antiinflamatorios y yodo".

Transfusiones:

Traumatismos:

Operaciones:

APF: Madre (V o +/ enfermedades o sana) Padre (V o +/ enfermedades o sano)

Hermanos (#) (#V/ sanos) (#V/enfermedades) (#+/ causa de la muerte)

Otros familiares con enfermedades de importancia (V o +/ enfermedades)

Hábitos tóxicos:

Tabaco (cuantos al día)Alcohol (que toma y cuantos mls)Café (tazas al día)Drogas (especificar)

Género de vida:

Horas diarias de trabajo: Horas diarias de recreo:

Vacunaciones recibidas:

Anti-polio <input type="checkbox"/>	Toxoide tetánico <input type="checkbox"/>	B.C.G. <input type="checkbox"/>	Anti-tífica <input type="checkbox"/>	Pentavalente <input type="checkbox"/>
BCG <input type="checkbox"/>	AM - BC <input type="checkbox"/>			

Certificado de prevención de enfermedades:

- Si tiene poner: Serie y Número

- Si no poner: "No tiene"

Vivienda:

Urbana Rural

Piso: _____ Techo: _____ Paredes: _____

Agua: (de donde es y si es o no hervida)

Servicio sanitario: (que es, donde esta y si es exclusivo o no de la vivienda)

Conviven: # personas

Vectores: (agregar si hay animales domésticos)

Interrogatorio por Aparatos

Respiratorio: (disnea, tos, expectoración, hemoptisis, vómita, dolor en el pecho)

Cardiovascular: (dolor precordial, palpitaciones, disnea al esfuerzo)

Digestivo: (disfagia, pirosis, dolor, cólicos, náuseas, vómitos, hematemesis, melena, enterorragia, (intolerancia alimenticia, eructos, flatus, diarreas, tenesmo rectal, constipación, ictericia, hemorroides)

Genitourinario: (dolor, hematuria, uretrorragia, nicturia, disuria, polaquiuria, retención, incontinencia,

(hemospermia, tumor, fistulas, orina, turbia, cálculos, impotencia, frigidez, exudación uretral)

Ginecológico: Última menstruación: / / Formula menstrual: / Menarquia: años

Menopausia: años G: P: A: (especificar: # espontáneos)
(leucorrea, menalgia, metromenorragia, amenorrea, dolor, frigidez, tumores) (si es hombre: ♂)

Hemolinfopoyético: (fragilidad capilar, equimosis, petequias, bazo, adenopatías)

Nervioso: (cefalea, convulsiones, alteraciones de los sentidos, sensitivas)

Endocrino: (relativo a hipófisis, tiroides, paratiroides, suprarrenales, páncreas, ovarios o testículos)

Otros datos: (astenia, anorexia, perdida de peso, fiebre, sangramientos)

- ⦿ Si tiene algún síntoma: explicarlo
- ⦿ Si ya fue descrito en HEA poner: "lo referido en HEA"
- ⦿ Si no tiene poner: "no refiere síntomas"

Historia Psicosocial

Paciente nacido por parto (eutósico=normal, cesárea) en el hospital (o en su casa) que es el (# ordinal) de (# total) hermanos. Tuvo (o no y porque) un desarrollo psicomotor normal.

Comenzó la escuela a los "x" años, estudió hasta el "x" grado y durante ese tiempo no repitió ningún grado (si repitió especificar cual, cuantas veces y porque). Dejó de estudiar por... (). Las relaciones con sus compañeros siempre fueron (o no y porque) buenas. Se graduó de (tal cosa) hace "x" años.

Comenzó a trabajar a los "x" años, como "tal cosa"; cambió de trabajo a "tal tiempo" por.... Fue a trabajar a...; allí trabajo durante "x" años y se fue por.... Actualmente trabaja en (...) y manifiesta que le gusta (o no) su trabajo. Las relaciones con sus compañeros son (o no y porque) buenas.

Tuvo su primera relación sexual a los "x" años, la cual considera que fue (o no) satisfactoria. Se casó por primera vez cuando tenía "x" años y se divorció a los "x" años porque.... Se volvió a casar a los "x" años y se divorcio "x" años después. Lleva "x" años casado con su actual esposa con la cual tiene "x" hijos y afirma que tienen (muy) buenas relaciones.

No practica ninguna religión o deporte (si lo practica especificar cual). Dedica su tiempo libre a (...), y su diversión favorita es.... Ha estado (o no) ingresado en otras ocasiones y tiene confianza (o no) en que se curara. No le teme (o si) a la muerte porque la considera algo natural. Tiene (o no) quejas del trato recibido en el hospital y tiene "tal" opinión de los médicos y demás personal que lo atiende.

Examen Físico General

Paciente normo líneo (brevilíneo o longilíneo) que **deambula sin dificultad. Con facies y marcha no característica de procesos patológicos** (si es una facies o) (marcha característica de neurológico, poner: "Con facies y marcha que serán) (descritas en Sistema Nervioso"), que **guarda un decúbito activo indiferente** (forzado,...). **Actitud de pie y en el lecho normal** (si es patológica describirla y poner al final: "que recuerda a la actitud: gatillo de escopeta, opistotono,... etc.) **Piel propia de su edad, sexo y raza; de color, grosor, humedad, temperatura y elasticidad normales.** (si tiene cicatriz y lesiones elementales describir) (si tiene hematomas o manchas purpúrico-hemorrágicas poner: "que serán descritos en Sistema Hemolinfopoyético") **Mucosas húmedas y normo coloreadas.** (si tiene algo anormal describir) **Pelos de cantidad y distribución normal, vello sexual normal, vello no sexual normal.** (ausente en tal lugar, abundante en tal zona, compatible con... hipertricosis....) **Uñas de morfología, color, flexibilidad, grosor y estriaciones normales.** (si hay algo anormal describir) **Panículo adiposo: Conservado.** (aumentado o disminuido) **TCS: no infiltrado por edema, mixedema ni enfisema subcutáneo.** (si hay describir donde; tener en cuenta que ni el mixedema(duro y firme) ni el enfisema(crepita) dejan Godet)

SOMA: Articulaciones de forma y aspecto normal, no signos de inflamación articular. No dolor a la movilización activa ni pasiva, amplitud del recorrido articular normal, no crujidos. (describir)

Peso habitual: _____ Kg. Peso actual: _____ Kg. IMC: _____
Talla: _____ cm. Temperatura: _____ °C

Examen Físico Regional

Cabeza: Cráneo: Normal, Cara: Normal

Cuello: Cilíndrico, flexible a los movimientos activos y pasivos (si es doloroso poner). No adenopatías ni otras tumoraciones (si hay poner: "que serán descritas en S. Hemolinfopoyético".) **Tiroides no visible ni palpable.** (si hay algo anormal describir)

Tórax: Normoconfigurado, (si es patológico describir y poner: " que recuerda tal tipo de tórax ") **No abombamientos ni retracciones, no circulación colateral** (si hay poner: "que será descrita en SVP")

Regiones axilares: No tumoraciones.

Mamas: (si es Hombre) Mamilas normales.

(si es Mujer) Serán descritas en Aparato Ginecológico.

Abdomen: **Inspección:** Abdomen plano, (excavado o globuloso) que sigue los movimientos respiratorios, simétrico, no circulación colateral (si hay: "que será descrita en SVP") (si hay cicatriz: "que fue descrita (en Examen Físico General")

Auscultación: RHA presentes y normales en intensidad y frecuencia

Percusión: Timpanismo abdominal normal.

Palpación: No doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalia. Punto vesicular y punto apendicular no dolorosos (si se palpa algo: decir localización, forma, tamaño, consistencia: dura o blanda, dolorosa o no, superficie, si es fija o no) (si hay dolor buscar reacción de Blumber: Blumber positivo o negativo)

Regiones inguinales: Ausencia de hernias, no adenopatías ni otras tumoraciones (si hay adenopatías : "que serán descritas en Sistema Hemolinfopoyético") (si el paciente no quiere: " No explorado porque el paciente se niega")

Extremidades { **Superiores:** Normales

(si hay algo describir)

Inferiores: Normales

Columna Vertebral: Normal

Examen Físico Por Aparatos

Aparato Respiratorio:

Inspección: (tipo de respiración) no tiraje ni cornaje. Expansibilidad torácica conservada. FR: "x" resp/min.

Palpación: Expansibilidad torácica de base y vértice normal. V.V: conservadas. No frémitos pleurales ni bronquiales.

Percusión: Sonoridad pulmonar normal.

Auscultación: M.V: Normal, no estertores, ausencia de roces. No soplos pulmonares ni pleurales. (si hay algo anormal describir donde)

Aparato Cardiovascular:

Inspección: Área cardíaca normal, latido de la punta visible en el 5^{to} E.I.I. a nivel de la LMC. (o no visible)

Palpación: Latido de la punta palpable en el 5^{to} E.I.I. a nivel de la LMC. No frémito pericárdico, no thrill. (si el latido se encuentra en otro lugar o es anormal describir, si hay frémito decir donde y como es)

Auscultación: RC rítmicos y bien golpeados, no soplos (si se encuentra uno describir características y clasificarlo) No roce pericárdico. F.C.C: 80 Lat./min.

SAP: Pulso periféricos presentes, simétricos y sincrónicos, de amplitud normal. F.C. Periférica: 80 Lat./min. TA: Brazo derecho: 120/80 mm de Hg.

Brazo izquierdo: 115/75 mm de Hg.

SVP: No circulación colateral, ausencia de varices. (si hay describirlas)

Sistema Digestivo:

Boca y labios normales, mucosa bucal y lingual normal, arcadas dentarias normales. Orofaringe normal (úvula y amígdalas)

BS: 5^{to} E.I.D

Hígado: { (si hay hepatomegalia: tamaño, dolorosa o no, superficie....)
BI: No rebasa el reborde costal derecho

Tacto rectal: Región perianal normal, no tumoraciones, no fístulas, no hemorroides visibles.

Paredes rectales normales, no tumoraciones. Próstata de tamaño y consistencia normales. (si el paciente no quiere: "No realizado porque el paciente se niega")

Aparato Genitourinario:

Fosas lumbares no tumorales. Maniobra de puño percusión no dolorosa. Riñones no palpables por las maniobras de Glenard, Guyon y peloteo.

<u>PPRU:</u>	Anteriores:	{ Superior. }- medio. No dolorosos
	Inferior. :	No explorado porque el paciente se niega.
	Posteriores:	{ Costo musculares: No dolorosos Costo vertebrales: No dolorosos }

A distancia: Supraíntraespino, Supriliaco lateral, Inguinal ↗ No dolorosos

Genitales externos: normales o no explorados porque el paciente se niega.

Aparato Ginecológico:

Mamas: Simétricas, erectas (péndulas) no tumoraciones, areola y pezón normales.

Tacto vaginal: Introito vaginal normal, paredes vaginales normales, fondo de saco libre. Útero en retroversión (anteroversión o central) de tamaño y consistencia normales, no tumoraciones.

Anejos no tumorales ni dolorosos. (si la paciente se niega: "No explorado porque la paciente se niega") (si es un hombre: "Paciente masculino o ♂")

Sistema Hemolinfopoyético:

Bazo no percutible ni palpable por la Maniobra de Schuster. No adenopatías. (si hay adenopatías decir: localización, numero, aisladas o en grupos, adherencia a la piel, características de la piel que la rodea, dolorosas o no). No manifestaciones purpúricas ni hemorrágicas (describir si las hay)

Sistema Nervioso:

Conciencia: Paciente, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona. Memorias remota y reciente conservadas. Que responde al interrogatorio con un lenguaje claro y coherente.

Facies: No característica de procesos neurológicos. (si algo describir a que recuerda)

Actitud: De pie: Normal

En el lecho: Normal (si algo describir y decir a que recuerda)

Marcha: No característica de procesos neurológicos. (si algo describir y decir a que recuerda a tal marcha)

Taxia:	Estática: Romberg simple y sensibilizado negativo (o positivo)	
	Dinámica { Maniobra dedo-dedo Maniobra índice-índice Maniobra índice-nariz Maniobra supinación-pronación Maniobra marioneta Maniobra talón-rodilla }	

Praxia:	Transitiva: Conservada
	Intransitiva: Conservada
	Imitativa: Conservada

Motilidad:	Involuntaria: No movimientos involuntarios, ausencia de tics, fasciculaciones y convulsiones.	
	Activa: Fuerza muscular conservada. Maniobra de Barré: Normal, Maniobra de Minganzzini: Normal	
	Voluntaria: { Pasiva: { Tono y trofismo muscular conservado. No signos meníngeos: Maniobra de Levinson negativa Maniobra de Kerning y Brudzinski negativa. }}	

Reflectividad:	Reflejos Cutáneo-Mucosos { Reflejo conjuntival Reflejo corneal }	Conservados
	Reflejo cutáneoabdominal { superior medio Inferior }	Conservados
	Reflejo medio plantar: Conservados. No Signo de Babinsky ni sucedáneos.	
	Reflejos Osteoten-dinosos { Reflejo naso-palpebral Reflejo mentoniano Reflejo bicipital Reflejo tricipital Reflejo estilaradial Reflejo rotuliano Reflejo aquiliano }	Conservados Conservados o No explorados

Sensibilidad:	Superficial:	{ Térmica Dolorosa Táctil }	Conservadas
	Profunda:	{ Barestesia Barognosia Palestesia: Batiestesia Esterognosia Sensibilidad visceral y profunda Táctil epicrítica }	Conservadas No explorada por carencia de diapasón. Conservadas

Pares Craneales:**I Par Craneal:** Percepción de olores conservada.

(Olfatório)

II Par Craneal: Agudeza visual conservada. Percepción de los colores conservada. Fondo de ojo: (Óptico) No se realiza por carencia de oftalmoscopio en la sala. (Poner si trajo de cuerpo de Guardia).**III, IV y VI****Pares Craneales:**
(Motor ocular común)
(Patético y Motor)
(Ocular Externo)

Porción Extrínseca	: Movimientos oculomotores conservados.
Porción Intrínseca	{ Reflejo fotomotor Reflejo de acomodación Reflejo de convergencia Reflejo consensual }

V Par Craneal:) Fuerza muscular, tono y trofismo de los ms. masticadores conservados.
(Trigémino:) Porción sensitiva Sensibilidad termoalgésica y táctil de cara, cuero cabelludo y cavidad oral conservada.**Facial)****VII Par Craneal:**

Porción motora: Movimientos de la mimica conservados.
Porción sensorial: Sensación gustativa de los $\frac{2}{3}$ anteriores de la lengua conservada

VIII Par Craneal:
(Vestíbulo-Colear)

Porción coclear: Agudeza auditiva conservada.
Porción vestibular: No Romberg, no nistagmo.

IX y X Pares Craneales: Reflejo nauseoso conservado. Úvula central, no tras tornos de la (Glosofaringeo y Vago) deglución.
Sensación gustativa del $\frac{1}{3}$ posterior de la lengua conservada.**XI Par Craneal:** Fuerza muscular, tono y trofismo de trapecio y esternocleidomastoideo (Espinal) conservados.**XII Par Craneal:** Lengua simétrica, con trofismo normal y con fuerza muscular conservada. (Hipogloso)

PRIMERA EVOLUCIÓN MÉDICA

Fecha: ___ / ___ / ___

Hora: _____ am

Motivo de ingreso: _____

H.E.A:

- Igual que la de Historia Clínica
- Tener en cuenta: Historia remota.
- Historia actual.
- Historia de Cuerpo de Guardia.: T.A con que llegó, tiempo en Observaciones, medicamentos, si hizo o no fiebre, si hubo que transfundir o poner oxigenoterapia.

APP: (volver a mencionarlos aunque estén en HEA)**APF:** (volver a mencionarlos aunque estén en HEA)**Termina con:** En el día de hoy refiere sentirse (mal, con falta de apetito con dolor)..**EXAMEN FISICO**

Mucosas húmedas y normo coloreadas. TCS: no infiltrado por edema, mixedema ni enfisema subcutáneo. (Si tiene otra cosa del Examen Físico General ponerla aquí).

Aparato Respiratorio: M.V: Normal, no estertores, F.R: 20 resp/min.Aparato Cardiovascular: RC rítmicos y bien golpeados, no soplos. FC: 80 lat/min. T.A: 120/80 mm de Hg.Abdomen: Blando, depresible, que sigue los movimientos respiratorios, no visceromegalia.

- Si la patología del enfermo es de otro aparato, este se pone aquí.
- Describir todo el examen del Aparato afectado.

Sistema Nervioso: Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos, no signos de focalización neurológica.**Complementarios de C/G:**

- Ponerlos todo con sus valores y comentario al lado
- Si trae Rx, poner el número y dejar 2 líneas en blanco hasta que se pase visita
- Si trae EKG, ponerlo y dejar 2 líneas en blanco hasta que se pase visita

Resumen Sindrómico**Impresión Diagnóstica:**

- No escribir ningún diagnóstico, dejar varias líneas en blanco hasta que se pase visita

Conducta: Estudios: (Poner todos los complementarios que se le indican) y tratamiento.**Pronóstico:** (Favorable, reservado...)**Comentario:** (En dependencia de lo que diga el profesor)

Realizado por: estudiante de (3ro, 4to, 5to, 6to)

NOMBRE:			Nº DE HISTORIA CLINICA:
SALA:	CAMA:	SERVICIO DE :	MEDICO:

EVOLUCION MÉDICA DIARIA

Fecha: ___ / ___ / ___

Hora: _____ am

“Nombre del paciente” en su cantidad de “x” días de evolución refiere sentirse (mejor, igual o peor, utilizar bien cuando no tenga ningún síntoma)....

- Al final del interrogatorio: **“Parámetros vitales se han mantenido estables en las últimas 24 horas”.**
- Si es diabético poner como se han comportado los **Benedict**.
- Al final poner **“si se cumplió el tratamiento o no y por que”**.
- Poner también cual es el **antibiótico y cuantos días lleva con él**.

Examen Fisico

Mucosas húmedas y normocoloreadas. TCS: no infiltrado por edema, mixedema ni enfisema subcutáneo. (Si tiene otra cosa del Examen Físico General ponerla aquí).

Aparato Respiratorio: M.V: Normal, no estertores, F.R: 20 resp/min.

Aparato Cardiovascular: RC rítmicos y bien golpeados, no soplos. FC: 80 lat/min. T.A: 120/80 mm de Hg.

Abdomen: Blando, depresible, que sigue los movimientos respiratorios, no visceromegalia.

- Si la patología del enfermo es de otro aparato, este se pone aquí.
- Describir todo el examen del Aparato afectado.

Sistema Nervioso: Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos, no signos de focalización neurológica.

Comentario evolutivo:

- Paciente que presentó (...) que se le hizo un diagnóstico de (...) que se comprobó con (...) complementario, se impuso tratamiento con (...) y evolucionó (...) se le piensa hacer (...)
- Al paciente se le impuso tratamiento con (...) y evolucionó (...) entonces se le decidió cambiar el medicamento por (...) en “x” dosis.
- En el día de hoy se recibieron los resultados de los complementarios “x”, “y” que están normales, a excepción de “z” que muestra (aumento o disminución) de “tal cosa”.
- Se mantiene con el mismo medicamento pero se le aumenta la dosis a “x”
- Hoy se le extrajo sangre para los complementarios “w”, “u”, “v”.

HOJA DE METODOLOGIA DIAGNÓSTICA

Fecha: ___ / ___ / ___

Hora: _____ am

Complementarios	F. I.	F.R.	Resultados

NOMBRE:			Nº DE HISTORIA CLINICA:
SALA:	CAMA:	SERVICIO DE :	MEDICO:

HOJA DE BALANCE HIDRO-MINERAL

Fecha: ___ / ___ / ___

Hora: _____ am

INGRESOS					EGRESOS			
Fecha	Hora	Vía	Sustancia	Cantidad	Aspiración	Diuresis	Otros	Firma
Subtotal								
Subtotal								
Total								

NOMBRE:			Nº DE HISTORIA CLINICA:
SALA: CAMA: SERVICIO DE :			MEDICO:

HOJA DE TRATAMIENTO

Fecha: ___ / ___ / ___

Hora: _____ am

Paciente reportado de cuidado (grave, muy grave)
Reposo relativo (absoluto; en posición de Fowler, semi-Fowler, decúbito supino,)
Dieta nada por vía oral (Dieta sin sal o hipo-sódica, Dieta de diabético, Dieta sin gluten)
Signos vitales cada 8 horas (cada 4 horas; cada 2 horas; cada 30 min depende el estado del paciente) (tensión arterial; pulso; frecuencia respiratoria; frecuencia cardiaca)
Antibiótico terapia -Medicamento - Presentación - Dosis Diaria - Días con antibiótico 1 2 3
Otros Medicamentos -Medicamento - Presentación - Dosis Diaria - Días con tratamiento 1 2 3

NOMBRE:			Nº DE HISTORIA CLINICA:
SALA: CAMA: SERVICIO DE :			MEDICO:

HOJA DE EGRESO

Fecha: __ / __ / __

Hora: _____ am

Motivo de Ingreso:

Datos positivos al Examen Físico:

- Organizados por sistemas.

Resumen Sindrómico:

Impresión Diagnóstica al ingreso:

Antibióticos:

Operaciones:

Transfusiones:

Evolución: (Satisfactoria, No satisfactoria, Complicaciones)



De la Primera Evolución.



Mientras estuvo ingresado.

Medicina Natural y Tradicional:

Diagnóstico al egreso:

- Poner si han aparecido otros diagnósticos.

Resultado al alta: (curado, mejorado, empeorado, igual, fallecido)

	Antes de 48 horas			Si
Muerto	Despues de las 48 horas		Autopsia	No

Observaciones:

Firma del Medico que da el alta

NOMBRE:			Nº DE HISTORIA CLINICA
SALA:	CAMA:	SERVICIO DE :	MEDICO:

HOJA DE EPICRISIS
(Para la relación entre Atención primaria y Atención secundaria)

Fecha: ___/___/___

Hora: ___ __ m

- ⌚ Motivo de ingreso.
- ⌚ Breve resumen de lo ocurrido.
- ⌚ Hallazgos en los Complementarios.
- ⌚ Diagnósticos.
- ⌚ Tratamiento que se recomiendan.

NOMBRE:		Nº DE HISTORIA CLINICA	
SALA:	CAMA:	SERVICIO DE :	MEDICO:

DATOS PARA HIDRATACION

Porcentaje corporal	Grado de deshidratación o contracción isotónica	Signo específico	Cantidad de líquido a administrar
2% 5%	Leve	Sed	1500 ml/m ² sc
6% 10%	Moderada	Pliegue cutáneo	2400 ml/m ² sc
Más 10%	Severa	Toma de conciencia	3000 ml/m ² sc + 360 ml/m ² sc (1-2 horas)

Formula de Peso en Kilogramos a Peso en Libras		Formula de metros cuadrados de superficie corporal (m ² sc)
Exacta	Práctica	
Peso (kg) x 50 ----- 23	Peso (kg) x 2,16 ó Peso (kg) x 2,2	m ² sc = Peso (libras) x 0.012

Goteo a razón de:

1000ml	7 gotas/min
1500ml	14 gotas/min
2000ml	21 gotas/min

Acidosis Metabólica: Peso (kg) x 0.3 x EB 1 amp al 4% -- 9.5 meq

Alcalosis Metabólica: Acetazolamida amp 500 mg
 Bomba de K
 Ácido clorhídrico

(Peso (kg) x 0.3 x EB) meq HCL

Osmolaridad normal = 2 x Na + Glicemia = 280 - 300

VALORES NORMALES DE REFERENCIA

Componente (sangre)		Intervalo de referencia (adultos)	
		ST	SIU
Hemoglobina	Hombre	13.0-17.0 g/100ml	130-170 g/L
	Mujer	12.0-15.0 g/100ml	120-150 g/L
Hematocrito	Hombre	40-50 Vol. %	0.40-0.50 L/L
	Mujer	37-47 Vol. %	0.37-0.47 L/L
Conteo de hematíes	Hombre	4.5-5.5 millones/mm ³	4.5-5.5 *10 ¹² /L
	Mujer	4.1-4.6 millones/mm ³	4.1-4.6 *10 ¹² /L
Conteo global de leucocitos		5000-10000/mm ³	5-10*10 ⁹ /L
Conteo diferencial de leucocitos	Neutrófilos		Seg. 55-65 % Stab s 0-3 %
	Eosinófilos		1-3 % 0.01-0.03 fr/num
	Basófilos		0-1 % 0.00-0.01 fr/num
	Linfocitos		25-40 % 0.25-0.40 fr/num
	Monocitos		3-8 % 0.03-0.08 fr/num
Conteo global de eosinófilos		100-300/mm ³	0.1-0.3*10 ⁹ /L
Conteo de reticulocitos		0.5-1.5 %	5-15*10 ⁻³
Constantes corpusculares	VCM		80-92 μ ³ 80-92 fr/L
	HCM		27-32 YY 27-32 pg
	CHCN		32-36 % 320-360 g/L
Eritro sedimentación	Hombre	3-10 mm	3-10 mm
	Mujer	5-20 mm	5-20 mm
Hierro sérico	Hombre	80-160 μg/100ml	14.3-28.6 μmol/L
	Mujer	65-130 μg/100ml	11.6-23.3 μmol/L
Capacidad tot.fijación de hierro		300-400 μg/100ml	54-72 μmol/L
Fragilidad osmótica de los hematíes	f.máxima	0.50 g/100ml CINA	5.0 g/L CINA
	f.mínima	0.10 g/100ml CINA	1.0 g/L CINA

Exploración de la hemostasia	ST	SIU
Tiempo coagulación (Lee White)	5-10 min	5-10 min
Tiempo de sangramiento (Duke)	1-3 min	1-3 min
Conteo de plaquetas	150000-350000/mm ³	150-350/10 ⁹ /L
Retracción del coágulo	1-3 h	1-3 h
Tiempo de protrombina	T.control ± 3s	T.control ± 3s
Tiempo de trombina	T.control ± 2s	T.control ± 2s
Tiempo de tromboplastina parcial	30-60 s	30-60 s
Protrombina residual	>20 s	>20 s
Fibrinógeno	300-400 mg/100ml	3-4 g/L

Enzimas séricas	Unidades
TGP	≤12
TGO	≤12
LDH	70-240
CPK	0.2-1.42
Lipasa	0.0-1.5
Fofatasa ácida	≤1.1 UB ó ≤4.6 UKA
Fofatasa alcalina	2.0-4.0 UB ó 4.0-13.0 UKA

Endocrino	Valores
INSULINA	4-18MU/L
PEPTIDO C	0.36-1.12PMOL/L
PROLACTINA (MUJER EDAD FERTIL)	130-700MU/L
PROLACTINA (POST MENOPAUSIA)	85-490MU/L
PROLACTINA (HOMBRE)	90-370MU/L
GH (SOMATOTROPA)	0-6MG/ML
FSH (FASE FOLICULAR)	3-8MU/L
FSH (post menopausica)	19-130 mU/ml
FSH (hombre)	1-9 mU/ml
FSH (fase lútea)	2-8 mu/l
T ₃	0.8-2.4 nmol/L
T ₄	75-144 nmol/L
TSH	0.3-3.5 mU/L

Hemoquímica	ST	SIU
Glucosa	60-100 mg/100 ml	3.3-5.5 mmol/L
Urea	10-50 mg/100 ml	1.7-8.3 mmol/L
Creatinina	0.5-1.5 mg/100 ml	44.2-132.6 mmol/L
Ácido úrico	H	4.0-6.6 mg/100 ml
(uratos)	M	3.0-5.5 mg/100 ml
Bilirrubina total	0.5-1.0 mg/100 ml	8.5-17.1 μmol/L
Bilirrubina directa	≤0.25 mg/100 ml	≤4.3 μmol/L
Bilirrubina indirecta	≤0.80 mg/100 ml	≤13.7 μmol/L
Turbidez del Timol	0-5 UT	0-5 UT
Amoniaco (amonio)	20-150 μg/100ml	11-88 μmol/L
Proteínas	P.Totales	6.0-8.0 g/100 ml
	Albúmina	3.2-5.0 g/100 ml
	Globulinas	2.8-3.5 g/100 ml
	G.Alfa 1	0.2-0.4 g/100 ml
	G. Alfa 2	0.5-0.9 g/100 ml
	G. Beta	0.6-1.1 g/100 ml
	G. Ganma	0.9-1.6 g/100 ml

CUANTIFICACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS (ADULTOS)		
IGA	0.55-3.77G/L	
IGG	7.24-16.11G/L	
IGM	0.47-2.00 G/L	
Colesterol total	150-250 mg/100 ml	3.9-6.5 mmol/L
HDL-colesterol	H	>35 mg/100 ml
	M	>45 mg/100 ml
Triglicéridos	30-150 mg/100 ml	0.35-1.70 mmol/L
Índice beta pre beta	<0.55	<0.55

Ionograma	ST	SIU
Sodio	132-145 mEq/L	132-145 mmol/L
Potasio	3.2-4.6 mEq/L	3.2-4.6 mmol/L
Cloruros	95-105 mEq/L	95-105 mmol/L
Reserva alcalina	23-27 mEq/L	23-27 mmol/L
Otros Iones		
Fosfato(inorganico)	3.0-4.0 mEq/L	0.6-1.6 mmol/L
Calcio	9.0-11.0 mg/100 ml	2.25-2.74 mmol/L
Magnesio	1.8-2.5 mg/100ml	0.7-1.0 mmol/L
Gasometria (sangre Arterial)	ST	SIU
pH	7.35-7.45	7.35-7.45
PCO ₂	35-45 mmHg	4.6-6.0 KPa
PO ₂	95-100 mmHg	12.7-13.3 KPa
Oxihemoglobina HbO ₂	97-100 %	0.97-1-00
Bicarbonato estándar(BS)	21-25 mEq/L	21-25 mmol/L
Exceso de base(EB)	0 - ± 2.5 mEq /L	0- ± 2.5 mmol/L
Gasometria (sangre venosa)	ST	SIU
pH	7.25-7.35	7.25-7.35
p CO ₂	45-53 mmHg	5.9-7.0 KPa
p O ₂	29-40 mmHg	3.8-5.3 KPa
Oxihemoglobina HbO ₂	60-85 %	0.6-0.85
Bicarbonato estándar(BS)	21-25 mEq/L	21-25 mmol/L
Exceso de base (EB)	0± 2.5 mEq/L	0±2.5 mmol/L

Líquido cefalorraquídeo LCR	ST	SIU
Celulas (conteo global de Leucocitos)	0- 8/mm ³	0- 8/ 10 ⁶ /L
Celulas(conteo diferencial)	Linfocitos	Linfocitos
Proteinas	15-45 mg/100ml	0.15-0.45 g/L
Glucosa	36-60 mg/100ml	2.0-3.3 mmol/L
Cloruros	120-130 mEq/L	120-130-mEq/L

Examen parcial de orina	Normal (1^{ra}Orina matinal)
Reacción - pH	Acida - pH 5.5-6.5
Aspecto	Transparente o ligeramente turbio
Color	De amarillo claro a ambar claro±.
Densidad	1015-1025
Proteínas	No contiene
Glucosa	No contiene (Benedict azul)
Urobilinógeno	No contiene
Hematíes	0-2 x campo mic.
Leucocitos	0-5 x campo mic.
Cilindros hialinos	0-1 x campo mic.

Exámenes cuantitativos De orina	ST	SIU
Osmolaridad	500-800 mOsm/Kg	500-800 mOsm/Kg
Proteínas	0-100 mg/ 24h	0-0.1 g/ 24h
Glucosa.	0-0.3 g/ 24h	0-1.66 mmol/ 24h
Sodio	4.0-6.0 g /24h	174-261mmol _{24h}
Potasio	2.5-3.5 g/ 24h _{24h}	64-89.5 mmol _{24h}
Uratos (ac.úrico)	500-1000 mg/ 24h	3.0-6.0 mmol _{24h}
Amoníaco	≤ 500 mg/ 24h	≤ 29.4 mmol/L
Magnesio	4.9-15.1 mg/24h	2.0-6.2 mmol 24h
Calcio	100-300mg/24h	2.5-7.5mmol/24h
Cituria	Primera orina de la mañana.	
Hematíes	0-10000 /ml.	
Leucocitos	0-10000/ml	
Cilindros (hialinos)	0-2500/ml	
Conteo de Addis	Orina de 8 horas	
Hematíes	0-1000/minuto	
Leucocitos	0-1000/minuto	
Cilindros (hialinos)	0-250/minuto	

Filtración glomerular		ST	SIU
Aclaramiento de creatinina endógena.	Hombre	80-140 ml/min	1.3-2.3ml/seg.
	Mujer	60-120ml/min	1.0-2.0 ml/seg.
Creatininuria.	Hombre	0.8-1.4mg/min.	0.12-0.20 μmol/L
	Mujer	0.6-1.2 mg/min.	0.09-0.18μmol/L
Indice de concentración de creatinina	50-200	50-200	
Electrolitos en el sudor		ST	SIU
Sodio	≤ 35 mEq/L	≤ 35 mEq/L	

MODELO DE DIETA

MOD-53-08 MINISTRO DE SALUD PÚBLICA HOSPITALES Y POLICLINICOS		DECLARACIÓN JURADA DE DIETA	Tipo: Establecida: <input type="checkbox"/> Especial: <input type="checkbox"/>			D	M	A
UNIDAD:								
DIRECCIÓN.			NACIMIENTO		EDAD	HIST. CLINICA No		
DIAGNOSTICO FACULTATIVO:								
EXAMENES QUE CORROBORAN EL DIAGNOSTICO:								
SOLO PARA DIETAS ESPECIALES-RELACIONAR LOS ALIMENTOS Y CANTIDADES POR PERIODOS:								
DIETA TIPO No	CLASIFICACIÓN: Nueva: <input type="checkbox"/> Ajustada: <input type="checkbox"/> Renovación: <input type="checkbox"/> Vitalicia: <input type="checkbox"/>			TIEMPO MAXIMO DE DURACIÓN		MEDICO DE ASISTENCIA:		
HECHO:		APROBADO:				CONFORME (Solo para dietas especiales)		
MEDICO DE ASISTENCIA		DIRECTOR				MEDICO AUTORIZADO		

DIETARIO MEDICO NACIONAL DE CUBA

Código	Enfermedad	Criterios Diagnósticos	Alimentos	Autorizados	Duración	Criterios de Renovación
01.01	Ulcera péptica	Clínico,Rx,endoscopia, Estenosis gastrica o duodenal	Leche,Viandas	MI, MGI, Cir.General Pediatría,Gastro	1 año	Endoscopia,fluoros copia, Radiología
02.01	Esofagitis por Reflujo	Esofagoscopia con Biopsia	Leche,Viandas	MI, MGI, Pediatría,Gastro y Cir. General	3 mes	Endoscopia, si persisten se renueva c/3 meses
03.01	Estenosis Esofágicas en de 15 años	Radiología O fluoroscopía, Endoscopia	Leche(niño mayor de 6 años),Viandas	MI, MGI, Pediatría,Gastro y Cir. General	3 mes	Cada 3 meses hasta su curación
04.01	Hepatitis Crónica Agresiva en menor de 15 años.	Transaminasas, laparoscopia con biopsia.	Leche(niño mayor de 6 años),Viandas	MGI, Pediatría, Gastro.	3 mes	Cada 3 meses hasta su curación
05.01	Cirrosis Hepática	Laparoscopia con o sin Biopsia.	Leche,Viandas	MGI, Pediatría, Gastro.	1 año	Criterio clínico
06.02	Embarazo	Clínico (a las 14 semanas de gestión)	Carne res, Pollo, Leche, Viandas.	Obstetra,MGI	3 mes	Criterio Clínico por otros tres meses.
07.03	Diabetes Mellitus	Clínica y Glicemia en ayunas 7,7mmol/10PTG: 2a. Hora 11,1mmol/1 TGA: PTG: 2a. Hara e/e 7,8 y 11,1 mmol/1.	Leche descremada, Carne Res y Pollo	MI, MGI, Pediatría,Endocrino	1Año	Clínico
08.04	Hiperlipoproteinemias primarias.	Diag. Diferencial y colesterol 6,2 mmol/1, Triglicéridos 2,3 mmol/1.	Sustituye Manteca por Aceite, pescado, leche descremada	Endocrino, MI, MGI, Pediatría. Cardiol. Cir. Cardiov. Ang. Neurolog.	6 mes	Criterio Clínico. (3 mes)
09.05	Hipertiroidismo.	Clínica y PBI elevado o prueba de Inhibición con T3	Leche Huevos Viandas	Endocrino, MI, MGI, Pediatría Cirugía.	1 año	Criterio Clínico Renovable otro año
10.05	Síndrome de Cushing (no iatrogénico.)	17 – HO elevados no supresibles con 2 mg. De dexametazona	Leche descremada, Huevos Viandas	Endocrino, MI, MGI, Pediatría, Cirugía.	6 mes	Criterio Clínico y prueba de 17 – HO (prorrogable 6 meses).
11.06	TB activa con tratamiento.	Radiología, Baciloscopya y / o Biopsia.	Leche, Pollo y Viandas	Neumología, MI, MGI, Pediatría.	30 Sem	
12.07	Neo (todas excep. Las de piel, Las In Situ. Excluy. el (Melanoma).)	Histológico y / o Citológico. Pctes. bajo Tto. Quimioterapéutico, Radiante o Cirugía Ablativa.	Leche, Pollo, Carne de Res y Viandas.	Médicos que tratan pacientes Oncológicos.	1 año	Solo si Metastasis u otras Neoplasias.
13.08	Diarreas crónicas por intolerancia a leche fresca en menor de 3 años.	Historia Clínica.	Leche Evaporada	Pediatría, MGI.	6 Mes	Mantenimiento de la Enfermedad
13.08.A	IGUAL de 3 - 6 años					
14.09	Mal nutrición < menor de 5 años.	Peso para talla menor del 3 Percentil.	Pollo, Carne de Res, Viandas.	Pediatría, MGI, Nutriólogos.	3 Mes	Hasta que adquiera el peso.
14.09, A	Mal nutrición en mayor de 5 años.	Peso para talla menor del 3 Percentil.	Pollo, Carne de Res, Viandas.	Pediatría, MGI, Nutriólogos.	3 Mes	Hasta que adquiera el peso.
15.10	Síndrome Nefrótico Activo con Proteinuria Masiva.	Dosificación de proteínas en orina 3,5 grs / día.	Pollo, leche, Carne de Res, Viandas.	Nefrología, Pediatría, MI, MGI.	6 Mes	Mantenimiento de la proteinuria.
16.10	Pacientes transplantados	Historia Clínica.	Pollo, leche, Carne de Res, Viandas.	Especialista de trasplantes.	1 año	Idem a los Emisores.
17.10	Insuficiencia Renal Crónica	Creatinina 5 mg. (450 mmol / 1) en adultos y 3mg. (250mmol / 1) en el niño.	Pollo, leche, Carne de Res, Viandas.	Nefrología, Pediatría, MI, MGI, Urología.	1 año	Hasta el Traspante.
18.11	Fórmula Basal Carne por intolerancia a la leche en menor de 2 años.	Historia Clínica.	Carne de Res y Viandas	Pediatría	3 Mes	Historia Clínica.

Medicina

19.09	Malabsorción de cualquier Etiología.	Clínica, Biopsia Yeyunal o D-Xilosa o Tránsito Intestinal Patológico.	Pollo, Carne de Res, Viandas	Gastro, pediatría, MI, MGI, Cirugía, Coloproctología.	1 año	Renovar al año si persiste.
19.09 A	S. I. pancreática	Clinica, Biobsia	Leche, Res Pollo			
20.09	Colitis Ulcerativa	RX Colon por Enema y / o Endoscopia.	Pollo, Res, Viandas	Gastro, pediatría, MI, MGI, Cirugía, Coloproc.	1 año	Renovar al año si persisten los síntomas y signos.
21.09	Ileitis Regional (Enfermedad de Crohn).	Tránsito Intestinal.	Pollo, Res, Viandas	Gastro, pediatría, MI, MGI, Cirugía, Coloproc.	1 año	Renovar al año si persisten los síntomas.
22.01	Enfermedad Celiaca.	Biopsia de Yeyuno.	Viandas y leche.	Gastro. Pediatría	1 año	Renovar al año si persisten los síntomas y signos.
23.12	Fibrosis Quística Pancreática	0-2 años, electrolitos en sudor 60 (Meq. de Sodio).	Pollo, Res, Viandas	Gastro. Pediatría .	1 año	Criterios similares a los de Emisión.
23.13		3-6 años cuadro respiratorios a repetición.	Pollo, Res, Viandas	Gastro. Pediatría, .	1 año	Criterios similares a los de Emisión.
23.14		7 y más años, Síndrome de Insuficiencia Pancreática.	Pollo, Res, leche, Viandas	Pediatría, Gastroenterología.	1 año	Criterios similares a los de Emisión.
24.15	Sulfocarbonismo	Historia Clínica.	Pollo, Res, leche,	Médico Empresa Rayoner de Matanzas.	1 año	Evolución Clínica.
25.16	Donantes Especiales de Sangre.	Certificado del Banco de Sangre	Res, Huevos leche.	MI, MGI,	6 Mes	Certificado del Banco de Sangre
26.17	Fenilcetonuria menor de 1 año.	Dosif. De Fenilalanina	Leche Frutas, Aceite Vegetal, Compota, Miel, Azúcar.	Dres. Astrea Damiani, Josefa Mars y Moisés Hernández.	1 año	Hasta los 15 años
26.18	Fenilcetonuria de 1 – 6 años	Dosif. De Fenilalanina	Leche Frutas, Aceite Vegetal, Compota, Miel, Azúcar. Huevos	Dres. Astrea Damiani, Josefa Mars y Moisés Hernández.	1 año	Hasta los 15 años
26.19	Fenilcetonuria 7 o más.	Dosif. De Fenilalanina	Frutas, Aceite Vegetal, Compota, Miel, Azúcar. Huevos	Dres. Astrea Damiani, Josefa Mars y Moisés Hernández.	1 año	Hasta los 15 años
27.06	S. Hansen	Clinico. Epidemiologico. Bacteriologico, Histologico	Leche, Pollo, Huevos	Dermatologia, MGI, MI	1 año	
28.20	Estado Energizante Por hipercatabolismo		Leche, Res, Pollo	MI, MGI	3 mes	
29.21	Gastrectomizado con dumping	Clinico y antecedente de gastrectomia	Pollo	Cirugia, MGI, MI,	6 mes	
30.20	Parapléjicos, cuadriplegicos y postrados	Clínico, TAC	Leche, Res, Pollo	Neurologo, MGI, MI.	1 año	Criterios similares a los de Emisión.
30.24	Parapléjicos, cuadripléjicos y postrados	Clínico, TAC	Leche, Res, Pollo	Neurologo, MGI, MI.	1 año	Criterios similares a los de Emisión.
31.11	Galactosemia (menor de 2 años)	Fenilcetonuria	Res, Huevos	MI, Pediatría, MGI	1 año	Criterios similares a los de Emisión.
31.23	Galactocemia (de 2 años y más)	Fenilcetonuria	Res, Huevos	MI, Pediatría, MGI	1 año	Criterios similares a los de Emisión.
32.24	Retrovirosis crónica	Serología	Leche, Res, Pollo Huevos, Pescado	MI MGI	1 año	Criterios similares a los de Emisión.
32.25	Porfiria eritropoyética congénita		Leche, Huevos, Pescado	MI MGI Pediatría, Nefrología	1 año	Criterios similares a los de Emisión.
34.14	Xeroderma pigmentosa	Biopsia	Leche, Res, Huevos, Pescado	Dermatología, MGI, MI	1 año	Criterios similares a los de Emisión.

CERTIFICADO MEDICO

MODELO 53 -63 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA HOSPITALES Y POLICLINICOS		<u>CERTIFICADO MEDICO</u>		
DATOS DEL PACIENTE:				
1er.APELLIDO:	2do.APELLIDO:	NOMBRE:	EDAD:	SEXO: Masc. ↑ Fem ↑
VECINO DE:(CALLE, No. / CALLES, RPTO.):			MUNICIPIO:	
OCUPACION ACTUAL:		CENTRO DE TRABAJO:		No. HISTORIA CLINICA:
POR LA UNIDAD ASISTENCIAL:				
FACULTATIVO 1er. APELLIDO ;	2do. APELLIDO:	NOMBRE:		
FACULTATIVO QUE PRESTA ASISTENCIA EN:.....				
CERTIFICO: QUE A LAS M DEL DIA DE				
HE EXAMINADO AL PACIENTE:				
DIAGNOSTICO:				
TRATAMIENTO:				
..... RETORNO AL TRABAJO				
↑ PUEDE SEGUIR TRABAJANDO ↑ ESTA INCAPACITADO POR DIAS DE CONFORMIDAD CON EL				
EXAMEN PRACTICADO ESTIMO QUE SE TRATA DE UN CASO DE ENFERMEDAD ↑ ACCIDENTE				
OBSERVACIONES:				
Y PARA CONSTANCIA DEBIDA EXPIDO EL PRESENTE EN: A LOS DIAS DEL MES DE				
<i>Firma Facultativo</i>				
DATOS DEL REGISTRO:				
NOMBRE Y APELLIDOS (PERSONA QUE REGISTRA):	FIRMA:	FECHA:	No. DE ORDEN	

LISTADO DE CATEGORIAS DE ENFERMEDADES Y GUIA PARA LA CERTIFICACIÓN DE DÍAS DE REPOSO.

1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

Código	Nomenclatura	Días Reposo Hasta
001-009	Enfermedades infecciosas intestinales.	7 días
010-018	Tuberculosis (pesquisaje)	14 días
030	Lepra (pesquisaje)	14 días
031	Enfermedades debidas a otras micobacterias.	21 días
036	Infecciones meningocócicas bacterianas.	30 días
046	Infección del Sistema Nervioso Central por virus lento.	21 días
047	Meningitis debida a enterovirus	21 días
052	Varicela	7 días
053	Herpes Zoster	14 días
054	Herpes Simple	7 días
055	Sarampión	7 días
056	Rubéola	7 días
061	Dengue	7 días
062-066	Enfermedades víricas transmitidas por Artrópodos	21 días
070	Hepatitis Vírica	30 días
071	Fiebre Urliana	14 días
074	Enfermedades específicas debidas a virus Coxsackie	14 días
075	Mononucleosis Infecciosa	14 días
091	Sifilis Précoco Sintomática	7 días
098	Infecciones Gonocócicas	7 días
100	Leptospirosis	21 días
101	Angina de Vincent.	3 días
110	Dermatofitosis	7 días
112	Candidiasis	7 días
114-118	Otras Micosis	7 días

2. TUMORES

140-208	Tumores Malignos.	30 días
210-229	Tumores Benignos (con limitaciones funcionales o complicaciones)	14 días

3. ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS DE LA NUTRICION, DEL METABOLISMO Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD

240	Bocio Simple (con complicaciones por compresión)	14 días
241	Bocio Nodular no Tóxico (con complicaciones por compresión).	14 días
242	Tirotoxicosis con o sin bocio	30 días
243	Hipotiroidismo Congénito	30 días
244	Hipotiroidismo Adquirido	30 días
245	Tiroiditis (con complicaciones)	14 días
250	Diabetes Mellitas (descompensada)	14 días
251-259	Otros trastornos endocrinos (con manifestaciones funcionales)	14 días
270-279	Otras enfermedades metabólicas y trastornos de la inmunidad (con manifestaciones clínicas severas)	14 días

4. ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS

280-281	Anemias por deficiencias (con manifestaciones clínicas)	14 días
282-283	Anemias Hemolíticas (con manifestaciones clínicas)	14 días
284	Anemia Aplásica.	30 días
287	Púrpura y otras afecciones hemorrágicas (con manifestaciones clínicas Severas	21 días
288	Leucemias	30 días
289	Linfomas	30 días

5. TRASTORNOS MENTALES

290-294	Psicosis Orgánica	30 días
295	Psicosis Esquizofrénica	30 días
296	Psicosis Afectiva	30 días
297	Estados Paranoides	30 días
300	Trastornos Neuróticos	14 días
301	Trastornos de la Personalidad (con descompensaciones neuróticas)	7 días
302	Desviaciones y Trastornos Sexuales	14 días
303	Síndrome de Dependencia del Alcohol	14 días
304	Dependencia de las Drogas	14 días
308	Reacción Aguda ante gran tensión.	7 días
309	Reacción de Adaptación.	7 días
317-319	Retardo Mental (asociado a otra enfermedad)	14 días

6. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS

320-326	Enfermedades Inflamatorias del Sistema Nervioso Central.	30 días
332	Enfermedad de Parkinson	30 días
334	Enfermedad Medulocerebelosa	30 días
337	Trastornos del Sistema Nervioso Autónomo	7 días
340	Esclerosis en Placa	30 días
342	Hemiplejía	30 días
346	Jaqueca	3 días
350-359	Trastornos del Sistema Nervioso Periférico	14 días
361	Desprendimiento y defectos de la Retina	30 días
365	Glaucoma (agudo)	14 días
369	Ceguera y disminución (progresiva y severa) de la agudeza visual	30 días
370	Queratitis	7 días
372	Trastornos de la conjuntiva (conjuntivitis)	3 días
374	Otros trastornos de los párpados (blefaritis, orzuelo, chalazión)	3 días
375	Trastorno del aparato lagrimal	3 días
376	Trastorno de la órbita (celulitis orbitaria)	3 días
377	Trastornos del Nervio y de las vías ópticas	14 días
381	Otitis Media Aguda, no supurativa y trastornos de la trompa de Eustaquio.	3 días
382	Otitis Media Supurativa	7 días
383	Mastoiditis y afecciones relacionadas	7 días
384	Perforación traumática del tímpano	3 días
386	Síndrome cócleo-vestibular	7 días

7. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

390	Fiebre Reumática sin complicación	14 días
391	Fiebre Reumática con complicación cardiaca	30 días
393-398	Pericarditis reumática crónica	21 días
394-396	Enfermedades Valvulares descompensadas	30 días
401-405	Enfermedad Hipertensiva descompensada	7 días
410	Infarto Agudo del Miocardio	30 días
413	Angina de Pecho	14 días
415	Enfermedad Cardiopulmonar Aguda	14 días
420	Pericarditis Aguda	21 días
421	Endocarditis Aguda y subagudas	21 días
422	Miocarditis aguda	21 días
426	Trastornos de la Conducción	14 días
428	Insuficiencia Cardiaca	14 días
430	Hemorragia Subaracnoidea	30 días
431	Hemorragia Intracerebral	30 días
434	Oclusión de las Arterias	30 días
435	Isquemia Cerebral Transitoria	14 días
437	Aneurisma de las Arterias Cerebrales	21 días
441-442	Aneurisma de la Aorta y sus grandes ramas(con manifestaciones clínicas)	21 días
443	Oclusión Arterial Aguda de los Miembros.	21 días
444	Oclusión Arterial Crónica de los Miembros	14 días
445	Poliarteritis Nudosa y Afecciones afines	14 días
446	Necrosis Tisular por Oclusión Arterial	21 días

451	Feblitis y Tromboflebitis de los miembros inferiores	7 días
452	Trombosis de la venaporta	21 días
453	Tromboembolismo Pulmonar	30 días
454	Várices de los Miembros Inferiores (complicadas)	7 días
455	Hemorroides (complicadas)	7 días
456	Ulcera Varicosa de Miembros Inferiores	21 días
457	Trastornos no Infecciosos de los Vasos Linfáticos	5 días
459	Linfangitis Aguda	7 días
8.	ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	
460	Rinofaringitis Aguda (resfriado común con fiebre)	3 días
461	Sinusitis Aguda	5 días
462	Faringitis Aguda	3 días
463	Amigdalitis Aguda	3 días
464	Laringitis y Traqueítis Agudas	3 días
465	Infecciones Agudas de las vías respiratorias superiores de localización múltiple o no especificada	7 días
466	Bronquitis y bronquiolitis agudas.	7 días
475	Abseso Periamigdalino	7 días
477	Renitis Alérgica	3 días
480	Neumonía Viral	7 días
481	Neumonía Bacgeriana	10 días
485	Bronconeumonía	14 días
492	Enfisema Pulmonar Complicado	7 días
493	Crisis Asmática	3 días
494	Bronquiectasia (complicada)	7 días
495	Alveolitis Alérgica Extrínseca	5 días
496	Status Asmático	7 días
504	Neumonía por Inhalación	7 días
510	Empíema Crónico	21 días
511	Pleuresía Aguda	14 días
512	Neomotórax Espontáneo	21 días
513	Absceso del Pulmón	30 días
515	Fibrosis Pulmonar post-inflamatoria	14 días
519	Distress Respiratorio	14 días
9.	ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	
521-523	Enfermedades de los Dientes, de los Tejidos Periapicales Periodontales y de la Encía.	3 días
524	Anomalías Dentofaciales . Incluyendo la mala oclusión. (con síntomas)	7 días
527	Enfermedad Inflamatoria de las Glándulas Salivales.	7 días
528	Glositis	3 días
530	Acalasia del Esófago. (crisis)	21 días
531	Ulcera Gastroduodenal (crisis)	7 días
532	Ulcera Gastroduodenal Complicada	21 días
533	Hernia Hiatal por Deslizamiento (crisis)	7 días
534	Esofagitis por ingestión de sustancias causticas.	30 días
535	Gastritis y Duodenitis	3 días
540	Apendicitis Aguda	21 días
541	Plastón Apendicular	21 días
550	Hernia Inguino- Crural (complicada)	30 días
551	Hernia Incisional (complicada)	30 días
552	Otra hernia de la pared abdominal (complicada)	21 días
555	Enteritis Regional (crisis)	14 días
556	Colitis Ulcerativa Idiopática (crisis)	14 días
557	Trombosis Mesenterica	30 días
558	Colitis y Gastroenteritis	7 días
560	Oclusión Intestinal	30 días
565	Fisura y Fístula Anal	5 días
566	Abcesos de las Regiones Anal y Rectal	7 días
567	Peritonitis	30 días
569	Diverticulitis del Colón (crisis)	7 días

570	Necrosis Aguda y subaguda del Hígado	30 días
571	Cirrosis Hepática (descompensada)	30 días
572	Absceso Hepático	30 días
573	Hepatitis Crónica	30 días
574	Cólico Hepático	3 días
575	Colecistitis Aguda	30 días
576	Ictero	30 días
577	Pancreatitis Aguda	30 días
578	Sangreamiento Digestivo	21 días
579	Síndrome de Mala Adsorción Intestinal (crisis)	14 días
10. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO		
580	Glomérulo Nefritis Aguda.	30 días
581	Síndrome Nefrótico en Actividad	30 días
582	Glomérulo Nefritis Crónica	21 días
584	Insuficiencia Renal Aguda	30 días
585	Insuficiencia Renal Crónica (Terminal)	30 días
590	Sepsis Urinaria Alta	7 días
591	Hidronefrosis (con síntomas)	14 días
592	Cólico Nefrítico	3 días
593	Sepsis Urinaria Baja	5 días
595	Cistitis	3 días
597	Uretritis	3 días
598	Estrechez Uretral	3 días
599	Retención Urinaria	14 días
600	Hiperplasia Prostática (con síntomas)	7 días
601	Prostatitis	7 días
603	Hidrocele (con síntomas)	7 días
604	Orquitis y epididimitis	14 días
605	Balanitis	3 días
607	Parafímosis	5 días
610	Displasia Mamaria Benigna	3 días
614	Metro anexitis	7 días
616	Enfermedades Inflamatorias del Cuello Uterino, de la Vejiga y de la Vulva	3 días
617	Endometriosis (con manifestaciones clínicas)	7 días
618	Prolapso Uterino (con manifestaciones clínicas)	7 días
619	Fístula que afecta el aparato genital	14 días
625	Dolor y otros síntomas asociados con el aparato genital femenino.	3 días
626	Trastornos de la Menstruación y Hemorragias Anormales de los órganos genitales femeninos.	3 días
627	Trastornos Menopáusicos y Posmenopáusicos	3 días
628	Metrorrágia	7 días
632	Aborto Retenido	5 días
634	Aborto Espontáneo	5 días
11. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y EL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO		
680	Forúnculo	1 día
681	Celulitis y Absceso de los Dedos	5 días
683	Linfadenitis Aguda	3 días
684	Impétigo	3 días
685	Quiste Pilonidal Abscedado o Fístulizado	7 días
686	Dermatitis Aguda	7 días
688	Micosis Superficiales	7 días
689	Intérnigo	7 días
690	Pénfigo	30 días
691	Piodermitis	7 días
692	Escabiosis	3 días
694	Erupciones Solares	3 días
695	Acné Inflamatório	7 días
696	Psoriasis (en brote)	14 días
697	Liquen Plano generalizado	14 días
700	Verruga Plantar	7 días

703	Paroniquia	3 días
707	Ulcera Crônica de la Piel	14 días
708	Urticaria	3 días

12. ENFERMEDADES DEL TEJIDO OSTEOMIOARTICULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO

714	Artritis Reumatoide y otras Políartropatias Inflamatorias	21 días
715	Osteoartrosis y trastornos afines	14 días
717	Desarregla Interno de la Rodilla	7 días
719	Otros trastornos articulares	7 días
720	Espondilitis Anquilosante y otras espondilopatías inflamatorias	7 días
721	Espondilosis y trastornos afines	7 días
722	Hernia de Disco Intervertebral	14 días
723	Otros trastornos de la Columna Cervical	7 días
725	Polimialgia Reumática	7 días
727	Otros trastornos de la cápsula sinovial, de la sinovia y de los tendones.	7 días
730	Osteomielitis	30 días
731	Osteitis deformante y osteopatías asociadas con otros trastornos.	30 días
734	Pie Plano	3 días
738	Escoliosis con manifestaciones clínicas	30 días
739	Sacrolumbalgia	7 días
740	Osteoporosis dolorosa del raquis	14 días
741	Síndrome del Orificio Torácico Superior	14 días
742	Coxartrosis Aguda o Subaguda	7 días
743	Necrosis de la Articulación de la Cadera	30 días
744	Osteocondritis	14 días
745	Espolón Calcáneo en fase aguda	7 días
746	Tenosinovitis	7 días
747	Síndrome de Sudek	30 días
748	Síndrome del Túnel Carpiano	14 días

13. TRAUMATISMO

800-804	Fractura del Cráneo y de los Huesos de la Cara	30 días
805-809	Fractura de la Columna Cervical y de los Huesos del Tronco	30 días
810-819	Fractura del Miembro Superior	30 días
820-829	Fractura del Miembro Inferior	30 días
830-839	Luxación	21 días
840-848	Esguince y desgarros de las articulaciones y de los músculos adyacentes	7 días
850-854	Traumatismo Intracraneal excepto el asociado con fractura de cráneo	30 días
860-869	Traumatismo Interno del Tórax, del abdomen y la pelvis.	30 días
870-879	Heridas músculo-arterias de la cabeza, del cuello y del tronco	14 días
880-887	Heridas músculo-cutáneas miembro superior	14 días
890-897	Heridas músculo-cutáneas miembro inferior.	30 días
900-904	Traumatismo de los vasos sanguíneos profundos.	21 días
910-919	Traumatismo superficial	7 días
920-924	Contusión sin alteración de la superficie cutánea.	3 días
925-929	Excoriaciones	3 días
930-939	Efectos secundarios de cuerpo extraño penetrante por un orificio natural.	7 días
940-944	Quemaduras Superficiales	14 días
945-949	Quemaduras Profundas	30 días
950-957	Traumatismo de los nervios y de la médula espinal	30 días

14. ENVENENAMIENTO

Código	Nomenclatura	Días Reposo Hasta
960-979	Intoxicación por Drogas, medicamentos y productos biológicos.	21 días
980-989	Intoxicación por sustancias no medicinales.	21 días

MODELO DE EDO (Enfermedad de Declaración Obligatoria)

MODELO 84-01-1 PARA USO DEL MEDICO NO DESPRENDER		MODELO 84-01-1 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Epidemiología		ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA NOTIFICACION DE CASO		FOLIO:
PACIENTE: _____		UNIDAD: _____		PROVINCIA		COD. SEM. EST.
EDAD _____ SEXO _____						
DIRECCION: _____ _____ _____		NOMBRE Y APELLIDOS: _____ _____		EDAD	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A	SEXO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
DIAGNOSTICO: PRESUNTIVO <input type="checkbox"/> CONFIRMADO <input type="checkbox"/>		DIRECCION (Calle. entre calles. No. Finca. Km.): _____ _____				
FECHA: MEDICO _____ _____		LOCALIDAD. Ciudad o Pueblo	MUNICIPIO	PROVINCIA	CODIGOS	
		DIAGNOSTICO: PRESUNTIVO <input type="checkbox"/>	CONFIRMADO <input type="checkbox"/>	AISLAMIENTO: SU CASA <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/>		
		NOMBRE COMPLETO DE LA ENFERMEDAD: _____ _____			FECHA NOTIFICACION _____ _____ _____ DIA MES AÑO	
		MEDICO INFORMANTE (Nombre y Apellidos) _____ _____				
Firma						

Listado de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Código a utilizar (Las marcadas con asterisco serán las enfermedades que deben enviar tarjetas al Organismo Central)

Código	Nombre de la Enfermedad	
01.01*	TB pulmonar confirmada por directo	14.02* Tétanos neonatal
01.02*	TB pulmonar confirmada por cultivo (y biopsia)	14.03* Tétanos obstétrico
01.03*	TB pulmonar confirmada por otros métodos diagnósticos	15.00 Brucelosis
01.04*	TB pulmonar confirmada por necro o certificado de defunción	16.00 Leptospirosis
01.05*	Otras TB aparato respiratorio	17.00 Histoplasmosis
01.06*	Meningoencefalitis tuberculosa	18.00 Toxoplasmosis
01.07*	TB extrapulmonar confirmada por necro o certificado de defunción	19.00 Mononucleosis infecciosa
01.08*	TB de otras localizaciones	20.00 Varicela
02.01	Hepatitis viral tipo A	21.00 Herpes zoster
02.02*	Hepatitis viral aguda tipo B	22.00* Fiebre tifoidea
02.03*	Hepatitis viral aguda tipo C	23.00 Fiebre paratifoidea
02.04	Otras hepatitis virales agudas especificadas	24.00 Escarlatina
02.05	Hepatitis viral aguda sin especificar	25.00 Shigellosis (disentería bacilar)
03.01*	Meningoencefalitis meningocócica	26.00 Disentería amebiana aguda
03.02*	Meningococcemia	27.00* Sarampión
03.03	Meningoencefalitis viral	28.00* Rubeola
03.04	Meningoencefalitis sin especificar (incluye aséptica)	29.00* Difteria
03.05*	Meningoencefalitis bacteriana a H. Influenzae	30.00* Tos ferina
03.06*	Meningoencefalitis bacteriana a S. Neumoniae	31.00 Cólera
03.07*	Meningoencefalitis bacteriana a S.B-H grupo B	32.00 Peste
03.08*	Otras meningoencefalitis bacterianas especificadas (Seudomona, Escherichia Coli, Proteus, estafilococos gran positivo y gran negativo)	33.00 Muermo
03.09*	Meningoencefalitis bacteriana sin especificar	34.00* Poliomielitis aguda
04.01*	Paludismo por plasmodium falciparum	35.00 Viruela
04.02*	Paludismo por plasmodium vivax	36.00 Fiebre amarilla
04.03*	Paludismo por plasmodium malariae	37.01* Dengue (clásico)
04.04*	Paludismo por plasmodium ovale	37.02* Dengue hemorrágico
04.05*	Paludismo mixto	38.00* Rabia humana
04.06*	Otros tipos de paludismo	39.00* Parotiditis epidémica o infecciosa
04.07*	Paludismo sin especificar	40.01 Tifus epidémico (transmitido por piojos)(exantemático)
05.01*	Lepra Dimorfa (Multibacilar)	40.02 Tifus endémico (transmitido por pulgas)(murino)
05.02*	Lepra Lepromatosa (Multibacilar)	40.03 Otros tifus y los no especificados
05.03*	Lepra Indeterminada (Multibacilar)	41.00 Fiebre recurrente transmitida por piojos
05.04*	Lepra Indeterminada (Paucibacilar)	42.00 EDA
05.05*	Lepra Tuberculoide (Paucibacilar)	43.00 IRA
06.01	Sífilis temprana congénita sintomática (STCS)	44.00 Brotes de intoxicación alimentaria
06.02	Sífilis temprana congénita latente (STCL)	45.00 Casos de intoxicación alimentaria
06.03	Sífilis temprana congénita sin especificar	46.00 Síndrome febril
06.04	Sífilis congénita sin especificar	47.00* Parálisis flácida aguda
06.05	Sífilis temprana adquirida sintomática (STAS)	48.00 Crisis aguda de asma bronquial
06.06	Sífilis temprana adquirida latente (STAL)	49.00* Invaginación intestinal (menores de 2 años)
06.07	Sífilis tardía congénita sintomática (STaCS)	50.00 Intento suicida
06.08	Sífilis tardía congénita latente (STaCL)	51.00 Suicidio
06.09	Sífilis tardía congénita sin especificar	52.01 Intoxicación aguda no intencional
06.10	Sífilis tardía adquirida sintomática (STaAS)	52.02 Intoxicación aguda intencional
06.11	Sífilis tardía adquirida latente (STaAL)	52.03 Intoxicación aguda de causa ignorada
06.12	Sífilis tardía sin otra especificación	53.01* Intoxicación aguda por droga
06.13	Otras sífilis sin especificar	53.02* Abuso de una droga
07.00	Condiloma acuminado	53.03* Estado de abstinencia
08.00	Blenorragia [Gonorrea]	53.04* Estado presumible a consumo de droga
09.00	Conjuntivitis gonocócica	54.00 Conjuntivitis hemorrágica
10.00	Chancro blando	55.00* Encefalitis
11.00	Linfogranuloma venéreo	56.00 Teniasis
12.00	Granuloma inguinal venéreo	57.00 Fascioliasis
13.00	Herpes simple genital	58.00* Fiebre del Nilo Occidental
14.01*	Tétanos	59.00 Neuropatía periférica nutricional

ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA EN CÍRCULOS INFANTILES Y ESCUELAS		80.05 Enfermedades producidas por el fósforo o sus componentes tóxicos 80.06 Enfermedades causadas por la nitroglicerina u otros ésteres del ácido nítrico 80.07 Enfermedades producidas por el arsénico o sus componentes tóxicos 80.08 Intoxicaciones producidas por el ácido sulfúrico, ácido nítrico, ácido crómico, cromatos y discromatos alcalinos, álcalis, cáusticos, cales, cementos. 80.09 Enfermedades causadas por los derivados halogenados tóxicos de los hidrocarburos alifáticos o aromáticos. 80.10 Intoxicaciones causadas por los alcoholes, glicoles o las cetonas 80.11 Sulfocarbonismo 80.12 Manganismo 80.13 Epitelioma primitivo de la piel 80.14 Dermatosis 80.15 Intoxicaciones producidas por los plaguicidas (organofosforados, carbamatos y otros) 80.16 Silicosis con o sin tuberculosis 80.17 Neumoconiosis 80.18 Asbestosis 80.19 Enfermedades broncopulmonares causadas por el algodón (bisínosis) de lino, de cáñamo o de polvo de bagazo de caña 80.20 Laringitis nodular 80.21 Enfermedad radiogénica 80.22 Hipoacusia profesional 80.23 Enfermedades producidas por las vibraciones (afecciones de músculos, tendones, huesos, vasos sanguíneos y nervios periféricos) 80.24 Enfermedades producidas por presiones superiores o inferiores a la atmósfera 80.25 Los trastornos originados por el trabajo en cámara donde se inyecte aire comprimido 80.26 Carbunclo o ántrax 80.27 Brucellosis (enfermedad profesional) 80.28 Leptospirosis (enfermedad profesional) 80.29 Histoplasmosis (enfermedad profesional) 80.30 Hepatitis B (enfermedad profesional) 80.31 SIDA (Enfermedad profesional) 80.32 Otras enfermedades profesionales
CÍRCULOS INFANTILES ESCUELAS		
CODIGO NOTIFICACION		
81.01 Parasitismo intestinal		
82.01 Parasitismo intestinal		
81.02 Micosis y otras dermatosis		
82.02 Micosis y otras dermatosis		
81.03 Intoxicación por agentes químicos	82.03	
Intoxicación por agentes químicos		
81.04 Intoxicación alimentaria		
82.04 Intoxicación alimentaria		
81.05 Accidentes graves	82.05	
Accidentes graves		
81.06 Accidentes leves y moderados	82.06	
Accidentes leves y moderados		
Se mantienen vigentes las definiciones para estas enfermedades orientadas y demás orientaciones al respecto impartidas en la Carta Circular 9/1997.		
ENFERMEDADES DE DECLARACION		
OBLIGATORIA A INFORMAR EN CENTROS DE TRABAJO		
Esta información se realizará según año natural, por lo que la información del primer semestre corresponderá a los meses de enero a junio y el segundo semestre (independiente) desde julio hasta el mes de diciembre. Cada una de las enfermedades se desglosará según grupo de edad y sexo.		
ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA		
CODIGO CONCEPTO		
83.01 Enfermedad Diarreica Aguda		
83.02 Infección Respiratoria Aguda		
83.03 Dermatosis por hidrocarburo		
83.04 Dermatosis por otras causas		
83.05 Intoxicación por agentes químicos		
83.06 Intoxicación alimentaria		
83.07 Accidentes		
Se mantienen vigentes las definiciones y orientaciones impartidas en la Carta Circular 8/1997.		
NOTIFICACION DE ENFERMEDAD PROFESIONAL		
CODIGO ENFERMEDAD PROFESIONAL		
80.01 Saturnismo		
80.02 Hidrargirismo		
80.03 Intoxicaciones producidas por el berilio, flúor, cromo zinc, níquel cadmio, vanadio y todos sus compuestos tóxicos		
80.04 Benzolismo		
		Se mantienen vigentes todas las orientaciones impartidas en la Carta Circular No. 7/1997.
		Tanto para círculos infantiles, escuelas, centros de trabajo como en el caso de enfermedades profesionales, si la entidad diagnosticada está considerada en el listado de Enfermedades De Declaración Obligatoria, se notificará como tal en los reportes semanales, además de incluirse en los reportes semestrales de estas instituciones.

PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS

Guía para la correcta prescripción de medicamentos de uso popular

Medicamentos de uso popular (topados):

Brea Shampoo medicinal, Mentolán Crema (1 Frasco)
 Sales Biliares grageas x 20, Vitamina C 500 mgs x 20 (1 Blister)
 Meprobamato 400 mgs. Tab. x 10 (2 Blister)
 Micocilén Talco x 100 grs, Vaposán Ungüento (1 Tubo)

2. Analgésicos, AINEs y antibióticos de uso ambulatorio:

Cantidades máximas a dispensar por receta médica.

Medicamento (forma farmacéutica)	Envase	A dispensar:
Analgésicos y Antinflamatorios		
Dipirona (tab. 300 mg)	10 tab. X blister	2 blister
Dipirona (amp 600 mg)	-	4 ampolletas
Dipirona (susp.300 mg)	5 supositorios x caja	1 caja
Paracetamol (tab. 500 mg)	10 tab. X blister	2 blister
Paracetamol (solución oral 120 mg/5 ml)	120 ml. x frasco	2 frascos
Ibuprofeno (tab. 400 mg)	40 tab. fco x 40tab	1 frasco
Indometacina (tab. 25 mg)	20 tab. X blister	2 blister
Piroxicam (tab. 10 mg)	10 tab. X blister	3 blister
Piroxicam(supos. 20 mg)	10 sup. X envase	2 envases
Naproxeno (tab 250 mg)	50 tab. x fco	1 frasco
Antimicrobianos		
Penicilina cristalina (bbo 1000 000 U)	-	8 bulbos
Penicilina rapilenta (bbo 1000 000 U)	-	14 bulbos
Amoxicilina (cap 500 mg)	10 cápsulas x blister	3 blister
Amoxicilina (susp 125 mg/ 5 ml)	60 ml x fco	5 frascos
Ampicilina (cap. 500 mg)	10 cápsulas X blister	3 blister
Ampicilina (susp 125 mg /5 ml)	60 ml x frasco	5 frasco
Oxacilina (cap 250 mg)	12 cápsulas x blister	5 blister
Fenoximetilpenicilina (susp. 125 mg/ 5ml)	60 ml x frasco)	5 frascos
Fenoximetilpenicilina (cap. 250 mg)	12 cápsulas x blister	5 blister
Cefalexina Cap.500 mg	10 cápsulas X blister	3 blister
Cefalexina (susp 125 mg/5ml)	60 ml x fco	3 frascos
Eritromicina (susp 125 mg/5ml)	60 ml x fco	5 frascos
Eritromicina (grag. 250 mg)	10 tab. X envase	6 envases
Azitromicina (tab. 250 mg)	6 tab. X envase	1 envase
Azitromicina (tab. 500 mg	3 tab. x envase	1 envase
Cotrimoxazol (tab. SM 400 mg/T 80 mg)	10 tab. X blister	6 blister
Cotrimoxazol (susp SM 100 mg/ T 20 mg/ 5 ml)	60 ml x fco	5 frascos
Cloranfenicol (grageas 250 mg)	12 grageas x blister	5 blister
Cloranfenicol (susp 125 mg/5 ml)	55 ml x fco	5 frascos
Tetraciclina (gragea 250 mg)	12 grageas x blister	5 blister
Ciprofloxacina (tab. 250 mg)	10 tab x blíster	blister

Toda receta para la prescripción de antibióticos debe incluir la impresión diagnóstica.

MODELO DE RECETA MÉDICA**(modelo 53-05-1)**

Modelo 53-05-1 MINSAP Hospitales y Policlínicos		315430194		
Unidad: Policlinico Pedro del Toro		Especialidad: MGI o		
NOTA: SE DISPENSARA UN MEDICAMENTO POR RECETA				
R/ Ej. DIPIRONA 300 mg 20 Tab				
Fecha		Los medicamentos lejos del alcance de los niños		
06 D	06 M	2010 A	MEDICO	FIRMA
NOMBRE DEL PACIENTE: Katherine Epifany León Rosales				
HISTORIA CLÍNICA 06018921445		SALA -----	CAMA -----	

OJO

R/: Debe llevar: Nombre del medicamento

Presentación

Cantidad de medicamento

Dosis

Los marcados con X:

R/: Debe Llevar: Nombre del medicamento

Presentación

Cantidad de medicamento

Dosis

Además de los siguientes datos (puede colocarlos en la parte posterior de la receta):

Impresión diagnostica (ID)

Dosis del medicamento (D)

Carnet de identidad del paciente (CI)

Domicilio del paciente (Vecino)

GUÍA PARA LA CORRECTA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS**Medicamentos por receta médica (modelo 53-05-1)**

Medicamento	Presentación (cantidad de presentación)	
Acido Acetil Salicílico	500 mg x 2000 tab	
Acido Fólico	1 mg blister x 20 tab	
Acido Fólico	5 mg x 20 tabs	
Acido Nalidixico	500 mg tab blister x 10	
Acido Nicotinico	50 mg x 20 tab	
Amantadina	100 mg estuche x 30 tabs	X
Ampicilina	500 mg estuche x 10	
Azitromicina	250 mg cap. Fco. Plastico x 6	X
Azitromicina	500 mg x 3 tab	X
Bisacodilo	5 mg x 10 tabs	
Bromuro de Neostigmina	15 mg x 20 tab	
Carbon y pepsina	tab x 40	X
Cefalexina	500 mg capsulas estuche x 10	
Ciprofloxacina	250 mg tab revestidas blister x 10	X
Cloranfenicol	250 mg x 12 tab revestidas	X
Cloroquina	250 mg tab fco de vidrio por 400 tab	X
Cortisona	25 mg x 20 tab	X
Co-trimoxazol	tab. X 10 sin estuche	X
Danazol	200 mg caja x 30 caps	
Dexametazona	0.75 mg blister x 20 tabletas	X
Dexclorfeniramina	2 mg x 20 tab	
Difenhidramina(Benadrilina)	25 mg tab x 10 sin estuche	X
Dihidralazina	50 mg x 20 tab revestidas	
Dimenhidrinato(Gravitol)	50 mg tab x 10 sin estuche	X
Dipiridamol	25 mg tab. Blister x 10	
Dipirona	300 mg x 10 tab	
Dobesilato de calcio	250 mg x 10 tab	
Doxiciclina	100 mg x 12 cap	X
Fenoximetilpenicilina	250 mg capsulas sobre x 12	X
Fenoximetilpenicilina	250 mg x 10 capsulas	X
Forfer	est x 2 blister x 10 tab	
Fumarato ferroso	200 mg grageas x 60 tab	
Furosemida	40 mg tab x 10 sin estuche	X
Gel hidróxido de aluminio (alusil)	x 10 tab.	
Ibuprofeno	400 mg fco x 40 tab revestidas	
Indometacina	25 mg tab x 10 sin estuche	
Ketoconazol	200 mg tab x 30 (nizoral)	
Ergofeina	1000 mg est x 20 tab revestidas	
Eritromicina estolato	250 mg (base) x 10 tabs	X
Lactato de calcio	500 mg x 10 tab.	
Levamisol	150 mg x 1 tab.	

Mandelamina	500 mg x 30 grageas	
Mebendazol	100 mg x 6 tab	X
Meclozina (meclizine)	25 mg tab x 10 sin estuche	X
Mefenesina	500 mg x 10 tab	
Metocarbamol	500 mg estuche x 20 tab	X
Metoclopramida	10 mg tab blister x 10	X
Metronidazol	250 mg tab. X 30 tab	X
Mufer	fco x 100 tab	
Naproxeno	250 mg fco x 50 tabletas	
Nicotinamida	50 mg x 20 tab	
Nitrofurantoina	100 mg blister x 10 tab	
Nitroglicerina sublingual	0,5 mg x 20 tab	
Nitroglicerina subl.	0,5 mg x 20 tab	X
Nutri forte	x 100 tab	
Oxacilina	250 mg x 12 capsulas	X
Paracetamol	500 mg tab blister x 10	
Paracetamol compuesto	blister x 10 tab (kogrip)	
Penicilamina	250 mg blister x 30 capsulas	X
Piridilcarbinol	25 mg x 10 tab	
Piroxican	10 mg x 20 tab	
Prednisolona	20 mg x 20 tab	X
Prednisona	5 x 20 tab	X
Prenatal	est x 30 tab	
Primaquina	15 mg x 20 tab revestidas	X
Probenecid	500 mg x 10 tab	X
Quinacrina	100 mg x 20 tab.	X
Ranitidina	150 mg x 30 tab (zantac)	X
Rutascorbin	x 10 tab revestidas	
Sales biliares	x 20 tab revestidas	
Secnidazol	500 mg caja x 4 tab.	X
Teofilina	170 mg x 10 tab	X
Tetraciclina	250 mg x 12 tab revestidas	X
Tiabendazol	500 mg x 10 tab	X
Tinidazol	x 10 tab	X
Trioxido de bismuto	120 mg tab.rev.x 60 (Q-ulcer)	X
Vitamina A	25000 ui fco x 30 grageas	
Vitamina B-1 (Retinol)	50 mg x 20 tab	
Vitamina B-2 (Rivoflavina)	25 mg x 20 tab	
Vitamina B-2 (Rivoflavina)	5 mg x 20 tab	
Vitamina C	500 mg x 30 tab. Revestidas	
Vitamina E	50 mg blister por 10 tab revestidas	

ANTIDEPRESIVOS TRICILICOS, ANTIPSICOTICOS, SEDANTES Y ANSIOЛИTICOS

Medicamento	Presentación (cantidad de presentación)
Amitriptilina	25 mg x 10 tab rev. Blister
Atropina	0,5 mg x 20 tab
Carbamazepina	200 mg fco x 90 tabs
Obazan	20 mg 20 tab (est 2 blis x 10 tab)
Clonazepan	1 mg tab x 50
Clordiazepoxido	10 mg tab x 10 sin estuche
Clorpromacina	100 mg blister x 10 grageas
Clorpromacina	25 mg blister x 10 tab
Cosedal	30 mg x 10 tab.
Desipramina	25 mg x 50 tab est c/ fco plast.
Dextropropoxifeno	65 mg x 20 tab revestidas
Diazepam	5 mg tab x 10
Fenitoina	50 mg fco x 50 tab
Fenobarbital	100 mg tab x 10 sin estuche
Fenobarbital	15 mg x 20 tab
Flufenazina	2,5 mg x 20 tab
Imipramina	25 mg grageas x 10 sin estuche
Levomepromacina	25 mg x 20 tab
Medazepam	10 mg tab x 10 sin estuche
Meprobamato	400 mg x 10 tab
Nitrazepam	5 mg tab x 10 s/est
Tioridazina	25 mg blister x 10 tab revestidas
Trifluoperazina	1 mg x 20 tab
Trifluoperazina	5 mg x 20 tab

OJO

R/: Debe llevar: Nombre del medicamento
 Presentación
 Cantidad de medicamento
 Dosis

Además de los siguientes datos (puede colocarlos en la parte posterior de la receta):

- Impresión diagnostica (ID)
- Dosis del medicamento (D)
- Carnet de identidad del paciente (CI)
- Domicilio del paciente (Vecino)

Medicamentos Tópicos

Medicamentos	Presentación
Clotrimazol	1% crema tubo x 25 g
Idoxuridina	0.5% crema dermica tubo x 5 g
Ketoconazol	2 % crema tubo x 25 g
Mafenida	10% crema FCO X 200 G
Mentolan	crema tubo x 25 gr
Micocilen	unguento tubo x 25 g
Miconazol	2 % crema tubo x 25 g
Nitrofurazona	CREMA FCO X 200 G.
Nitrofurazona	crema tubo x 25 g
Proctocaina	unguento rectal tubo x 25 g
Sulfadiazina de Plata	1 % FCO X 200 G
Tolnaftato	1% crema tubo x 25 g
Triamcinolona	0.1% crema tubo x 25 g
Vaposan	unguento fco x 25 g
Venaton	unguento rectal tubo x 25 g
Benzalconio	antioxidante conc. Sol. X 40 ml
Benzoato de bencilo	locion fco x 110 ml
Brea champu medicinal	fco x 110 ml
Permetrina 1%	locion fco x 120 ml
Piperazina	jarabe fco x 118 ml
Venaton	gotas fco x 30 ml
Whitfield c/Azufre	Fco x 25 g

- **OJO**

R/: Debe llevar:

- Nombre del medicamento
- Presentación
- Cantidad de medicamento
- Dosis
- Diagnóstico

CERTIFICADO DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS CONTROLADOS POR TARJETA
(Modelo 53-69)

Modelo 53-69 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Hospitales Y Policlínicos		CERTIFICADO DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS CONTROLADOS POR TARJETA																													
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Adición <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Cambio de tratamiento		Tarjeta No. _____																													
<p>Datos del Paciente</p> <p>Nombre y Apellido: _____ Edad: _____ Sexo: _____ No de C.I. _____ HC: _____ Dirección: _____ Consultorio: _____</p> <p>Diagnóstico</p> <p>1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____</p> <p>Tratamiento (s):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Diagnóstico</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Medicamento</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Dosis Diaria</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 40px;"></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Valido por: _____ Fecha: _____ Expedido por: _____</p> <p>Datos del registro:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Nombre y Apellidos (persona que registra)</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">Firma:</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">Fecha:</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">No. de Orden</td> </tr> </table>				Diagnóstico	Medicamento	Dosis Diaria																						Nombre y Apellidos (persona que registra)	Firma:	Fecha:	No. de Orden
Diagnóstico	Medicamento	Dosis Diaria																													
Nombre y Apellidos (persona que registra)	Firma:	Fecha:	No. de Orden																												

**MEDICAMENTO EMITIDOS POR CERTIFICADO DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS
CONTROLADOS POR TARJETA (Modelo 53-69)**

Medicamento	Presentación	Observaciones
Acetazolamida	250 mg.	
Aspirina	125 mg	
Desmopresina	gotas nasales.	
Alopurinol	100 mg. Tab.	
Amiodarona	200 mg.tab.	
Amlodipino	10 mg. Tab.	
Atenolol	25 mg. Tab.	
Atenolol	100 mg. Tab.	
Bromocriptina	2.5 mg tab.	
Captopril	25 mg. Tab	
Captopril	50 mg. Tab	
Carbamazepina	0.2 g tab.	
Carbonato de Calcio	Tab.	
Cimetidina	200 Tab.	
Clobazan	20 mg. Tab.	
Clonazepam	1 mg tab	
Cloroquina	250 mg	
Clortalidona	25 mg. Tab.	
Colchicina	tab.	
Cortisona	Tab	
Cromoglicato D. Sspray	5 mg.	
Cromoglicato D.	Cápsulas.	
Dapsona	100mg tabletas	
Digoxina solución	Alchc. inf.	
Digoxina	0.25 mg. Tab.	
Dihidralazina	Tab.	
Dinitrato Isosb.	10 mg. Tab.	
Dobesilato de calcio	250mg tab.	
Enalapril	10 mg Tab	
Enalapril	20 mg Tab	
Espironolactona	25 mg. Tab.	
Etosuximida	250 mg. Tab.	
Fenitoína	Susp.	
Fenitoína-	50 Masticable Tabs.	
Fluodrocortisona	01 mg. Tab.	
Glibenclamida	5 mg. Tab.	
Haloperidol	1.5 mg. Tab.	
Hidroclorotiazida	25 mg tab	
Insulina Actrapic	40 Und. Bbo.	
Insulina Lenta	100 Und. Bbo.	
Ketotifeno	1mg. Tab.	
Ketotifeno	Jarabe Fco.	
Lagrimas artificiales		

Lamotrigina	100 mg. Tab	
Levodopa	500 mg. Tab.	
Levodopa y Benseracida	tab.	
Levotiroxina sód.	0.1 mg. Tab.	
Liolevo B	tab.	
Melagenina	Loción.	
Metformina	500 mg Tab.	
Metildopa	250 mg.	
Metilfenidato	Tab.	
Nifedipina	10 mg. Gragea.	
Nitropental	10 tab.	
Nitropental	20 tab.	
Omeprazol	cap.	
Oxibutinina	5mg. Tab	
Penicilamina	150 mg.	
Penicilina Benzatinca	1 200 000U	
Pilocarpina	2 % colirio	
Pilocarpina	4 % colirio	
Piracetán	300mg. Tab	
Piridostigmina	60 mg Tab.	
Propiltiouracilo	50 mg.tab	
Propanolol	10 tab.	
Propanolol	40 tab	
Reserpina	0.25 Ta b.	
Salazosulfopiridina	sup.	
Salazosulfopiridina 0.5 g	Tab.	
Salbutamol	Spray	
Salbutamol 2 mg	Tab	
Sulfato Quinidina	tab.	
Teofilina acción retardada	tab	
Timolol	0.25 % colirio	
Timolol	0.50 % colirio	
Tolbutamida	0.5 g. Tab.	
Trihexifenidilo	2 tab.	
Trihexifenidilo	- 5 tab	
Valproato de mg.	190 mg tab	
Valproato de sod.	125 mg Jab.	
Verapamilo	80 mg.tab.	
Vigabatrina	500 mg. Tab	
Warfarin	2 mg. Tab.	
Benedict	(Reactiva)	

**MEDICAMENTOS SE PRESCRIBEN POR TARJETA CONTROL CON REGULACIONES
ESPECIALES Y ESPECIALISTAS QUE LAS EMITEN**

Medicamento	Indicaciones	Especialistas Autorizados
Trihexifenidilo 2 y 5 mg. Tab.	Mal de Parkinson y algunas afecciones extrapiramidales	Neurólogos, Internistas Neurocirujanos, y Psiquiatras.
Melagenina Loción	Vitílico	Dermatólogos
Timolol Colirio 0,25 % y 0,5 %	Anti glaucomatosos de ángulo cerrado	Indicación y seguimiento de los pacientes por Oftalmólogos
Pilocarpina 2 % y 4 % Colirio	Anti glaucomatosos de ángulo abierto	Indicación y seguimiento de los pacientes por Oftalmólogos
Penicilamina tab.	Enfermedad de Wilson	Medicina Interna, Neurología, Pediatría y Gastroenterología
Valproato de Sodio 125 mg/5 ml. Jarabe x 120 ml	Algunas epilepsias	Neurólogos. Neurocirujanos y Neurología Pediátrica
Valproato de Magnesio 200 mg/tab x 40 tab.	Algunas epilepsias	Neurólogos. Neurocirujanos y Neuropediatría
Desmopresina (Adiuretín) gotas nasales Fco x 5 ml	Diabetes insípida	Endocrinología
Fludrocortisona 0.1 mg tab.	Enf. de Addison y otras endocrinopatías	Endocrinólogos
Salazosulfapiridina 0,5 grs. Tab.	Enf. de Crohn y otras inflamaciones intestinales	Gastroenterólogos.
Salazosulfapiridina H.C. supositorios	Enf. de Crohn y otras inflamaciones intestinales	Gastroenterólogos.
Haloperidol 1,5 Tab.	Antipsicótico	(Psiquiatría)
Piridostigmina 60 mg x 20 Tab	Solo se indicará en los casos de MIASTENIA GRAVE	
Bromocriptina 2,5 mg x 30 tab	Adenomas secreción pituitaria	
Etosuximida 250 mg x 40 Cáps.	Epilepsia	
Lágrimas artificiales:	Queratoconjuntivitis seca (ojo seco)	solo por oftalmólogos
Metilfenidato Tab	Niño hiperactivo con déficit de atención, para uso del psiquiatra infantil).	
Piracetam 300 mg Tab, frasco por 30 Tab La dosis máxima será de 12 gramos al día repartida en 4 tomas.	monoterapia en la Mioclonia post anoxica reticular, tto de la mioclonia cortical refractaria o difícil control.	Neurología
Cloroquina 250 mg Tab frasco por 30 Tab	LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE Y SISTÉMICO así como para el AR ACTIVA.	Medicina Interna, Reumatología y Dermatología
Dapsona 100mg Tab	dermatitis herpetiforme	Dermatología
Dobesilato de calcio 250mg Tab	Retinopatía diabética y trastornos vasculares asociados a la permeabilidad capilar	
Oxibutinina 5 mg, envase por 30 Tab	Vejiga neurogénica en niños mayores de 5 años. Se entregan 2 meses de tratamiento y el tiempo máximo es de 6 meses	Urología Pediátrica
Lamotrigina 100mg, envase x 30 Tab	Epilepsia	Neurología
Vigabatrina 500mg, envase x 60 Tab	Epilepsia.	Neurología,
Penicilina Benzatínica:	Fiebre reumática y Faringoamigdalitis	

MODELO RECETARIO CONTROL DE ESTUPEFACIENTES Y SICOTRÓPICOS**(Modelo 32-17, Solo Personal Medico Autorizado)**

Mod 32-17 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Estupefacientes y Sicotrópicos	RECETARIO CONTROL DE ESTUPEFACIENTES Y SICOTROPICOS EN CENTROS ASISTENCIALES	Receta	Unidad Farmacia
R/ nota solamente se podrá formular un medicamento en cada receta			
PACIENTE. NOMBRE		No 404940	
HISTORIA CLINICA	SALA	CAMA	
DIAGNOSTICO		EXPEDIENTE	_____ / _____ / _____ DIA / MES / AÑO
FACULTATIVO. NOMBRE			
DIRECCION			
UNIDAD DONDE SE REALIZO LA INSCRIPCIÓN			

DESPACHARSE SOLAMENTE EN FARMACIAS DE CENTROS ESPECIALIZADOS

EJEMPLO:

MORFINA AMPULA 10 MG

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SISTEMA DE INFORMACIÓN
ESTADÍSTICA - NACIONAL
MOD. 8 - 111 (18-39-2)

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

(Para fallecidos de 28 días y más)

1. 1er. APELLIDO:		2do. APELLIDO:		NOMBRE (S):			
2. No. DE IDENTIDAD O FECHA DE NAC.:		3. EDAD: a) Si es - 1 año: Días <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Meses Años <input type="checkbox"/> 6		b) Si es de 1 año o más: Años <input type="checkbox"/> 7 100 Años y más		4 SEXO: <input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino	
5. COLOR DE LA PIEL: <input type="checkbox"/> 1 Blanca <input type="checkbox"/> 2 Negra <input type="checkbox"/> 3 Mestiza		6. VIDA CONYUGAL: <input type="checkbox"/> 1 Sin Pareja Estable <input type="checkbox"/> 2 Con Pareja Estable <input type="checkbox"/> 3 Ignorado		7. OCUPACIÓN:			
8. SI ES EXTRANJERO LA RESIDENCIA ES: <input type="checkbox"/> 1 Permanente <input type="checkbox"/> 2 Temporal <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		9. RESIDENCIA HABITUAL. (Calle, carretera, finca, etc.): No. O Km.:					
EDIFICIO:	APTO:	ENTRE CALLES, BLOQUE, ZONA, REPARTO:				LOCALIDAD:	
MUNICIPIO:		PROVINCIA:		ÁREA DE SALUD:		CÓDIGO:	
10. HORA Y FECHA DE DEFUNCIÓN: AM <input type="checkbox"/> PM		11. SITIO DE LA DEFUNCIÓN: DÍA MES AÑO Cuerpo de guardia Hospital <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Ingresado Hospital Otro Centro Médico <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Domicilio Otro Lugar <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 Extranjero Ignorado <input type="checkbox"/> 9					
LOCALIDAD:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:		CÓDIGO:	
12. Sólo para mujeres de entre 12 a 49 años de edad: ¿En los 12 meses antes de la defunción tuvo embarazo? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 En caso de "SI" responda: El embarazo terminó en: Aborto Parto (Incluye Cesárea) Fecha del Evento: Dia Mes Año							
13. CAUSAS DE MUERTE: P Á R T E I Enfermedad o estado patológico que finalmente produjo la muerte a) _____ CAUSA DIRECTA Causes que antecedieron a la causa directa al existir. La última causa anotada en b, c y d será la que inició todo el proceso patológico b) _____ CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN PARTE 1 a) c) _____ CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN PARTE 1 b) P Á R T E II Otras enfermedades significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la causa directa (I a) d) _____ CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN PARTE 1 c)							
14. CONFIRMACIÓN DE LAS CAUSAS: Clínica <input type="checkbox"/> 1 Investigación (excluye biopsia) <input type="checkbox"/> 2 Operación <input type="checkbox"/> 3				15. CERTIFICACIÓN HECHA POR EL MÉDICO (de): <input type="checkbox"/> 1 Guardia <input type="checkbox"/> 2 Asistencia <input type="checkbox"/> 3 Familia <input type="checkbox"/> 4 Legista <input type="checkbox"/> 5 Otro			
16. a) SI ES MUERTE VIOLENTA PARECE DEBERSE A: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Otro Por <input type="checkbox"/> Investigar				b) FECHA DE LA LESIÓN: Día Mes Año		c) LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN:	
d) DESCRIPCIÓN DE COMO SE PRODUJO LA LESIÓN:							
e) AUTORIDAD QUE SOLICITA LA ACTUACIÓN: No. DE ACTA:							
NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO:				No. REG. PROFESIONAL:		FIRMA:	
NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO:				No. REG. PROFESIONAL:		FIRMA:	
PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS							
CUÑO DE LA UNIDAD:	NOMBRE DE LA UNIDAD:				FECHA: Día Mes Año		CÓDIGO:
	NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO ACTUANTE:				CARGO:		No. REG. UNIDAD:
	MUNICIPIO DE ENTERRAMIENTO:				FIRMA:		No. PROVINCIAL:

ORIGINAL DESTINADO AL MINSAP PARA FINES ESTADÍSTICOS

ORIENTACIONES PARA EL MEDICO CERTIFICANTE

(Sobre causas de muerte)

GENERALES:

- __ Cerciórese de la secuencia lógica de las enfermedades que anota como debidas unas a otras. Su relación debe ser causal, etológica o patológica o, al menos, haber preparado el camino para que ocurriera lo que usted anoto como causa directa en la parte 1 a)
- __ Anote una sola causa en cada renglón y no la repita. No siempre es necesario llenar todas las líneas b, c, d, pero es imprescindible que la causa que inicio todo el proceso ocupe la ultima línea llenada en la Parte 1
- __ No emplee abreviaturas o siglas, excepto SIDA, EPOC, y AVE agregando a este la patogenia trombótica, hemorrágica, embólica u otra si la conoce
- __ debe prescindirse, en la certificación médica de las causas de muerte, de las palabras: encamamiento, postración, senilidad, vejez fallo de bomba, fallo cardiaco o de otros órganos, anoxia, caquexia y otros términos, signos y síntomas, útiles en la práctica médica diaria, pero que no constituyen enfermedades propiamente dichas
- __ anote sistemáticamente el tiempo de duración de las enfermedades: 5 días; 6 días; 19 años. Si no lo conoce con precisión, exprese una aproximación según lo sepa; minutos varios días, meses más de 10 años.
- __ En Parte II anota las enfermedades coexistentes importantes, si existen, que a su juicio contribuyeron a la muerte, pero sin tener relación con la causa final o directa que usted anoto en la Parte 1 a).

ESPECIFICAS:

Bronconeumonía: no hipostática; en edades avanzadas pocas veces es la causa que inicio el proceso. Hipostática; nunca es la causa inicial. Arregle en el renglón siguiente la enfermedad o condición morbosa que llevo a la inmovilización.

Trombo embolismo pulmonar, edema agudo del pulmón, Sepsis generalizada, escaras, hemorragias, peritonitis e insuficiencia de órganos; no suelen ser causas que iniciaron el proceso sino consecuencia de otras que deben especificarse en el renglón siguiente.

Infarto agudo del miocardio; accidente vascular encefálico; tumor maligno: cerciórese que estas causas están conformadas o hay evidencias clínicas para certificarlas

Tumor: especifique si maligno, benigno o indeterminado. Siempre que lo sepa, anote el órgano y la parte de este es que se localiza, incluso el primario en los malignos con metástasis. De las metástasis solo se anotara el órgano (s). Ej a) Hipertensión endocraneana b) metástasis en cerebro, c) Carcinoma epidermoide de lóbulo superior pulmón derecho

Arteriosclerosis generalizada: cuando deba anotarla como causa básica, anote también entre ella y la causa final o directa, si le constan, localizaciones más precisas como arteriosclerosis cerebral, cardioesclerosis, nefroangiosclerosis Ej. a) Infarto agudo del miocardio b) cardioesclerosis generalizada

Causa violenta: solo están bien certificadas cuando después de anotar las lesiones orgánicas, se anota la causa externa como causa que inicio el proceso: casida, colisión, arma blanca, sumersión u otra con las especificaciones que se solicitan en punto 16

Operación quirúrgica: debe anotarse en el renglón que corresponda, cuando es necesario, para esclarecer de forma lógica la secuencia de causas que se certifica. Ej a) Sepsis generalizada, b) Sepsis de la herida c) apendicitomía d) apendicitis aguda

Doctor La atención que usted preste a las anteriores orientaciones y la precisión con que registre las causas de muerte, están muy relacionadas con la calidad de la información estadística de la mortalidad nacional, y con la planificación

INSTRUCCIONES GENERALES

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN: Esta parte del modelo se utilizará con fines estadísticos, lo llena el médico según las instrucciones.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: esta parte del modelo se utilizará para registrar la defunción y autorizar el enterramiento. La primera parte la llena el médico y la segunda la oficina del Registro del estado civil

INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN EN EL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL: Talón desprendible que llena la Oficina del registro del estado civil

INSTRUCCIONES PARA EL MEDICO CERTIFICANTE

(Sobre el llenado de algunos datos)

No. de IDENTIDAD O FECHA DE NACIMIENTO: Si no dispone Carne, anote la fecha de nacimiento de izquierda a derecha en el siguiente orden: año, mes y día, resto de los espacios se anulan con una línea continua

Ej.: 10 de abril de 1902, se anota en orden inverso **10|2|0|4|1|0|1-1-1-1-1**

COLOR DE LA PIEL: incluir el mestizo cualquier otra, no blanca o negra

VIDA CONYUGAL: (independientemente de la situación legal)

— Sin pareja estable: persona soltera, casada, viuda o divorciada que no tiene pareja permanente

— Con pareja estable: persona con pareja permanente, o que al menos dispone del apoyo efectivo de su pareja, aunque no conviva en la misma casa. Incluye casado, soltero, viudo o divorciado

OCCUPACION: (Se llena solo a personas de 5 años y de mas edad). No onote "empleado", "obrero", "trabajador por cuenta propia", etc. Detalle la ocupación que habitualmente realizaba. Si no trabaja, anote: "jubilado", "ama de casa", "estudiante", "impedido físico o mental", "desocupado", "recluso", etc.

SOLO PARA MUJERES DE ENTRE 12 A 49 AÑOS DE EDAD: En caso de existir un embarazo en los 12 meses previos a defunción refiérase al último evento

Si el certificado que se confecciones se refiere a una embarazada o puérpera responda igualmente la pregunta

CONFIRMACION DE LAS CAUSAS: puede marcar varias casillas. Se utiliza "reconocimiento" en certificaciones médico-legales y excepcionalmente en algún otro caso.

CERTIFICACIONES HECHA POR EL MEDICO (de): Puede marcar varias casillas según coincida.

SI ES MUERTE VIOLENTA: debe llenar las incisos a), b), c), d), y e), el médico legista o el médico actuante en función

NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MEDICO: Si muerte natural, certificará uno solo. Si muerte violenta certificación dos, siempre que sea posible.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SISTEMA DE INFORMACIÓN
ESTADÍSTICA - NACIONAL
MOD. 8 - 111 (18-39-2)

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

(Para fallecidos de 28 días y más)

PARA SER LLENADO EN LA UNIDAD DE SALUD														
1. 1er. APELLIDO:			2do. APELLIDO:			NOMBRE (S):								
2. No. DE IDENTIDAD O FECHA DE NACIMIENTO:			3. EDAD:			<input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días		4. SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino						
OCUPACIÓN:						ESTADO CONYUGAL: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Acompañado								
5. RESIDENCIA HABITUAL (Calle, carretera, finca, etc.)						No. O Km		EDIFICIO		APARTAMENTO				
ENTRE CALLES, BLOQUE, ZONA, REPARTO:						LOCALIDAD:								
MUNICIPIO:			PROVINCIA:			6. CAUSA DIRECTA DE MUERTE (Ia):								
7. HORA Y FECHA DE DEFUNCIÓN				8. SITIO DE LA DEFUNCIÓN (Nombre de la Institución de salud, domicilio u otro lugar):										
<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año														
9. NOMBRE Y APELLIDOS DEL DECLARANTE:						No. DE IDENTIDAD:				FIRMA:				
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO:						No. REGISTRO PROFESIONAL:				FIRMA:				
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO:						No. REGISTRO PROFESIONAL:				FIRMA:				
PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA														
CUÑO DE LA UNIDAD:		NOMBRE DE LA UNIDAD				FECHA:		No. DE REGISTRO:						
						Día Mes Año								
NOMBRE Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO:						CARGO:				FIRMA				
PARA SER LLENADO EN LA OFICINA DEL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL														
SI NACIÓ EN CUBA, NATURAL DE:				NO NACIÓ EN CUBA:		CIUDADANÍA:				SI ES EXTRANJERO LA RESIDENCIA ES:				
PROVINCIA:		MUNICIPIO:		PAÍS:						<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal				
NOMBRE DEL PADRE:				NOMBRE DE LA MADRE:				DE LA INSCRIPCIÓN DE NACIMIENTO:						
								TOMO:	FOLIO:	REG. ESTADO CIVIL:				
CEMENTERIO:						MUNICIPIO:								
ORIGINAL — DESTINO — AL — REGISTRO — DEL — ESTADO — CIVIL —														
COMITÉ ESTATAL DE ESTADÍSTICAS SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA NACIONAL (SIE-N) DEMOGRAFÍA MOD. 8. 111 (18-39-2)				INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN EN EL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL										
DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA														
INSCRIPCIÓN		REGISTRO DEL ESTADO CIVIL DE:												
TOMO:	FOLIO:													
1er. APELLIDO			2do. APELLIDO			NOMBRE(S):								
No DE IDENTIDAD:			FECHA DE DEFUNCIÓN			SI ES EXTRANJERO LA RESIDENCIA ES:								
			DÍA	MES	AÑO	<input type="checkbox"/> PERMANENTE <input type="checkbox"/> TEMPORAL								
DOMICILIO:														
CALLE O AVENIDA _____ No. _____						LA RESIDENCIA COINCIDE CON LA ANOTADA POR EL MEDICO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Si es No, anote)								
EDIFICIO _____ APTO. _____ ENTRE _____ _____ Y _____						UNIDAD DE REGISTRO: _____								
CIUDAD, PUEBLO, POBLADO (SI ES URBANO):														
CASERÍO, FINCA U OTRO LUGAR RURAL:														
MUNICIPIO			PROVINCIA			PROVINCIA			MUNICIPIO			LUGAR HABIT.		
PARA USO DE LA O.N.E.														
No. DE ORDEN:														

SEGUNDA PARTE

GINECOLOGIA-

OBSTETRICIA

HISTORIA CLINICA DE LA EMBARAZADA**Datos personales de la embarazada**

Nombre: _____ Edad: _____ CI: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____ Estado civil: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Centro de trabajo: _____
 Esposo: _____ Nombre: _____ Edad: _____
 Escolaridad: _____
 Edad: _____ CI: _____ Ocupación: _____

Vacunación con Toxoide Tetánico

Semana 22: _____ Semana 26: _____ Reactivación al año: _____

Citología: _____

Estomatología: _____

Datos de la vivienda

Piso: _____ Paredes: _____
 Techo: _____ Baño: _____
 Agua: _____ Animales domésticos: _____

Antecedentes Ginecológicas

Peso: _____ IMC: _____
 Talla: _____ VN: _____
 FUM: _____ FPP: _____

Patrón dietético:

Captación de la Embarazada

TG: _____ Peso: _____ Talla: _____
 GPT: _____ GPP: _____ V/N: _____

HC: Captación de embarazo

HEA: Paciente de raza (x) de (x) años de edad con antecedentes de (.....) para lo cual lleva tratamiento con (.....) la misma acude a consulta refiriendo una amenorrea de más menos 15 o 3 meses acompañada de náuseas, mareos, somnolencia con un FUM X/X/X confiable que coincide con U/S ginecológico realizado. El embarazo es deseado por la gestante y la familia desde el principio. Situación económica favorable, que en estos momentos refiere sentirse bien a febril necesidades fisiológicas normales apetito conservado aumentado o disminuido, niega dolor en bajo vientre y/o caderas. Refiere (no refiere) perdidas vaginales de característica grumosa blanquecinas flemas o sangre, niega prurito u otra sintomatología que ahora se ve de buen estado general

APP (alergia o enfermedades de las que padece)

APF (antecedentes de DM pre-eclampsia eclampsia en la familia entre otras enfermedades)

EXAMEN FISICO GENERAL

Paciente normolíneo (brevilíneo o longilíneo) que deambula sin dificultad. Con facies y marcha no característica de procesos patológicos (si es una facies o) (marcha característica de neurológico, poner: "Con facies y marcha que serán" (descritas en Sistema Nervioso"), que guarda un decúbito activo indiferente (forzado,...). Actitud de pie y en el lecho normal (si es patológica describirla y poner al final: "que recuerda a la actitud: gatillo de escopeta, opistotono,... etc.) Piel propia de su edad, sexo y raza; de color, grosor, humedad, temperatura y elasticidad normales. (si tiene cicatriz y lesiones elementales describir) (si tiene hematomas o manchas purpúrico-hemorrágicas poner: "que serán descritos en Sistema Hemolinfopoyético") Mucosas húmedas y normocoloreadas. (si tiene algo anormal describir) Pelos de cantidad y distribución normal, vello sexual normal, vello no sexual normal. (Ausente en tal lugar, abundante en tal zona, compatible con... hipertricosis....) Uñas de morfología, color, flexibilidad, grosor y estriaciones normales. (si hay algo anormal describir) Panículo adiposo: Conservado. (Aumentado o disminuido) TCS: no infiltrado por edema, mixedema ni enfisema subcutáneo. (si hay describir donde; tener en cuenta que ni el mixedema(duro y firme) ni el enfisema(crepita) dejan Godet)

SOMA: Articulaciones de forma y aspecto normal, no signos de inflamación articular. No dolor a la movilización activa ni pasiva, amplitud del recorrido articular normal, no crujidos. (si hay algo describir)

Peso habitual: _____ Kg. Peso actual: _____ Kg. IMC: _____
 Talla: _____ cm. Temperatura: _____ °C

EXAMEN FISICO REGIONAL

Cabeza: Cráneo: Normal Cara: Normal

Cuello: Cilíndrico, flexible a los movimientos activos y pasivos (si es doloroso poner). No adenopatías ni otras tumoraciones (si hay poner: "que serán descritas en Sistema Hemolinfopoyético".) Tiroides no visible ni palpable. (si hay algo anormal describir)

Tórax: Normoconfigurado, (si es patológico describir y poner: "que recuerda tal tipo de tórax ") No abombamientos ni retracciones, no circulación colateral (si hay poner: "que será descrita en SVP")

Regiones axilares: No tumoraciones.

Mamas: (si es Hombre) Mamilas normales.

(si es Mujer) Serán descritas en Aparato Ginecológico.

Abdomen: Inspección: Abdomen plano, (excavado o globuloso) que sigue los movimientos respiratorios, simétrico, no circulación colateral (si hay: "que será descrita en SVP") (si hay cicatriz: "que fue descrita (en Examen Físico General")

Auscultación: RHA presentes y normales en intensidad y frecuencia.

Percusión: Timpanismo abdominal normal.

Palpación: No doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalia. Punto vesicular y punto apendicular no dolorosos (si se palpa algo: decir localización, forma, tamaño, consistencia: dura o blanda, dolorosa o no, superficie, si es fija o no) (si hay dolor buscar reacción de Blumber: Blumber positivo o negativo)

Regiones inguinales: Ausencia de hernias, no adenopatías ni otras tumoraciones (si hay adenopatías : "que serán descritas en Sistema Hemolinfopoyético") (si el paciente no quiere: " No explorado porque el paciente se niega")

Extremidades { Superiores: Normales
 Inferiores: Normales (si hay algo describir)
 Columna Vertebral: Normal

EXAMEN FISICO POR APARATOS**Aparato Respiratorio:****Inspección:** (tipo de respiración) **no tiraje ni cornaje.** **Expansibilidad torácica conservada.** FR: "x" resp/min.**Palpación:** **Expansibilidad torácica de base y vértice normal.** V.V: **conservadas.** No frémitos pleurales ni bronquiales.**Percusión:** Sonoridad percutoria pulmonar normal.**Auscultación:** M.V: **Normal, no estertores, ausencia de roces.** No soplos pulmonares ni pleurales. (si hay algo anormal describir donde)**Aparato Cardiovascular:****Inspección:** Área cardíaca normal, latido de la punta visible en el 5^{to} E.I.I. a nivel de la LMC. (o no visible)**Palpación:** Latido de la punta palpable en el 5^{to} E.I.I. a nivel de la LMC. No frémito pericárdico, no thrill. (si el latido se encuentra en otro lugar o es anormal describir, si hay frémito decir donde y como es)**Auscultación:** RC rítmicos y bien golpeados, no soplos (si se encuentra uno describir características y clasificarlo) No roce pericárdico. F.C.C: 80 Lat./min.**SAP:** Pulsos periféricos presentes, simétricos y sincrónicos, de amplitud normal. F.C. Periférica: 80 Lat./min. TA: Brazo derecho: 120/80 mm de Hg.

Brazo izquierdo: 115/75 mm de Hg.

SVP: No circulación colateral, ausencia de varices. (si hay describirlas)**Sistema Digestivo:**

Boca y labios normales, mucosa bucal y lingual normal, arcadas dentarias normales. Orofaringe normal (úvula y amígdalas)

BS: 5^{to} E.I.D**Hígado:** { (si hay hepatomegalia: tamaño, dolorosa o no, superficie....)
BI: No rebasa el reborde costal derecho**Tacto rectal:** Región perianal normal, no tumoraciones, no fístulas, no hemorroides visibles. Paredes rectales normales, no tumoraciones. Próstata de tamaño y consistencia normales. (si el paciente no quiere: "No realizado porque el paciente se niega")**Aparato Genitourinario:**

Fosas lumbares no tumorales. Maniobra de puño percusión no dolorosa. Riñones no palpables por las maniobras de Glenard, Guyon y peloteo.

PPRU: {	}	Anteriores: {	sup. med. } No dolorosos
		inf. : costomusculares: No dolorosos	} No explorado porque el paciente se niega.
Posteriores: {	costovertebrales: No dolorosos		

Genitales externos: normales o no explorados porque el paciente se niega.**Aparato Ginecológico:****Mamas:** Simétricas, erectas (péndulas) no tumoraciones, areola y pezón normales.**Tacto vaginal:** Introito vaginal normal, paredes vaginales normales, fondo de saco libre. Útero en retroversión (anteroversión o central) de tamaño y consistencia normales, no tumoraciones. Anejos no tumorales ni dolorosos. (si la paciente se niega: " No explorado porque la paciente se niega") (si es un hombre: " Paciente masculino o ♂")**Sistema Hemolinfopoyético:****Bazo no percutable ni palpable por la Maniobra de Schuster.** No adenopatías. (si hay adenopatías decir: localización, numero, aisladas o en grupos, adherencia a la piel, características de la piel que la rodea, dolorosas o no). **No manifestaciones purpúricas ni hemorrágicas** (describir si las hay)

Sistema Nervioso:

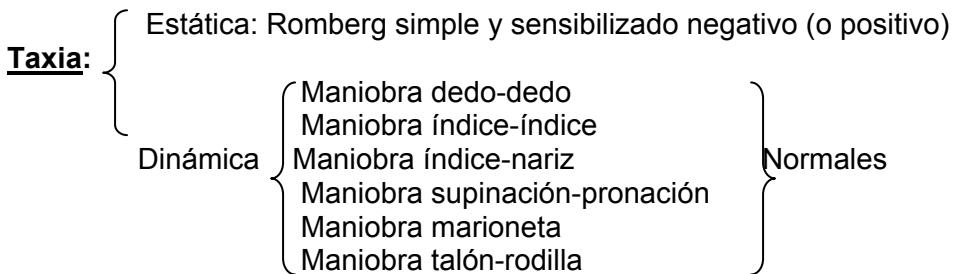
Conciencia: Paciente, consiente, orientado en tiempo, espacio y persona. Memorias remota y reciente conservadas. Que responde al interrogatorio con un lenguaje claro y coherente.

Facies: No característica de procesos neurológicos. (si algo describir a que recuerda)

Actitud: De pie: Normal

En el lecho: Normal (si algo describir y decir a que recuerda)

Marcha: No característica de procesos neurológicos. (si algo describir y decir a que recuerda a tal marcha)



Praxia: {

- Transitiva: Conservada
- Intransitiva: Conservada
- Imitativa: Conservada

Motilidad: {

- Involuntaria: No movimientos involuntarios, ausencia de tics, fasciculaciones y convulsiones.
- Voluntaria: {

 - Activa: Fuerza muscular conservada. Maniobra de Barré: Normal, Maniobra de Minganzzini: Normal
 - Pasiva: {

 - Tono y trofismo muscular conservado.
 - No signos meníngeos: Maniobra de Levinson negativa
Maniobra de Kerning y Brudzinski negativa.

Reflectividad: {

- Reflejos Cutáneo-Mucosos {

 - Reflejo conjuntival
 - Reflejo corneal
 - Reflejo cutáneoabdominal {

 - superior
 - medio
 - Inferior

} Conservados

Reflejo medio plantar: Conservados.
No Signo de Babinsky ni sucedáneos.

- Reflejos Osteotendinosos {

- Reflejo naso-palpebral
- Reflejo mentoniano
- Reflejo bicipital
- Reflejo tricipital
- Reflejo estilaradial
- Reflejo rotuliano
- Reflejo aquiliano

} Conservados

} Conservados o
No explorados

Sensibilidad:	Superficial:	Térmica Dolorosa Táctil	Conservadas
	Profunda:	Barestesia Barognosia Palestesia: Batiestesia Esterognosia Sensibilidad visceral y profunda Táctil epicrítica	

No explorada por carencia de diapason.

Pares Craneales:

I Par Craneal : Percepción de olores conservada.
(Olfatorio)

II Par Craneal: Agudeza visual conservada. Percepción de los colores conservada. Fondo de ojo:
(Óptico) No se realiza por carencia de oftalmoscopio en la sala. (Poner si trajo de cuerpo de Guardia).

III, IV y VI Pares Craneales : **(Motor ocular común) (Patético y Motor) (Ocular Externo)** Porción Extrínseca : Movimientos oculomotores conservados.
Porción Intrínseca : Reflejo fotomotor
Reflejo de acomodación
Reflejo de convergencia
Reflejo consensual Conservados

V Par Craneal:) (Trigémino: Fuerza muscular, tono y trofismo de los ms. masticadores conservados.
Porción sensitiva Sensibilidad termoalgésica y táctil de cara, cuero cabelludo y cavidad oral conservada.

Facial) VII Par Craneal: Porción motora: Movimientos de la mimica conservados.
Porción sensorial:
Sensación gustativa de los $\frac{2}{3}$ anteriores de la lengua conservada

VIII Par Craneal: (Vestíbulo-Clear) Porción coclear: Agudeza auditiva conservada.
Porción vestibular: No Romberg, no nistagmo.

IX y X Pares Craneales: Reflejo nauseoso conservado. Úvula central, no tras tornos de la **(Glosofaríngeo y Vago)** deglución.
Sensación gustativa del $\frac{1}{3}$ posterior de la lengua conservada.

XI Par Craneal: Fuerza muscular, tono y trofismo de trapecio y esternocleidomastoideo **(Espinal)** conservados.

XII Par Craneal: Lengua simétrica, con trofismo normal y con fuerza muscular conservada.
(Hipogloso)

CONTROL DE LA EMBARAZADA

Fecha : _____ Hora: _____
 TG: _____ Peso: _____ Talla: _____
 GPT: _____ GPP: _____ V/N: _____

Veo gestante de (x,x) semanas de gestación con antecedentes de (.....) con HOA (Historia obstétrica anterior) de E (embarazo), P(partos), A(abortos espontáneos o provocados), que refiere sentirse bien con buen apetito duerme bien, a febril, orina y defeca sin dificultad, no dolor en bajo vientre y/o caderas, no refiere perdidas vaginales ni sangramiento.

Examen Físico

Piel y mucosas: Húmedas y normo coloreadas

Ap. Respiratorio: No disnea, no tiraje, MV normal, no estertores FR 37'

Ap. Cardiovascular: Ruidos cardiacos presentes rítmicos y bien golpeados, no soplos, llene capilar normal, pulsos periféricos presentes y sincrónicos. FC 20' TA 100/60

Abdomen: Globuloso que acompaña los movimientos respiratorios blando depresible no impresión dolor a la palpación superficial y profunda, no visceromegalia, RHA presentes. AU (altura uterina) x,x cm, U/O (utero ocupado), D/U(dinámica uterina) 0/10', RMF(refiere movimientos fetales), FCF(frecuencia cardiaca fetal) 140',

TV (Tacto vaginal) longitud permeabilidad, posición y consistencia del cuello uterino, Esp (especulo) si captación o Sepsis vaginal

Esta en relación con cada paciente y su edad gestacional o enfermedades asociadas

TCS: No infiltrado

APP

APF

Hábitos tóxicos

Alergias

Vacunación

Grupo y factor

HOA: E P A

Factores de riesgo: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Signo de mas, Signo de menos,

ID: Embarazo de x, x semanas de gestación

Comentario

Ejemplo:

Recibo U/S transvaginal el (x/x/x) con los siguientes resultados

Recibo alfa feto proteína y antígeno de superficie espero resultado

Heces fecales pendiente por equipo roto

Serología y Microelisa no se realizo por falta de reactivo

CAS:

Reposo. Oriento DLI

Trofin 1 cuch ½ hora antes de Almuerzo y cena

AAO 1v/d

Materlac 1 vaso 3 v/d\$

Dieta 2800 kcal

Seguimiento de signos vitales diarios

Control de peso y TA

Entre otros

ASA ½ tab diaria

Emito dieta de embarazada 06.02

Realizar Complementarios indicados

Cuidados generales

Educación sanitaria sobre dieta, cuidados en el hogar

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN PRENATAL.

- **Precoz:** Porque la captación ha de producirse antes de las 12 semanas de embarazo.
- **Periódica:** Porque la gestante es atendida por el equipo de salud con la periodicidad que es establecida en esta metodología. Se ofrecerán 10 controles para gestantes normales en la atención primaria.
- **Continua:** Porque el médico y su equipo atienden a las gestantes asignadas a lo largo de todo el embarazo, incluyendo los lugares donde la paciente realiza sus actividades en la comunidad. En ocasiones es el mismo médico el que realiza el parto.
- **Completa:** Porque se cumple el esquema de atención establecido con la calidad requerida para cada una de las consultas. Cada gestante recibirá no menos de 10 consultas durante su atención.
- **Dispensarizada:** Porque se registran todas las gestantes y se controlan sistemáticamente, con atención especial a los grupos de riesgo. Con el subsistema del Médico de Familia este grupo pasa a ser parte del II grupo de dispensarización puesto que aquí se dispensaría el 100% de la población.
- **Integral:** Porque considera unidos los aspectos preventivos, los curativos, los biológicos, psicológicos y sociales, así como las condiciones del ambiente que está en interacción con la gestante.
- **Regionalizada:** Porque ésta es base para establecer la interrelación de los distintos niveles de atención y lograr la máxima utilización de los recursos y materiales disponibles. Se basa en el principio de la atención escalonada.
- **En equipo:** Porque en la atención interviene el equipo primario horizontal integrado por el médico, la enfermera y los equipos verticales integrados por especialistas del grupo básico de trabajo, trabajadores sociales y sanitarios, psicólogos, especialistas pertenecientes al nivel primario y al que puede adicionarse otro personal especializado en cualquier nivel de atención donde aún no esté cubierto por el Médico de Familia. Se mantendrá la atención de la gestante agrupada por sectores.
- **Con la participación de la comunidad:** Porque la participación de los Consejos de salud garantiza la vinculación entre el equipo de salud y la comunidad; éstos pueden verificar el cumplimiento de las tareas y lograr la participación de sus miembros en la solución de los problemas, individuales y colectivos, que intervienen en el proceso salud-enfermedad.

Cronología y conducta en la atención prenatal durante la gestación normal.

Cada gestante normal recibirá un mínimo de 10 controles prenatales por el Médico de Familia del Grupo Básico de Salud y de éstas 4 son Interconsultas con el especialista de Ginecología y Obstetricia del Grupo Básico de Trabajo (G.B.T.).

No	CONSULTAS	Edad Gestacional
1	Captación del embarazo	Antes de las 12 semanas
2	Evaluación	Antes de los 15 días de la captación
3	Consulta prenatal	A las 18 - 20 semanas
4	Consulta prenatal	A las 22 - 24 semanas
5	Re – evaluación	A las 25 - 26 semanas
6	Consulta prenatal	A las 29 - 30 semanas
7	Interconsulta	A las 32 - 33 semanas
8	Consulta prenatal	A las 35 - 36 semanas
9	Consulta prenatal	38 semanas
10	Interconsulta al término	40 semanas en áreas urbanas y 38 semanas en zonas rurales

TARGETON DE LA EMBARAZADA

Control Fecha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Semanas de Amenorrea													
Peso (kg)													
Tensión Arterial													
Altura Uterina													
Presentación													
FCF Mov. Fetal	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Edema													
Hb y Hto													
Glicemia													
Ex Vaginal													
P.Orina													
H. Fecales													
Vit / Sem													
GPIC													
GPT													
F. Riesgo													
Firma													
Urocultivo I						EFHb							
Urocultivo II						AFP							
Urocultivo III						AgS							
Serología ALT						Serología							
Microelisa IT						IIIT							
FUM:				Antecedentes obstétricos			Embarazo Actual						
FPP:				HO: A:()Provocado o Espontáneo G:(), P:() normal , ↑ instrumentado, cesárea (distóxico) RN (<2500 g, parto prematuro, RN >4000 g. Fecha del último Embarazo:			Nombre y apellidos: _____ Dirección: _____ Edad: _____ CI: _____ CMF: _____ Estado civil: _____ Policlínico: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Fuma: Sí↑ No: ↑ (Cigarros/día): _____ Antitetánica Inmunizada: Sí↑ No↑ 1ra dosis: fecha: _____						
Al inicio del embarazo:													
Talla (cm):													
Peso (kg):													
IMC:				Antecedentes Patológicos Familiares: _____									
VN:													
GPT:													
GP/sem:													
Datos del Esposo: Nombre:													
Edad _____				Serología III T _____ _____									
CI: _____													
Serología I													
IT: _____													
Microelisa II				Microelisa III T _____ _____									
IT: _____													
Grupo y Factor: _____													

CURVA DE PESO

El aumento de peso no debe ser de manera brusca después de las 20 semanas
 Toda gestante debe aumentar como mínimo 8 Kg de peso y un máximo de durante toda la gestación aun aquellas con sobrepeso a la captación
 El aumento de peso casi siempre comienza a partir del 1er trimestre de gestación
 El aumento de peso fluctuaría 1 y 2 Kg cada mes aproximadamente 0,5 Kg

CURVA DE ALTURA UTERINA

Es la distancia entre el síntesis del pubis y el fondo de saco del utero
 El incremento normal es de 1 cm semanal a partir de las 14 semanas de gestación hasta las 34 semanas

<u>Signo de más.</u> Más de 2 cm por encima de la altura uterina normal para esa edad gestacional.	<u>Signo de menos.</u> Más de 2 cm por debajo de la altura uterina normal para esa edad gestacional.
1. Error de cuenta. 2. Obesidad. 3. Macrosomía fetal. 4. Gestación múltiple. 5. Polihidramnios. 6. Tumores y embarazo. 7. Mola hidatiforme. 8. Malformaciones fetales.	1. Error de cuenta. 2. Desnutrición materna. 3. Aborto retenido. 4. Muerte fetal. 5. CIUR. 6. Mola embrionada. 7. Malformaciones fetales

CURVA DE TENSIÓN ARTERIAL (TA)

- 1-Presentar 2 cifras de TA de 140/90 o más en dos tomas separadas de 6 horas en condiciones báslas.
- 2- Presentar una sola cifra de 160/110
- 3- Presentar una TAM de 105 o mas
- 4.- Un aumento de 30 sobre la TA sistólica o un aumento de 15 o más sobre la sistólica

$$\text{PAM} = \frac{\text{TA sistólica} + 2 \text{ TA diastólica}}{3}$$

A partir del tercer trimestre (28 semanas) la TA se tomará a la paciente en decúbito lateral supino, después de 5 min de estar en esta posición.

VALORACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN IMC

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Talla}^2}$$

IMC (Índice de Masa corporal)

-19.8
19.8- 26
26.1-29
+ 29

VN (Valoración Nutricional)

Bajo Peso
Normo Peso

Sobre Peso
Obesa

GANANCIA DE PESO SEGÚN IMC

VN	GPT	GPP	GP x Mes	GP x S
BP	12.5-18	15.3	3	0.5
NP	11.5-16	13.8	2	0.4
SP	7-11.5	9.3	1.5	0.3
OBESA	6	6	0,5	0.25

CALCULO DE LA DIETA

14-15 Años- 2200 Kcal.	Proteínas 12 %
16-17.5 años- 2170 Kcal.	Grasas 28 %
18 y más años- 2090 Kcal.	Ch 60 %
Si BP + 500 Kcal.	Si adolescente o anemia, proteína 15 %
Si NP + 300 Kcal.	Desayuno 20 %
Si NP + 200 Kcal.	Almuerzo y comida 30 %
Obesa + 100 Kcal.	Merienda 10%

PATRONES DE DIETA

Energía (cal)	2000 Kcal.	2300 Kcal.	2500 Kcal.	2800 Kcal.	3000 Kcal.
Proteínas	60 gramos	69 gramos	74 gramos	84 gramos	91 gramos
Grasas	62 gramos	71 gramos	78 gramos	87 gramos	93 gramos
Carbohidratos	300 gramos	345 gramos	375 gramos	420 gramos	450 gramos

COMPLEMENTARIOS TRIMESTRALES

1er trimestre 1 sem - 13,6 sem	2do trimestre 14 sem - 27,6 sem	3er trimestre 28 sem – 42 sem
Hb y Hto Glicemia	Hb y Hto Glicemia	Hb y Hto Glicemia
P. de orina (cada consulta) Exudado vaginal Urocultivo	P. de orina(cada consulta) Exudado vaginal Urocultivo	P. de orina(cada consulta) Exudado vaginal Urocultivo
Serología Microelisa		Serología Microelisa
Grupo y factor Heces Fecales		
Prueba de coombs indirecta (madre) si es Rh (-) (26 sem)	Prueba de coombs indirecta (madre) si es Rh (-) (26 sem)	Prueba de coombs indirecta (madre) si es Rh (-) (30 sem)
Electroforesis de Hb Antígeno de Superficie		Al nacer Prueba de coombs directa (al niño y a la madre)
Al esposo Serología Microelisa Grupo y factor		Al esposo Serología Microelisa
A Mujeres mayores de 30 años Electrocardiograma, Lipidograma, Ac úrico		

VACUNACIÓN TOXOIDE TETÁNICO

Situación inmunológica	Primera dosis	Segunda dosis	Reactivación
0 dosis	22 semanas	26 semanas	Al año
1 dosis		26 semanas	Al año
2 dosis			26 semanas
2 dosis o más 1 o varias reactivaciones			26 semanas

COMPLEMENTARIOS DE ALTA TECNOLOGÍA

Complementarios	Diagnóstica	Conducta o Tratamiento
Electroforesis de Hemoglobina (Se indica a la captación)	Anemia drepanocítica, Sicklemia, (crisis de secuestro)	Positivo (Interrupción o continuar con el embarazo de ser así el niño será remitido a un instituto de Hematología e inmunología). Negativa (continua normalmente)
Antígeno de Superficie B y C Se indica a la captación	Hepatitis B	Positivo (Remisión Hospitalaria) Negativo (continua normalmente) No se da pentavalente Si se da DPT y Hib Además de Anti-HepB 24 hrs/mes/2 meses/AI año
Alfa Feto Proteína Se indica a la captación y se recibe (15-19 sem) DTN (anencefalia, encefalocele, espina bífida, meningocele, mielomeningocele)	Alto (2 MOM) (Posibles diagnósticos) Embarazo múltiple Muerte Fetal Defecto Abierto del Tubo Neural Edad gestacional a la Estimada Onfalocele, Gastrosquisis, Higroma Quístico Nefrosis Congenita	Bajo (0.25 MOM) (Posibles diagnósticos) Paciente no gestante Mola Hidatiforme Muerte fetal Aborto Espontáneo Edad gestacional menos a la estimada Pacientes obesos DMID o DM Tipo 1
Ultrasonido genético y sus Marcadores genéticos	<u>1er trimestre</u> Translucencia nucal y Hueso Nasal (si ausente o Hipoplasia) posible diagnóstico S. Down	<u>2 trimestre</u> Cribado morfo-fisiológico del feto Asegurar integridad física del feto

MANIOBRAS DE LEOPOLD

Maniobra	El examinador se sitúa		Sirve para
PRIMERA MANIOBRA	Frente a la paciente, del lado derecho de ésta	Delimitar el fondo del útero	Realizar un cálculo aproximado del tiempo de gestación
SEGUNDA MANIOBRA	Frente a la paciente, del lado derecho de ésta	Precisar el dorso derecho o izquierdo del feto, que lo deberá palpar como una superficie firme, continua, sin porciones pequeñas	Puede presumir la variedad de posición según el dorso se encuentre con mayor inclinación hacia la línea media de la madre o se aleje hacia la columna materna.
TERCERA MANIOBRA	Frente a la paciente, del lado derecho de ésta	Si logramos pelotear algo duro, regular, podemos plantear que se trata de una presentación cefálica.	Presume la presentación
CUARTA MANIOBRA	Le da la espalda a la paciente, mirando a sus pies	Intentará apreciar con las puntas de los dedos si se trata de la cabeza o las nalgas, y	Ver si la presentación se encuentra móvil o fija. corroborar, si el dorso es derecho o izquierdo Plantea el grado de flexión en la presentación cefálica ENCAJAMIENTO Si la frente está más alta que el occipucio debe estar la cabeza flexionada Si están más o menos al mismo nivel, debe ser un sincipicio Si el occipucio está más alto que la frente, debe tener algún grado de deflexión

CONCEPTOS

Situación. Es la relación existente entre el eje longitudinal del feto y el eje mayor de la madre, relación entre continente y contenido. Puede ser:

1. *Longitudinal*: ángulo de 0°.
2. *Transversa*: ángulo de 90°.
3. *Oblícua*: ángulo mayor que 0° y menor que 90°.

Presentación. Es aquella parte del feto que se encuentra en contacto con el estrecho superior y es capaz de desencadenar el mecanismo del parto.

I. Cefálica o de cabeza.

de acuerdo con el grado de flexión, y se denominan por la región anatómica que presente el punto declive al estrecho superior:

1. *De vértece*: vértece o fontanela lambdoidea o menor.
2. *De sincipucio*: sutura sagital.
3. *De frente*: bregma o sutura metópica.
4. *De cara*: mentón o cara.

II. Podálica o de pies.

denominada presentación pelviana que pueden ser:

1. *Nalgas*: nalgas simples.
2. *Nalgas y pie*: completa (nálga y dos pies).
3. *Pie*:
 - a) Incompleta (nalgas y un pie).
 - b) Completa (ambos pies).
 - c) Incompleta (un solo pie).

III. Transversa o de hombros.

Posición. Es la relación existente entre el dorso del feto y el flanco materno, y sus 2 variedades más simples son: derecho e izquierdo. Existen las variedades de posiciones (anterior, transversa y posterior), que junto con los tipos de presentación hacen más compleja la nomenclatura que se

utiliza, sobre todo durante el trabajo de parto. Por ejemplo: un feto en presentación cefálica, bien flexionada la cabeza y con el dorso hacia el flanco izquierdo de la madre, y ese dorso algo hacia delante, hacia la línea media del abdomen materno, se denominará: occipitoiliaca-izquierda-anterior (OIIA), que es por cierto la variedad más frecuente en la presentación de cabeza.

Este diagnóstico se presupone al realizar las maniobras de palpación del abdomen y se confirma al realizar el tacto vaginal, si es que existe trabajo de parto y dilatación del cuello uterino.

INDICACIONES PRINCIPALES DEL U/S

Primer trimestre: Pueden emplearse la técnica transabdominal y transvaginal, la que brinda múltiples ventajas en esta etapa del embarazo:

Edad gestacional.
 Cuerpos extraños (DIU)
 Embarazo múltiple
 Sospecha de muerte fetal
 Embarazo ectópico
 Embarazo molar
 Aborto en sus distintas etapas
 Búsqueda de marcadores sonográficos (Translucencia nucal entre las 11 y 13,6 semanas).
 Valoración del cérvix y de la inserción baja placentaria (preferentemente con la técnica transvaginal).
 Diagnóstico de malformaciones estructurales severas.
 Tumores uterinos u ováricos concomitantes con el embarazo.

Segundo y Tercer Trimestre

Control del estado fetal (perfil biofísico, estudio hemodinámico fetal
 Muerte fetal
 Embarazo múltiple
 Malformaciones fetales
 Búsqueda de marcadores suaves de cromosomopatías (sexo)
 Localización del sitio apropiado para la amniocentesis o la cordocentesis
 Valoración del líquido amniótico
 Crecimiento fetal normal o alterado (Biometría fetal)
 Valoración del cérvix y de la inserción baja placentaria (preferiblemente con técnica transvaginal).
 Localización, desprendimiento y grado de maduración de la placenta

Puerperio

Comprobar la retención de restos placentarios
 Diagnóstico de complicaciones de la histerorrafia en pacientes operadas de cesárea con evolución desfavorable.
 Diagnóstico de masas anexiales y líquido o sangre en cavidad abdominal en puérperas complicadas.
 Contribuir al diagnóstico de endometritis en puérperas con signos clínicos de dicha complicación.

Maternas

Características renales (hipertensión o sospecha de urolitiasis)
 Características hepáticas (hígado y vesícula biliar)
 Cualquier otra indicación médica de la gestante

BIOMETRIA FETAL

Semana	3	5	10	25	50	75	90	97
28				700	1010	1330		
29				898	1215	1515		
30			815	1110	1433	1740	1875	
31			1045	1340	1655	1965	2260	
32	980	1196	1237	1580	1883	2200	2495	2775
33	1225	1370	1515	1810	2120	2445	2740	3015
34	1460	1602	1745	2037	2346	2670	2975	3250
35	1675	1815	1955	2247	2565	2887	3185	3465
36	1880	2022	2165	2452	2770	3090	3385	3665
37	2967	2208	2350	2637	2960	3277	3575	3855
38	2230	2370	2510	2800	3122	3437	3735	4020
39	2360	2500	2640	2925	3245	3570	3860	4140
40	2445	2585	2725	3015	3317	3655	3945	4225
41	2485	2625	2765	3052	3370	3695	3985	4270
42	2455	2595	2735	3025	3340	3665	3955	4240

Biometría fetal (Se realizara en las 26-28-30-32 semanas)
Normal seguimiento en el área de salud

Decimo Percentil (10p)

Hasta las 34 sem consulta en su área de salud

De las 34-38 sem hogar materno

Más de 38 sem ingreso en patología obstétrica

Quinto Percentil (5p)

Hasta las 30 sem consulta en su área de salud

Desde las 30- 36 sem con ILA normal hogar materno

Más de 36 sem patología obstétrica

Tercer Percentil (3p)

Ingreso en el hogar materno

Biometría fetal cada 15 días

Ingreso hospitalario a las 30 sem

Si 32 sem o mas ILA semanalmente

Por debajo del Tercer Percentil (menos 3p)

Por debajo de las 30 sem en el hogar materno

A las 30 sem ingreso en la sala de patología obstétrica

Ingreso en cuidados perinatales a partir de las 32 sem

MARCADORES GENETICOS

TG	SG	ICR	DPB	FEMUR	CA	Grs	Lbros
5	10						
6	20						
7	30	10					
8	45	17	10				
9	60	25	12				
10	70	32	14				
11		40	18		48		
12		55	20		58		
13		65	23	11	69		
14		80	26	14	81		
15		100	30	17	93		
16			32	20	105		
17			36	23.5	117		
18			40	26.5	129		
19			42	29.5	141		
20			45	32.5	152		
21			49	35	154		
22			51	37.5	175		
23			54	40.5	186		
24			58	42.5	197		
25			61	45.5	210	900	1.96
26			64	48	219	1000	2.17
27			67	50	226	1100	2.39
28			69	53.5	232	1200	2.61
29			73	55	249	1400	3.04
30			76	57.5	259	1600	3.48
31			78	60	265	1800	3.91
32			80	62	278	2000	4.35
33			82	64	290	2200	4.78
34			84	66	298	2400	5.22
35			86	68	306	2600	5.65
36			88	70	319	2800	6.09
37			90	72	330	3000	6.52
38			92	73.5	339	3200	6.98
39			94	74.5	349	3400	7.39
40			96	75.5	353	3600	7.61
41			98	76	371	3800	8.20
42			100	77	383	3900	8.46

TG: Tiempo gestacional

DPB: Diámetro Biparietal

Grs: Gramos

SG: Semanas de gestación

F: Fémur

Lbros: Libras

IRC: Índice corona rabadilla

CA: Circunferencia Abdominal

PATRÓN DE CONTRACCIONES UTERINAS (26 SEM)

TG	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
No Contracciones uterinas 1/h (3 v/d)	1	3	5	7	8	8	8	8	9	9	9

TEST DE BISHOP PARA ULTRASONIDO TRANSVAGINAL

Dilatación del Cuello	0	1	2	3
Borradura	30	50	70	100
Presentación	Simp AM	I Plano	II Plano	III Plano
Consistencia	Duro	Medio	Blando	
Posición	Posterior	Medio	Anterior	
➤ Cuello Favorable			< Cuello Desfavorable (INDUCCIÓN)	

VOLUMEN DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO DURANTE LA GESTACIÓN

Edad gestacional	Volumen del líquido amniótico
Al final del 3er trimestre	Aprox. 60 ml con rango entre 35y 100 ml
16sem	200 ml con rango entre 125 y 300 ml
20sem	250 y 500 ml
33-34sem	1000 ml
A término	900 ml con un amplio rango entre 500 y 1200
Post-Término	500 ml con rango entre 200 y más de 1000 ml

CLASIFICACIÓN DEL FETO

		TG	Peso en Grs
Aborto		<19,6 sem	< 500
Parto Pre-Término	Inmaduro	20sem - 27,6sem	500 – 900
	Maduro	28sem - 36,6sem	1000 – 2499
Parto a Término		37sem – 41,6sem	>2500
Parto Post-Término		>42 sem	
Parto Prolongado		Más allá de la Fecha de Parto	
Post Madurez			

ULTRASONIDO GENÉTICO

(Ver cuadro de marcadores genéticos)

Fecha: ___/___/___

Hora: ____ m

Utero ocupado: Feto único

Latidos cardiacos (LC): presentes o ausentes

Posición Placentaria (PP): Placenta anterior, posterior, lateral

Grado de Maduración: I, II, III (cotiledones en formación) y IV (cotiledones y lagunas formadas)

Longitud femoral (LF):

Cristalino, Macizo facial, Perfil, Eje largo, Eje corto, 4 cámaras del corazón, estomago, diafragma, cordón, vejiga, riñón, SNC, miembros superiores (MS), miembros inferiores (MI), P. abdominal

ULTRASONIDO TRANSVAGINAL

(Ver cuadro del Test de Bishop)

Fecha: ___/___/___

Hora: _____ m

Longitud (L):

Tiempo gestacional (TG):

Permeabilidad del Cuello (PC):

Prueba de estrés: Positiva o Negativa

Impresión Diagnóstica (ID): Bajo riesgo; alto riesgo etc.

Conducta a Seguir (CAS): Ingreso en hogar materno diurno; Cerclaje etc.

Evolutivo: 1 sem, 2 sem, o alta

TERCERA PARTE

PEDIATRÍA

HISTORIA CLINICA DEL RECIEN NACIDO**Datos personales**

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Estado civil de los padres: _____

Madre:

Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Centro de trabajo: _____

Padre

Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Centro de trabajo: _____

Fenilcetonuria realizada

Datos de la vivienda

Tiene cuna y colchón Si _____ NO _____

Riesgo de abandono del hogar

Si _____ NO _____

Piso: _____ Paredes _____ Techo: _____

Baño: _____ Agua de Consumo _____

Animales _____

Familiograma

Antecedentes prenatales

Captación (precoz 11,6 sem, intermedia 12-23,6 sem o tardía mas 24 sem) de recién nacido de X semanas

Curva de TA _____ Curva de AU _____ Ganancia de Peso _____

Serología _____

Microelisa _____

Alfa Feto Proteína _____

Electroforesis de Hb _____

Antígeno de Superficie _____

U/S genético _____

U/S T/V _____

I

II

III

Glicemia _____

Ex. Vaginal _____

P. Orina _____

H. Fecales _____

Atención estomatológica _____

Cantidad de controles _____

Antecedentes perinatales

TG _____

Apgar _____

Parto _____

LA _____

TTP _____

Cordón _____

TRM _____

Placenta _____

Sufrimiento Fetal _____

Antecedentes postnatales

Peso: _____

Talla: _____

CC: _____

CT: _____

TSH: _____

Antecedentes patológicos Natales

Profilaxis ocular con AgNO₃ 1% 1 gota en cada ojo

Profilaxis Vitamina K 1g Im

Caída del cordón: _____

Onfalitis: _____

Ictero: _____

BCG: _____

HBV: _____

Captación de Recién Nacido

P (peso): _____

T (Talla): _____

CC(Circunferencia Cefálica): _____

CT (circunferencia Torácica): _____

V/N(valoración nutricional): _____

T (Temperatura): _____

MC: Captación de recién nacido

HEA: Se capto recién nacido masculino de 4 días de edad procedente de un parto eutóxico (distóxico) a las 39,6 semanas, intrahospitalario con un TTP de 3 horas, TRM al nacer, apgar 8/9, LA claro, cordón y placenta normal, de grupo y factor O positivo, con un peso al nacer 3400g, talla 50 cm, CC 35 cm, CT 34 cm.

En el día de hoy la madre refiere que se encuentra bien a febril, orina y defeca sin dificultad, llanto fuerte, succión vigorosa, buena vitalidad, buena coloración, no IRA, no EDA.

Examen Físico General

Cabeza y Cráneo: Normo configurado suturas bien afrontadas FA 2x2 cm normo tensa, FP 1x1 normo tensa, no cefalohematoma, no bolsa serosanguínea.

Cara: implantación del cabello, ojos, cejas, nariz, labio, lengua, paladar, y nasofaringe normales

Cuello: Corto cilíndrico no adenopatías, ni tumoraciones, tiroides no visibles ni palpables, no impresiona dolor a la palpación

Tórax. Normo configurado mamilas normales, no cambios de coloración, no retracción, ni tumoraciones

Pelvis: normal↑ deformada↑, Extremidades: normal↑ anormal↑

Columna vertebral: normal↑ anormal

Extremidades superior e inferior. Sin alteraciones anatomo-funcionales detectables

M. Ortolani. Negativa

Examen Físico Por Aparatos

Ap. Respiratorio. No disnea, no tiraje, MV normal, no estertores FR 37'

Ap. Cardiovascular. Ruidos cardiacos rítmicos y bien golpeados, no soplos, llene capilar normal, pulsos periféricos presentes y sincrónicos. FC 147' TA

Ap. Digestivo Boca Encías normales↑ Paladar: Normal↑ Ojival↑ Fisura palatina↑ Lengua: Normal↑ Depapilada↑ Geográfica↑ **Hígado** Borde superior en _ E.I.D. Borde inferior: No rebasa↑ Rebasa↑_cm Consistencia: Normal↑ Dura↑

Abdomen. Globuloso que acompaña los movimientos respiratorios blando depresible no impresión dolor a la palpación no visceromegalia, RHA presentes.

Omblio no caída del cordón umbilical, no cambio de coloración, no onfalitis, no edema.

Ano y Recto Normal↑ Eritematoso↑ Fisura↑ Hemoroides↑ Endurecida↑ Prolapso rectal↑

Ap. Genitourinario.

Normales Anormales Hipospadía Hidrocele Fimosis Testículos descendidos Hernia Inguinal↑ Tumoración↑

Riñones Palpables↑ No palpables↑ Tumor↑ Puntos pieло-reno ureterales: Dolorosos↑ No dolorosos↑

Sist. Hemolinfopoyetico.

Bazo: palpable↑ no palpable↑ percutible↑ rebasa↑_____ cms.de reborde costal.

Adenopatías: ausentes↑ presentes↑ cervicales↑ axilares↑ retroauriculares↑ inguinales↑ Región Inguinal. No adenopatías, no tumoraciones

TCS. No infiltrado

Genitales externos: Mujer labios mayores que cubren los menores, clítoris, presente introito vaginal presente

Hombre. Pene escroto, testes descendidos, presentes ausentes (no descendidos)

Neurológico.

Conciencia: Normal | somnolencia ↑ coma grado: ____ **Postura:** normal | epistófanos

Movimientos involuntarios: ausentes ↑ presentes | **Reflejos:** moro: Presente | **Aprehensión:**

Caminar ↑ Esfera meníngea: ↑ rigidez de nucha ausente ↑ presente | **Signo de Kernig:** presente ↑ Ausente ↑

Signo de Brudzinsky: presente ↑ ausente | **Trofismo:** normal | anormal | **Fuerza muscular:**

normal | anormal ↑ | **Tono muscular:** normal | anormal | **Reflejos osteotendinosos:** normal | anormal | **Reflejos superficiales:** normal | anormal ↑ | **Sensibilidad:** superficial normal ↑ anormal | **profunda:** normal ↑ anormal.

ID: Recién nacido sano a término de 39,6 sem

Ablactación: (Ver cuadro)

Vacunación: (Ver cuadro)

DPM: (Ver cuadro)

CAS- mantener LME a libre demanda

- Charla importancia de LME ventajas para la madre y el recién nacido
- Charla educativa sobre correcta técnica de LME
- Prevenir accidentes en el hogar
- Baño diario con agua hervida
- Evitar IRA y EDA
- Asistir a genética comunitaria a los 30 días
- Interconsulta con pediatría
- Seguimiento normal
- Charla sobre esquema de ablactación

CONTROL DEL RECIÉN NACIDO (0-28),
LACTANTE 1MES – 11 (MESES), TRANSICIONAL (1 AÑO)

P (peso): _____ T (Talla): _____
 CC(Circunferencia Cefálica): _____ CT (circunferencia Torácica): _____
 V/N(valoración nutricional): _____ T (Temperatura): _____

Veo recién nacido masculino (femenino), de (x) días de edad, con antecedentes de (.....), la madre refiere se encuentra bien a febril, orina y defeca sin dificultad buena vitalidad, succión vigorosa, llanto fuete, come y duerme bien, de buena coloración no IRA ni EDA. (Describir lo que la madre refiera)

Examen Físico

Piel y mucosas: Húmedas y normo coloreadas

Ap. Respiratorio: No disnea, no tiraje, MV normal, no estertores FR 37'

Ap. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y bien golpeados, no soplos, llene capilar normal, pulsos periféricos presentes y sincrónicos. FC 147' TA

Abdomen: Globuloso que acompaña los movimientos respiratorios blando depresible no impresión dolor a la palpación no visceromegalia, RHA presentes.

TCS: No infiltrado

SNC: FA 2x2 cm normo tensa FP 1x1 normo tensa

Vacunación: (Ver cuadro)

Ablactación: (Ver cuadro)

DPM: (Ver cuadro)

F/D: (Ver cuadro)

ID: Ejemplo Recién nacido hipotrófico, sobre peso, obeso o sano

CAS

- Mantener LME a libre demanda
- Charla importancia de LME ventajas para la madre y el recién nacido
- Baño diario con agua hervida
- Prevenir accidentes en el hogar
- Charla educativa sobre correcta técnica de LME
- Evitar IRA y EDA
- Asistir a genética comunitaria a los 30 días
- Interconsulta con pediatría
- Seguimiento normal
- Charla sobre esquema de ablactación

ESQUEMA OFICIAL DE VACUNACION

Vacuna	Dosis	Edad o Grado	Antígeno de Superficie
BCG	Dosis Única	Al nacer	
HB(+)	1ra	12-24 horas	
	2da	1 Mes	
	3ra	2 Meses	
	Reactivación	12 Meses	
HB(-)	1ra	12-24 Horas	
Pentavalente	1ra	2 Meses	
	2da	4 Meses	
	3ra	6 Meses	
DPT	Reactivación	18 Meses	
Hib	Reactivación	18 Meses	
AM-BC	1ra	3 Meses	
	2da	5 Meses	
PRS	1ra	1 Año	
PRS	Reactivación	1er Grado Escolar (6 años)	
DT	Reactivación	1er Grado Escolar (6 años)	
AT(Vi)	1ra	5to Grado Escolar(9-10 años)	
	Reactivación	8vo Grado Escolar (12-13 años)	
	Reactivación	11no Grado Escolar (15-16 años)	
TT	Reactivación	9no Grado Escolar (13-14 años)	
TT	Reactivación	15-59 años (cada 10 años)	
TT	Reactivación	60 y más años(cada 5 años)	

* Anti polio: Por campaña

* (+)Hijos de Madres Positivas al HbsAg.

* (-)Hijos de Madres Negativas al HbsAg, recibe una dosis de HB

al nacer y se aplica la Pentavalente a los 2, 4 y 6 meses

* Los hijos de madre + HbsAg. No se le pone pentavalente, se administra DPT y Hib a los 2, 4, 6 meses y se reactiva a los 18 meses.

GUIA DE ALIMENTACION PARA MENORES DE UN AÑO

0-6 meses	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Jugos de frutas no cítricas o frutas majadas en purés Guayaba, Piña, Mamey, fruta Bomba, Plátano, Tamarindo, Melón, mango, ❖ Puré de Frutas y Vegetales en conserva (Compotas). ❖ Purés de Viandas y Vegetales. Papa, Plátano, Malanga, Boniato, Yuca, Zanahoria, Calabaza ❖ Verduras: Acelga, Habichuela, Chayote, Berza ❖ Pollo y otras aves
7 meses	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cereales sin Gluten: Arroz, avena y Maíz. ❖ Leguminosa: Lentejas, Frijoles (Negros, Colorados, Bayos, Chícharo). ❖ Carne: Res, Carnero y conejo ❖ Oleaginosas: Aceites vegetales de maní, soya, girasol.
8 meses	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vísceras: Hígado y pescado 1 vez semana ❖ Yema de Huevo. ❖ Cereales con Gluten: Trigo (Pan, galletas) ❖ Pastas alimenticias: Coditos, espaguetis, fideos. ❖ Jugos y puré de piña y tomate. ❖ Frutas cítricas: Naranja, Limón, Lima, Toronja, Mandarinas.
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Otras carnes: Cerdo magra. ❖ Frutas y vegetales en trocitos. ❖ Helados sin clara. ❖ Arroz con leche. ❖ Natilla, Flan, Pudín (sin clara de huevo), harina de maíz con dulce
10 meses	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mantequilla. ❖ Judías ❖ Garbanzo
11 meses	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Queso crema. ❖ Gelatina.
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Huevo completo. ❖ Jamón. ❖ Otros Quesos. ❖ Chocolate. ❖ Remolacha. Aguacate, Pepino, Col, Coliflor, Quimbombó y espinaca ❖ Alimentos fritos. ❖ Carnes enlatadas.

ESCALA DEL DESARROLLO MOTOR DEL PRIMER AÑO DE VIDA

RN	Ser subcortical
1 mes	Sigue la luz
2 meses	Sonríe, gorjea
3 meses	Sostiene la cabeza
4 meses	Agarra objetos
5 meses	Gira sobre el abdomen
6 meses	Se sostiene sentado
7 meses	Pensión palmar-pulgar
8 meses	Pinza digital
9 meses	Se sienta solo
10 meses	Gatea
11 meses	De pie, pasos con apoyo
12-14 meses	Camina solo

DESARROLLO DENTARIO

Dentición	Edad	Erupción dentaria	Total dientes	Observación
Primera (de leche)	6 meses	2 incisivos centrales inferiores	2	
	8 meses	2 incisivos centrales superiores	4	
	10 meses	2 incisivos laterales superiores	6	
	12 meses	2 incisivos laterales inferiores	8	
	12-18 meses	4 primeros premolares	12	
	18 m – 2 años	4 caninos	16	
	2-2,5 años	4 segundos premolares	20	
	6 años	4 primeros molares	24	Muelas de los 6 años
Segunda (definitiva)	6-8 años	8 nuevos incisivos	24	
	8-9 años	4 nuevos premolares	24	Edad del cambio
	9-12 años	4 nuevos caninos 4 nuevos premolares	24	
	12 años	4 segundos molares	28	Muela de los 12 años
	16-25 años	4 terceros molares	32	Muela cordal

Puntuación de Apgar.
(al primer y quinto minuto de vida extrauterina)

Signo	0	1	2
FC	Ausente	Menor de 100	Mayor de 100
FR	Ausente	Bradipnea irregular	Llanto vigoroso
Tono muscular	Ausente	Semiflexión extremidades	Movimientos activos
Irritabilidad	No responde	Ligera respuesta	Tos, estornudos
Coloración	Azul pálido	Cianosis distal	Rosado completo

0-3: profundamente deprimido 4-6: moderadamente deprimido 7-10: buenas condiciones

Peso

Al nacer: 3300-3400 (7.5 lb.)

A los 5 meses: duplica su peso al nacer ($7.5 \times 2 = 15$ lbs)

Al año: triplica su peso al nacer: ($7.5 \times 3 = 22$ lbs)

A los 2.5 años: cuadriplica su edad al nacer: ($7.5 \times 4 = 30$ lbs)

A los 5 años: duplica lo que pesaba al año de edad: ($21-22$ lbs $\times 2 = 42-44$ lbs)

A los 10 años: multiplica por 10 su peso al nacer: ($7-7.5 \times 10 = 70-75$ lbs)

A los 14 años: quintuplica lo que peso al año ($21-22$ lbs $\times 5 = 105-110$ lbs)

<i>Primera semana: perdida de hasta un 10% de su peso al nacer</i> <i>Primeros 6 meses: gana 1 onza por día</i> <i>De los 6 meses al año: gana 0.5 onza por día</i>	<i>Reglas de Weech para calcular el peso:</i> De 3-12 meses = Edad (meses) + 11 = # de libras De 1-6 años = Edad (años) \times 5 + 17 = # de libras De 6-12 años = Edad (años) \times 7 + 5 = # de libras
---	--

Circunferenciacefálica

Al nacer 34 cm
 A los 6 meses 43 cm (1.5/mes)
 Al año 46-47 cm (3-4 en el semestre)
 A los 3 años 49 cm
 A los 5 años 50 cm
 A los 15 años 55 cm (promedio)

Osfificación

H. grande	5 meses
H. ganchozo	6 meses
H. piramidal	2-3 años
H. semilunar	3-5 años
H. escafoideas	4-7 años
H. trapecio	5-7 años
H. trapezoide	6-7 años
P. estiloideo de la ulna.	7-8 años
H. pisiforme	10-12 años

Control de esfínteres

Anal: 1-2 años (con entrenamiento adecuado)

Vesical: Diurno: después de 3 años

Día y noche: después de los 5 años

LONGITUD SUPINA	N	PESO/TALLA PERCENTILES MASCULINO I						
		3	10	25	50	75	90	97
50.0-51.9	75	2.9	3.2	3.4	3.7	4.1	4.6	5.2
52.0-53.9	125	3.3	3.6	3.8	4.1	4.5	5.1	5.8
54.0-55.9	101	3.6	4.0	4.3	4.6	5.1	5.6	6.4
56.0-57.9	167	4.0	4.4	4.8	5.2	5.7	6.2	7.0
58.0-59.9	172	4.4	4.9	5.3	5.8	6.3	6.9	7.6
60.0-61.9	223	4.9	5.4	5.8	6.4	6.9	7.4	8.3
62.0-63.9	257	5.4	6.0	6.4	7.0	7.5	8.0	8.9
64.0-65.9	298	6.0	6.6	7.0	7.5	8.1	8.6	9.5
66.0-67.9	379	6.5	7.1	7.5	8.1	8.6	9.2	10.1
68.0-69.9	399	7.1	7.7	8.1	8.7	9.2	9.8	10.8
70.0-71.9	404	7.6	8.2	8.6	9.2	9.7	10.3	11.3
72.0-73.9	377	8.1	8.7	9.1	9.6	10.2	10.8	11.8
74.0-75.9	293	8.6	9.1	9.5	10.1	10.7	11.2	12.2
76.0-77.9	278	9.0	9.5	9.9	10.6	11.1	11.7	12.6
78.0-79.9	184	9.3	9.8	10.3	11.0	11.6	12.1	13.0
80.0-81.9	161	9.7	10.2	10.7	11.3	12.0	12.5	13.5
82.0-83.9	176	10.0	10.5	11.0	11.6	12.3	12.9	14.0
84.0-85.9	200	10.3	10.9	11.4	12.0	12.7	13.3	14.5
86.0-87.9	255	10.7	11.3	11.8	12.4	13.1	13.7	15.0
88.0-89.9	259	11.1	11.7	12.3	12.8	13.5	14.3	15.8
90.0-91.9	213	11.6	12.2	12.8	13.4	14.1	14.9	16.5
92.0-93.9	160	12.1	12.7	13.3	14.0	14.7	15.7	17.2
94.0-95.9	114	12.6	13.2	13.8	14.7	15.7	16.8	18.3
84.0-85.9	89	10.3	10.8	11.4	12.0	12.6	13.2	14.7
86.0-87.9	250	10.7	11.1	11.7	12.3	13.0	13.5	15.0
88.0-89.9	319	11.1	11.5	12.3	12.7	13.5	14.0	15.3
90.0-91.9	326	11.5	12.0	12.7	13.2	14.0	14.5	15.9
92.0-93.9	336	12.0	12.4	13.2	13.8	14.5	15.2	16.5
94.0-95.9	380	12.4	13.0	13.5	14.3	15.0	15.7	17.0
96.0-97.9	399	12.8	13.4	14.0	14.7	15.5	16.4	17.5
98.0-99.9	384	13.4	13.9	14.6	15.4	16.0	16.9	17.9
100.0-101.9	365	13.8	14.5	15.0	15.7	16.5	17.3	18.3
102.0-103.9	354	14.2	14.8	15.3	16.2	17.0	17.8	18.9
104.0-105.9	347	14.6	15.3	15.9	16.8	17.5	18.3	19.5
106.0-107.9	349	15.1	15.7	16.4	17.3	18.2	19.0	20.3

LONGITUD SUPINA	N	PESO/TALLA PERCENTILES MASCULINO II						
		3	10	25	50	75	90	97
108.0-109.9	370	15.5	16.3	17.0	17.7	18.7	19.6	21.2
110.0-111.9	358	16.1	16.9	17.6	18.4	19.5	20.5	22.0
112.0-113.9	384	16.7	17.5	18.2	19.0	20.2	21.2	23.0
114.0-115.9	359	17.4	18.1	19.0	19.9	21.0	22.0	23.9
116.0-117.9	383	18.0	18.8	19.5	20.5	21.7	23.0	24.8
118.0-119.9	399	18.6	19.5	20.3	21.3	22.4	23.8	25.8
120.0-121.9	400	19.3	20.2	21.1	22.1	23.4	24.9	26.9
112.0-123.9	419	20.0	20.9	22.0	23.0	24.3	25.7	28.0
124.0-125.9	453	20.7	21.5	22.7	23.8	25.3	26.7	29.2
126.0-127.9	482	21.5	22.5	23.5	24.7	26.2	27.7	30.5
128.0-129.9	474	22.2	23.3	24.5	25.6	27.2	29.0	32.0
130.0-131.9	490	22.9	24.0	25.3	26.6	28.2	30.0	33.5
132.0-133.9	502	23.7	25.0	26.1	27.6	29.2	31.3	35.0
134.0-135.9	500	24.5	25.7	27.1	28.7	30.2	32.5	36.6
136.0-137.9	539	25.4	26.7	28.3	29.7	31.4	33.8	38.2
138.0-139.9	575	26.5	27.7	29.2	30.9	32.5	35.3	39.9
140.0-141.9	573	27.4	28.5	30.3	32.0	34.0	36.7	41.5
142.0-143.9	575	28.4	29.7	32.0	33.4	36.8	38.5	43.5
114.0-145.9	559	29.4	30.8	32.6	34.5	37.1	40.3	45.7
146.0-147.9	492	30.5	32.0	34.0	36.0	38.8	42.2	47.7
148.0-149.9	493	31.7	33.5	35.4	37.5	40.6	44.2	49.9
150.0-151.9	457	33.0	34.5	36.5	39.0	42.2	46.0	52.7
152.0-153.9	460	34.2	36.1	38.0	40.8	43.9	48.1	54.0
154.0-155.9	440	35.6	37.7	39.8	42.7	46.4	50.5	56.0
156.0-157.9	498	37.3	39.5	51.4	44.5	48.2	53.0	58.5
158.0-159.9	480	38.9	41.0	53.2	47.0	50.5	55.3	61.0
160.0-161.9	508	40.5	43.0	45.3	49.0	52.5	57.9	63.5
162.0-163.9	568	41.9	44.7	47.3	51.0	54.5	60.0	66.0
164.0-165.9	620	42.7	46.4	49.0	52.8	56.5	62.0	68.0
166.0-167.9	637	44.5	47.9	51.3	54.5	58.9	64.0	70.8
168.0-169.9	590	46.0	49.3	52.7	56.3	61.0	66.0	73.0
170.0-171.9	484	47.5	50.7	54.2	58.0	62.5	68.0	74.7
172.0-173.9	419	48.6	52.0	55.6	59.5	64.0	66.7	76.8
174.0-175.9	292	50.0	53.4	57.0	60.7	65.6	71.8	78.7
176.0-177.9	199	51.0	54.5	58.4	62.1	67.0	73.3	80.5
178.0-179.9	148	52.3	56.3	60.0	63.2	68.5	75.0	83.0

LONGITUD SUPINA	N	PESO/TALLA PERCENTILES FEMENINO I						
		3	10	25	50	75	90	97
50.0-51.9	148	2.7	3.1	3.6	3.7	4.3	4.9	5.5
52.0-53.9	148	3.1	3.5	3.9	4.2	4.7	5.8	6.0
54.0-55.9	124	3.5	3.9	4.4	4.7	5.2	5.8	6.4
56.0-57.9	186	4.0	4.4	4.9	5.2	5.8	6.3	6.8
58.0-59.9	233	4.5	4.9	5.4	5.8	6.3	6.8	7.2
60.0-61.9	258	5.0	5.4	5.9	6.4	6.9	7.4	7.9
62.0-63.9	306	5.5	5.9	6.4	6.9	7.5	8.0	8.5
64.0-65.9	313	6.0	6.4	6.9	7.4	8.0	8.6	9.2
66.0-67.9	351	6.5	7.0	7.4	8.0	8.5	9.1	9.8
68.0-69.9	388	7.0	7.5	7.9	8.5	9.0	9.6	10.4
70.0-71.9	369	7.5	7.9	8.3	8.9	9.5	10.1	11.0
72.0-73.9	319	7.9	8.4	8.8	9.3	9.9	10.5	11.5
74.0-75.9	284	8.3	8.8	9.2	9.7	10.3	10.9	12.0
76.0-77.9	245	8.6	9.2	9.6	10.1	10.7	11.4	12.5
78.0-79.9	219	8.9	9.5	9.9	10.5	11.1	11.8	12.9
80.0-81.9	156	9.2	9.8	10.2	10.8	11.5	12.2	13.3
82.0-83.9	144	9.6	10.2	10.6	11.2	11.9	12.6	13.7
84.0-85.9	202	10.0	10.6	11.0	11.6	12.4	13.1	14.0
86.0-87.9	221	10.4	11.0	11.5	12.1	12.8	13.5	14.4
88.0-89.9	227	10.8	11.4	12.0	12.6	13.2	14.0	14.9
90.0-91.9	184	11.2	11.8	12.5	13.2	13.8	14.7	15.7
92.0-93.9	125	11.6	12.3	13.0	13.9	14.5	15.6	16.6
94.0-95.9	75	12.1	12.9	13.6	14.6	15.5	16.6	17.6
84.0-85.9	104	10.3	10.7	11.2	11.7	12.4	13.0	13.8
86.0-87.9	247	10.5	11.0	11.5	12.0	12.7	13.4	14.3
88.0-89.9	303	10.7	11.3	11.9	12.4	13.0	13.7	14.8
90.0-91.9	351	11.0	11.8	12.3	12.9	13.5	14.3	15.4
92.0-93.9	371	11.4	12.2	12.7	13.4	14.1	14.9	16.0
94.0-95.9	355	11.9	12.7	13.2	13.9	14.9	15.8	17.0
96.0-97.9	359	12.4	13.2	13.7	14.5	15.3	16.5	17.8
98.0-99.9	370	13.0	13.7	14.2	15.1	15.9	17.2	18.6
100.0-101.9	364	13.5	14.1	14.8	15.6	16.5	17.7	19.4
102.0-103.9	349	14.0	14.7	15.2	16.0	17.0	18.2	20.0
104.0-105.9	309	14.4	15.0	15.7	16.5	17.4	18.5	20.6
106.0-107.9	360	14.7	15.5	16.2	17.0	18.0	19.0	21.3
108.0-109.9	377	15.1	16.0	16.8	17.7	18.7	19.9	22.1

LONGITUD SUPINA	N	PESO/TALLA PERCENTILES FEMENINO II						
		3	10	25	50	75	90	97
110.0-111.9	340	15.6	16.5	17.4	18.4	19.5	20.8	23.0
112.0-113.9	377	16.2	17.0	18.0	19.0	20.3	21.5	24.0
114.0-115.9	363	16.8	17.7	18.5	19.8	21.0	22.5	25.0
116.0-117.9	395	17.4	18.4	19.2	20.5	21.8	23.4	26.2
118.0-119.9	396	18.0	19.1	20.0	21.2	22.6	24.2	27.3
120.0-121.9	430	18.8	19.8	20.8	22.0	23.5	25.2	28.4
122.0-123.9	418	19.5	20.5	21.5	22.7	24.5	26.2	29.5
124.0-125.9	478	20.2	21.2	22.4	23.5	25.4	27.5	30.7
126.0-127.9	524	20.9	22.0	23.3	24.5	26.4	28.8	32.2
128.0-129.9	532	21.6	22.7	24.0	25.4	27.4	30.2	34.0
130.0-131.9	549	22.3	23.5	25.0	26.5	28.5	32.0	36.0
132.0-133.9	559	23.0	24.5	26.0	27.6	30.0	33.5	38.0
134.0-135.9	643	24.0	25.3	27.0	28.8	31.4	35.2	40.0
136.0-137.9	595	25.0	26.2	28.0	30.0	32.7	37.0	42.0
138.0-139.9	575	26.0	27.3	29.0	31.3	34.2	39.0	44.5
140.0-141.9	569	27.0	28.5	30.1	32.8	36.0	41.4	47.0
142.0-143.9	619	28.1	29.7	31.5	34.5	38.2	43.6	49.5
144.0-145.9	674	29.4	31.0	33.2	36.5	40.7	46.2	52.0
146.0-147.9	702	30.7	32.6	35.2	38.8	43.4	48.8	54.8
148.0-149.9	781	32.0	34.5	37.5	41.0	45.8	51.1	57.6
150.0-151.9	862	33.5	36.2	39.0	43.3	48.0	53.3	60.0
152.0-153.9	931	35.0	38.0	41.1	45.2	50.0	55.4	62.4
154.0-155.9	879	36.4	39.5	43.0	47.2	51.8	57.5	64.5
156.0-157.9	840	38.0	41.0	44.5	48.8	53.5	59.2	66.5
158.0-159.9	634	39.5	42.7	46.0	50.4	55.0	61.2	68.5
160.0-161.9	516	40.8	44.0	47.4	52.0	57.0	63.0	70.5
162.0-163.9	346	42.2	45.3	48.7	53.4	58.5	65.0	72.5
164.0-165.9	216	43.2	46.4	50.0	54.7	60.2	66.8	74.5
166.0-167.9	115	44.0	47.5	51.0	56.4	62.0	68.5	76.3
166.0-167.9	637	44.5	47.9	51.3	54.5	58.9	64.0	70.8
168.0-169.9	590	46.0	49.3	52.7	56.3	61.0	66.0	73.0
170.0-171.9	484	47.5	50.7	54.2	58.0	62.5	68.0	74.7
172.0-173.9	419	48.6	52.0	55.6	59.5	64.0	66.7	76.8
174.0-175.9	292	50.0	53.4	57.0	60.7	65.6	71.8	78.7
176.0-177.9	199	51.0	54.5	58.4	62.1	67.0	73.3	80.5
178.0-179.9	148	52.3	56.3	60.0	63.2	68.5	75.0	83.0

edad (años)	INDICE DE MASA CORPORAL SEXO MASCULINO PERCENTILES						
	3	10	25	50	75	90	97
0.1	11.4	12.6	13.8	15.4	17.3	19.8	23.0
0.3	12.2	13.8	15.6	17.0	18.4	20.7	24.5
0.5	12.8	14.7	16.1	17.5	19.0	21.3	24.6
0.7	13.4	14.9	16.5	18.1	19.6	21.2	22.9
0.9	13.9	15.1	16.8	18.1	19.2	20.7	22.5
1.0	14.1	15.1	16.7	17.9	19.1	20.6	22.3
1.1	14.2	15.2	16.6	17.6	18.9	20.4	22.1
1.3	14.6	15.3	16.3	17.4	18.6	20.0	21.8
1.5	14.4	15.1	16.1	17.2	18.4	19.7	21.5
1.7	14.3	15.0	15.9	17.0	18.2	19.5	21.2
1.9	14.1	14.9	15.8	16.9	18.0	19.2	20.9
2.0	14.0	14.8	15.7	16.8	17.9	19.1	20.8
3	13.7	14.5	15.2	16.2	17.2	18.4	20.1
4	13.4	14.2	14.9	15.8	16.8	18.0	20.0
5	13.1	13.9	14.6	15.4	16.5	17.7	19.7
6	12.9	13.7	14.4	15.2	16.3	17.6	19.2
7	12.9	13.7	14.4	15.2	16.3	17.6	19.3
8	13.0	13.8	14.5	15.3	16.5	17.9	20.2
9	13.2	13.9	14.7	15.6	16.8	18.7	21.4
10	13.4	14.1	14.9	15.9	17.1	19.2	22.0
11	13.6	14.4	15.1	16.1	17.4	19.4	21.9
12	13.9	14.7	15.5	16.5	17.9	19.6	21.8
13	14.3	15.1	15.9	17.0	18.5	20.1	22.5
14	14.7	15.5	16.4	17.7	19.2	20.8	23.3
15	15.4	16.2	17.2	18.5	20.1	21.6	24.1
16	15.9	16.9	18.1	19.5	20.8	22.4	24.9
17	16.3	17.6	18.8	20.1	21.5	23.3	25.6
18	16.7	18.0	19.1	20.6	22.1	23.9	26.3
19	16.9	18.2	19.3	21.0	22.4	24.3	26.7

EDAD (AÑOS)	INDICE DE MASA CORPORAL						
	SEXO FEMENINO PERCENTILES						
	3	10	25	50	75	90	97
0.1	10.4	11.9	13.1	14.9	16.5	18.9	24.0
0.3	11.0	13.3	14.8	16.5	18.2	19.9	25.2
0.5	11.9	14.2	15.5	17.2	18.8	20.4	23.8
0.7	13.5	15.1	16.3	17.9	19.4	20.9	23.0
0.9	14.1	15.0	16.1	17.6	19.0	20.5	22.2
1.0	13.9	15.0	16.1	17.5	18.8	20.2	21.9
1.1	13.8	14.9	16.0	17.4	18.6	20.0	21.6
1.3	13.6	14.8	15.9	17.2	18.3	19.6	21.1
1.5	13.5	14.7	15.8	16.9	18.1	19.3	20.8
1.7	13.5	14.6	15.7	16.7	17.9	19.1	20.5
1.9	13.5	14.5	15.6	16.5	17.7	18.8	20.3
2.0	13.5	14.5	15.5	16.5	17.6	18.7	20.2
3	13.2	14.2	15.0	15.9	17.0	18.0	19.7
4	12.9	13.8	14.7	15.6	16.6	17.7	19.6
5	12.7	13.5	14.4	15.3	16.3	17.7	19.6
6	12.6	13.3	14.2	15.1	16.2	17.7	19.6
7	12.6	13.3	14.2	15.1	16.3	17.7	19.9
8	12.8	13.4	14.3	15.3	16.5	18.1	20.8
9	13.0	13.6	14.5	15.6	16.9	19.0	21.8
10	13.1	13.9	14.8	15.9	17.4	19.8	22.3
11	13.4	14.3	15.2	16.3	18.1	20.5	22.9
12	13.8	14.8	15.8	17.0	19.0	21.5	24.7
13	14.6	15.3	16.6	18.1	20.1	22.4	25.5
14	15.2	16.0	17.5	19.3	21.0	23.0	26.0
15	15.9	16.8	18.2	20.1	21.8	23.6	26.2
16	16.4	17.4	18.8	20.6	22.4	24.4	26.9
17	16.7	17.7	19.1	21.0	22.8	25.0	27.9
18	16.9	17.8	19.2	21.1	23.0	25.3	28.5
19	17.0	17.9	19.3	21.2	23.1	25.5	29.0

EDAD (MESES)	PESO (KG)SEXO MASCULINO PERCENTILES						
	3	10	25	50	75	90	97
1	2.8	3.2	3.6	4.1	4.9	5.6	6.6
2	3.5	4.1	4.5	5.2	5.9	6.6	7.7
3	4.2	4.8	5.3	6.0	6.7	7.4	8.5
4	4.8	5.4	6.0	6.6	7.4	8.2	9.2
5	5.3	6.0	6.6	7.2	8.0	8.8	9.8
6	5.7	6.4	7.1	7.7	8.5	9.2	10.3
7	6.1	6.8	7.5	8.2	8.9	9.9	10.8
8	6.4	7.1	7.8	8.6	9.3	10.2	11.2
9	6.7	7.4	8.1	8.9	9.7	10.5	11.6
10	7.0	7.7	8.4	9.2	10.0	10.8	11.9
11	7.3	8.0	8.7	9.5	10.3	11.1	12.2
12	7.6	8.3	9.0	9.8	10.5	11.3	12.5
13	7.9	8.5	9.2	10.0	10.7	11.5	12.8
14	8.1	8.7	9.5	10.2	10.9	11.7	13.0
15	8.3	8.9	9.7	10.4	11.1	12.0	13.2
16	8.5	9.1	9.9	10.6	11.3	12.2	13.4
17	8.7	9.3	10.1	10.8	11.6	12.5	13.6
18	8.8	9.4	10.2	11.0	11.8	12.7	13.8
19	8.9	9.6	10.4	11.1	12.0	12.9	14.0
20	9.0	9.7	10.5	11.3	12.2	13.1	14.2
21	9.1	9.8	10.7	11.4	12.4	13.3	14.4
22	9.2	9.9	10.8	11.6	12.6	13.5	14.6
23	9.3	10.0	10.9	11.8	12.7	13.7	14.8
24	9.4	10.1	11.1	11.9	12.9	13.9	15.0

Edad (MESE S)	PESO (kg) SEXO FEMENINO PERCENTILES						
	3	10	25	50	75	90	97
1	2.8	3.2	3.6	4.1	4.7	5.2	6.1
2	3.4	3.9	4.3	4.9	5.4	6.0	6.9
3	3.9	4.5	5.0	5.7	6.2	6.7	7.6
4	4.4	5.0	5.6	6.3	6.8	7.4	8.3
5	4.8	5.5	6.1	6.8	7.4	8.1	9.0
6	5.2	5.9	6.5	7.3	7.9	8.7	9.7
7	5.6	6.3	6.9	7.7	8.4	9.2	10.2
8	5.9	6.7	7.4	8.0	8.8	9.6	10.6
9	6.2	7.0	7.7	8.3	9.1	9.9	11.0
10	6.5	7.3	7.9	8.6	9.4	10.2	11.4
11	6.7	7.5	8.1	8.8	9.7	10.5	11.7
12	7.0	7.7	8.3	9.0	9.9	10.8	11.9
13	7.2	7.9	8.5	9.3	10.1	11.1	12.1
14	7.4	8.1	8.7	9.5	1.3	11.3	12.3
15	7.7	8.4	9.0	9.7	10.6	11.5	12.5
16	7.9	8.6	9.2	9.9	10.8	11.7	12.7
17	8.1	8.8	9.4	10.1	11.0	11.9	12.9
18	8.2	9.0	9.6	10.3	11.2	12.1	13.1
19	8.3	9.2	9.8	10.5	11.4	12.3	13.4
20	8.4	9.3	9.9	10.7	11.6	12.5	13.6
21	8.5	9.4	10.0	10.9	11.8	12.7	13.9
22	8.6	9.5	10.1	11.1	12.0	12.9	14.1
23	8.7	9.6	10.3	11.2	12.2	13.1	14.3
24	8.8	9.7	10.4	11.3	12.3	13.3	14.5

D.T.*= DESVIACION TIPICA

edad (MESE S)	D.T.*	TALLA SEXO MASCULINO PERCENTILES (cm)						
		3	10	25	50	75	90	97
1	2.71	48.2	49.8	51.5	53.3	55.1	56.8	58.4
2	2.76	52.1	53.8	55.4	57.3	59.2	60.8	62.5
3	2.80	54.7	56.4	58.1	60.0	61.9	63.6	65.3
4	2.85	57.0	58.7	60.5	62.4	64.3	66.1	67.8
5	2.89	59.2	60.9	62.7	64.6	66.5	68.3	70.0
6	2.93	67.0	62.7	64.5	66.5	68.5	70.3	72.0
7	2.98	62.5	64.3	66.1	68.1	70.1	71.9	73.7
8	3.03	63.7	65.5	67.4	69.4	71.4	73.3	75.1
9	3.07	64.9	66.8	68.6	70.7	72.8	74.6	76.5
10	3.12	66.0	67.9	69.8	71.9	74.0	75.9	77.8
11	3.17	67.1	69.0	71.0	73.1	75.2	77.2	79.7
12	3.21	68.2	70.1	72.0	74.2	76.4	78.3	80.2
13	3.27	69.1	71.1	73.1	75.3	77.5	79.5	81.5
14	3.32	70.1	72.0	74.1	76.3	78.5	80.6	82.5
15	3.37	71.0	73.0	75.0	77.3	79.6	81.6	83.6
16	3.42	71.9	73.9	76.0	78.3	80.6	82.7	84.7
17	3.47	72.7	74.8	76.9	79.2	81.5	83.6	85.7
18	3.53	73.6	75.7	77.8	80.2	82.6	84.7	86.8
19	3.58	74.5	76.6	78.0	81.2	83.6	85.8	87.9
20	3.64	75.4	77.5	79.7	82.2	84.7	86.9	89.0
21	3.70	76.2	78.5	80.7	83.2	85.7	87.9	90.2
22	3.75	76.9	79.2	81.5	84.0	86.5	88.8	91.1
23	3.81	77.6	79.9	82.2	84.8	87.4	89.7	92.0
24	3.85	78.1	80.4	82.7	85.3	87.9	90.2	92.5

D.T.*= DESVIACION TIPICA

EDAD (MESES)	D.T.*	TALLA SEXO FEMENINO PERCENTILES (CM)						
		3	10	25	50	75	90	97
1	2.66	47.1	48.7	50.3	52.1	53.9	55.5	57.1
2	2.70	50.8	52.4	54.1	55.9	57.7	59.4	61.0
3	2.74	53.2	54.9	56.6	58.4	60.2	61.9	63.6
4	2.78	55.5	57.1	58.8	60.7	62.6	64.3	65.9
5	2.81	57.5	59.2	60.9	62.8	64.7	66.4	68.1
6	2.81	59.5	61.2	63.0	64.9	66.8	68.6	70.3
7	2.89	61.0	62.7	64.5	66.4	68.3	70.1	71.8
8	2.92	62.3	64.1	65.8	67.8	69.8	71.5	73.3
9	2.96	63.6	65.4	67.2	69.2	71.2	73.0	74.8
10	3.00	64.9	66.7	68.5	70.5	72.5	74.3	76.1
11	3.04	66.0	67.8	69.7	71.7	73.7	75.6	77.4
12	3.07	67.1	69.0	70.8	72.9	75.0	76.8	78.7
13	3.11	68.2	70.0	71.9	74.0	76.1	78.0	79.8
14	3.15	69.2	71.1	73.0	75.1	77.2	79.1	81.0
15	3.19	70.2	72.1	74.0	76.2	78.4	80.3	82.2
16	3.22	71.1	73.1	75.0	77.2	79.4	81.3	83.3
17	3.26	72.0	73.9	75.9	78.1	80.3	82.3	84.2
18	3.30	72.8	74.8	76.8	79.0	81.2	83.2	85.2
19	3.34	73.6	75.6	77.6	79.9	82.2	84.2	86.2
20	3.37	74.5	76.5	78.5	80.8	83.1	85.1	87.1
21	3.41	75.2	77.2	79.3	81.6	83.9	86.0	88.0
22	3.45	75.9	78.0	80.1	82.4	84.7	86.8	88.9
23	3.48	76.6	78.6	80.8	83.1	85.4	87.6	89.6
24	3.51	77.1	79.2	81.3	83.7	86.1	88.2	

D.T.*= DESVIACION TIPICA

EDAD (AÑOS)	N	D.T.	TALLA SEXO MASCULINO PERCENTILES						
			3	10	25	50	75	90	97
0.1	488	2.89	48.6	50.3	52.0	54.0	56.0	57.7	59.4
0.3	610	2.99	56.0	57.8	59.6	61.6	63.6	65.4	67.2
0.5	616	3.09	61.2	63.0	64.9	67.0	69.1	71.0	72.8
0.7	671	3.18	64.4	66.3	68.3	70.4	72.5	74.5	76.4
0.9	591	3.28	67.1	69.1	71.1	73.3	75.5	77.5	79.5
1.0	2506	3.33	68.5	70.4	72.3	74.5	76.7	78.6	80.5
1.1	420	3.38	69.5	71.6	73.6	75.9	78.2	80.2	82.3
1.3	342	3.48	71.9	73.9	76.1	78.4	80.7	82.9	84.9
1.5	348	3.58	73.9	76.0	78.2	80.6	83.0	85.2	87.3
1.7	341	3.67	75.9	78.1	80.3	82.8	85.3	87.5	89.7
1.9	347	3.77	77.7	80.0	82.3	84.8	87.3	89.6	91.9
2.0	1637	3.82	78.7	81.0	83.3	85.9	88.5	90.8	93.1
2.0	530	3.82	77.7	80.0	82.3	84.9	87.5	89.8	92.1
3	1331	4.23	85.0	87.6	90.1	93.0	95.9	98.4	101.0
4	1224	4.65	91.8	94.5	97.4	100.5	103.6	106.5	109.2
5	999	5.04	97.7	100.7	103.8	107.2	110.6	113.7	116.7
6	1087	5.50	102.9	106.2	109.5	113.2	116.9	120.3	123.6
7	1040	5.92	108.0	111.5	115.1	119.1	123.1	126.7	130.2
8	1093	6.11	113.0	116.7	120.4	124.5	128.6	132.3	136.0
9	1022	6.40	117.3	121.1	125.0	129.3	133.6	137.5	141.3
10	1099	6.61	121.6	125.5	129.5	134.0	138.5	142.5	146.4
11	1068	6.90	125.5	129.7	133.8	138.5	143.2	147.3	151.5
12	1561	7.45	129.8	134.2	138.8	143.8	148.8	153.4	157.8
13	1954	8.92	133.2	138.6	144.0	150.0	156.0	161.4	166.8
14	1752	9.05	139.0	144.4	149.9	156.0	162.1	167.6	173.0
15	1219	8.90	144.9	150.2	155.6	161.6	167.6	173.0	178.3
16	709	7.85	151.1	155.8	160.6	165.9	171.2	176.0	180.7
17	499	7.04	154.8	159.0	163.2	168.0	172.8	177.0	181.2
18	428	6.70	156.1	160.1	164.2	168.7	173.2	177.3	181.3
19	415	6.50	157.0	160.9	164.8	169.2	173.6	177.5	181.4

EDAD (AÑOS)	N	D.T.	TALLA FEMENINO PERCENTILES						
			3	10	25	50	75	90	97
0.1	477	2.68	48.8	50.4	52.0	53.8	55.6	57.2	58.8
0.3	629	2.79	55.4	57.0	58.7	60.6	62.5	64.2	65.8
0.5	579	2.91	60.0	61.8	63.5	65.5	67.5	69.2	71.0
0.7	625	3.03	63.3	65.1	67.0	69.0	71.0	72.9	74.7
0.9	695	3.15	66.1	68.0	69.9	72.0	74.1	76.0	77.9
1.0	2581	3.21	67.2	69.2	71.3	73.5	75.7	77.8	79.8
1.1	445	3.26	68.5	70.4	72.4	74.6	76.8	78.8	80.7
1.3	426	3.38	70.8	72.9	74.9	77.2	79.5	81.5	83.6
1.5	403	3.50	72.9	75.0	77.1	79.5	81.9	84.0	86.1
1.7	402	3.62	74.8	77.0	79.2	81.6	84.0	86.2	88.4
1.9	413	3.73	76.4	78.7	80.9	83.4	86.0	88.2	90.4
2.0	1693	3.79	77.3	79.5	81.8	84.4	87.0	89.3	91.5
2.0	387	3.79	76.3	78.5	80.8	83.4	86.0	88.3	90.5
3	1356	4.20	84.2	86.7	89.3	92.1	94.9	97.5	100.0
4	1206	4.61	91.5	94.3	97.1	100.2	103.3	106.1	108.9
5	1012	5.08	97.3	100.4	103.5	106.9	110.3	113.4	116.4
6	1050	5.43	102.8	106.0	109.3	113.0	116.7	120.0	123.2
7	1064	5.80	108.1	111.6	115.1	119.0	122.9	126.4	129.9
8	1069	6.15	112.5	116.2	119.9	124.1	128.3	132.0	135.7
9	1077	6.47	117.5	121.4	125.3	129.7	134.1	138.0	141.9
10	1663	7.08	121.7	125.9	130.2	135.0	139.8	144.1	148.3
11	2121	7.65	126.4	131.0	135.6	140.8	146.0	150.6	155.2
12	2154	8.04	131.4	136.2	141.1	146.5	151.9	156.8	161.6
13	1440	7.30	137.3	141.6	146.1	151.0	155.9	160.4	164.7
14	794	6.38	142.1	145.9	149.8	154.1	158.4	162.3	166.1
15	771	5.94	144.8	148.4	152.0	156.0	160.0	163.6	167.2
16	784	5.85	146.0	149.5	153.1	157.0	160.9	164.5	168.0
17	756	5.85	146.0	149.5	153.1	157.0	160.9	164.5	168.0
18	714	5.85	146.0	149.5	153.1	157.0	160.9	164.5	168.0
19	678	5.85	146.0	149.5	153.1	157.0	160.9	164.5	168.0

EDAD MESES	D.T.*	CIRCUNFERENCIA CEFALICA SEXO MASCULINO PERCENTILES						
		3	10	25	50	75	90	97
1	1.58	33.5	34.5	35.4	36.5	37.6	38.5	39.5
2	1.52	35.9	36.9	37.8	38.0	39.8	40.7	41.7
3	1.50	37.4	38.3	39.2	40.2	41.2	42.1	43.0
4	1.48	38.4	39.3	40.2	41.2	42.2	43.1	44.0
5	1.47	39.4	40.3	41.2	42.2	43.2	44.1	45.0
6	1.46	40.4	41.2	43.1	44.1	45.0	45.0	45.8
7	1.45	41.1	41.9	42.8	43.8	44.8	45.7	46.5
8	1.44	41.6	42.5	43.3	44.3	45.3	46.1	47.0
9	1.43	42.0	42.9	43.7	44.7	45.7	46.5	47.4
10	1.43	42.4	43.3	44.1	45.1	46.1	46.9	47.8
11	1.42	42.8	43.7	44.5	45.5	46.5	47.3	48.2
12	1.42	43.2	44.1	44.9	45.9	46.9	47.7	48.6
13	1.41	43.6	44.5	45.3	46.3	47.3	48.1	49.0
14	1.41	43.9	44.8	45.6	46.6	47.6	48.4	49.3
15	1.41	44.1	45.0	45.8	46.8	47.8	48.6	49.5
16	1.40	44.4	45.2	46.1	47.0	47.9	48.8	49.6
17	1.40	44.6	45.4	46.3	47.2	48.1	49.0	49.8
18	1.40	44.8	45.6	46.5	47.4	48.3	49.2	50.0
19	1.39	44.9	45.7	46.6	47.5	48.4	49.3	50.1
20	1.39	45.0	45.8	46.7	47.6	48.5	49.4	50.2
21	1.39	45.1	45.9	46.8	47.7	48.6	49.5	50.3
22	1.39	45.2	46.0	46.9	47.8	48.7	49.6	50.4
23	1.38	45.3	46.1	47.0	47.9	48.8	49.7	50.5
24	1.38	45.4	46.2	47.1	48.0	48.9	49.8	50.6

D.T.*= DESVIACION TIPICA

EDAD (MESE S)	D.T.*	CIRCUNFERENCIA CEFALICA SEXO FEMENINO						
		PERCENTILES (CM)						
		3	10	25	50	75	90	97
1	1.51	33.4	34.3	35.2	36.2	37.2	38.1	39.0
2	1.50	35.1	36.0	36.9	37.9	38.9	39.8	40.7
3	1.49	36.3	37.2	38.1	39.1	40.1	41.0	41.9
4	1.48	37.4	38.3	39.2	40.2	41.2	42.1	43.0
5	1.47	38.2	39.1	40.0	41.0	42.0	42.9	43.8
6	1.46	39.1	39.9	40.8	41.8	42.8	43.7	44.5
7	1.45	39.8	40.6	41.5	42.5	43.5	44.4	45.2
8	1.44	40.3	41.2	42.0	43.0	44.0	44.8	45.7
9	1.43	40.8	41.7	42.5	43.5	44.5	45.3	46.2
10	1.42	41.3	42.2	43.0	44.0	45.0	45.8	46.7
11	1.41	41.6	42.5	43.3	44.3	45.3	46.1	47.0
12	1.40	42.0	42.8	43.7	44.6	45.5	46.4	47.3
13	1.39	42.3	43.1	44.0	44.9	45.8	46.7	47.6
14	1.39	42.6	43.4	44.3	45.2	46.1	47.0	47.8
15	1.38	42.9	43.7	44.6	45.5	46.4	47.3	48.1
16	1.37	43.1	43.9	44.8	45.7	46.6	47.5	48.3
17	1.36	43.3	44.2	45.0	45.9	46.8	47.6	48.5
18	1.35	43.6	44.4	45.2	46.1	47.0	47.8	48.6
19	1.34	43.8	44.6	45.4	46.3	47.2	48.0	48.8
20	1.33	44.0	44.8	45.6	46.5	47.4	48.2	49.0
21	1.32	44.2	45.0	45.8	46.7	47.6	48.4	49.1
22	1.31	44.3	45.1	45.9	46.8	47.7	48.5	49.2
23	1.30	44.5	45.2	46.0	46.9	47.8	48.6	49.3
24	1.29	44.6	45.3	46.1	47.0	47.9	48.7	49.4

D.T.*=DESVIACION TIPICA

EDAD (AÑOS)	N	D.T.	CIRCUNFERENCIA CEFALICA SEXO MASCULINO PERCENTILES						
			3	10	25	50	75	90	97
0.1	480	1.51	34.6	35.5	36.4	37.4	38.4	39.3	40.2
0.3	613	1.50	38.2	39.1	40.0	41.0	42.0	42.9	43.8
0.5	615	1.48	40.0	41.3	42.2	43.2	44.2	45.1	46.0
0.7	674	1.47	41.8	42.7	43.6	44.6	45.6	46.5	47.4
0.9	594	1.46	42.8	43.6	44.5	45.5	46.6	47.5	48.2
1.0	2516	1.46	43.2	44.1	45.0	46.0	47.0	47.9	48.7
1.1	424	1.45	43.6	44.4	45.3	46.3	47.3	48.2	49.0
1.3	343	1.44	44.2	45.1	45.9	47.0	47.9	48.7	49.6
1.5	345	1.43	44.7	45.6	46.4	47.4	48.4	49.2	50.1
1.7	341	1.42	45.1	46.0	46.8	47.8	48.8	49.6	50.5
1.9	346	1.41	45.4	46.3	47.1	48.1	49.1	49.9	50.8
2.0	1594	1.41	45.5	46.4	47.2	48.2	49.2	50.0	50.9
3	1407	1.42	46.5	47.4	48.2	49.2	50.2	51.0	51.9
4	1233	1.46	47.3	48.1	49.0	50.0	51.0	51.9	52.7
5	997	1.46	47.8	48.6	49.5	50.5	51.5	52.4	53.2
6	1085	1.46	48.1	48.9	49.8	50.8	51.8	52.7	53.5

**CIRCUNFERENCIA CEFALICA
SEXO FEMENINO**

EDAD (AÑOS)	N	D.T.	PERCENTILES						
			3	10	25	50	75	90	97
0.1	477	1.51	34.0	34.9	35.8	36.8	37.8	38.7	39.6
0.3	628	1.50	37.1	38.0	38.9	39.9	40.9	41.8	42.7
0.5	588	1.48	39.2	40.1	41.0	42.0	43.0	43.9	44.8
0.7	634	1.46	40.6	41.4	42.3	43.3	44.3	45.2	46.0
0.9	596	1.44	41.7	42.6	43.4	44.4	45.4	46.2	47.1
1.0	2601	1.44	42.1	43.0	43.8	44.8	45.8	46.6	47.5
1.1	446	1.42	42.5	43.4	44.2	45.2	46.2	47.0	47.9
1.3	429	1.40	43.2	44.0	44.9	45.8	46.7	47.6	48.4
1.5	404	1.38	43.6	44.4	45.3	46.2	47.1	48.0	48.8
1.7	403	1.36	44.0	44.9	45.7	46.6	47.5	48.4	49.2
1.9	415	1.34	44.4	45.2	46.0	46.9	47.8	48.6	49.4
2.0	1701	1.34	44.6	45.4	46.2	47.1	48.0	48.8	49.6
3	1435	1.30	45.8	46.6	47.4	48.3	49.2	50.0	50.7
4	1212	1.37	46.4	47.2	48.1	49.0	49.9	50.8	51.6
5	1019	1.37	46.8	47.6	48.5	49.4	50.3	51.2	52.0
6	1050	1.38	47.2	48.0	48.9	49.8	50.7	51.6	52.4

Desarrollo Genital Estadio	DESARROLLO SEXUAL SEXO MASCULINO PERCENTILES				
	3	10	50	90	97
≥2	8.7	9.8	11.8	13.8	14.9
≥3	11.0	11.9	13.6	15.3	16.3
≥4	11.8	12.9	14.8	16.7	17.8
Vello Pubiano Estadio	PERCENTILES				
	3	10	50	90	97
≥2	9.6	10.7	12.7	15.2	15.8
≥3	11.4	12.4	14.1	15.8	16.8
≥4	12.1	13.2	15.0	16.8	17.9

Desarroll o Mamario Estadio	DESARROLLO SEXUAL SEXO FEMENINO PERCENTILES				
	3	10	50	90	97
≥2	8.3	9.2	10.8	12.4	13.4
≥3	9.7	10.7	12.3	13.9	14.9
≥4	10.8	11.9	14.0	16.0	17.2
Vello Pubiano Estadio	PERCENTILES				
	3	10	50	90	97
≥2	8.9	9.8	11.5	13.2	14.1
≥3	10.1	11.1	12.7	14.3	15.3
≥4	11.1	12.2	14.2	16.2	17.3

COMPLEMENTARIOS EN PEDIATRÍA

<p>HEMOGRAMA: Incluye: Hemoglobina. Hematocrito. Leucocitos. Diferencial. Hematóies.</p> <p>HEMOGLOBINA</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Recién nacidos: 150-200 g/l b) Lactante (1 mes - 1 año): 100-110 g/l (Anemia fisiológica) c) Mayor de 1 año: 110-130 g/l d) Mujer: 120-150 g/l e) Hombre: 130-170 g/l <p>La hemoglobina aumenta en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Policitemia. Grandes alturas. M&M S. de Cushing. - Cardiopatía cianóticas (Hb: 160-180): Tetralogía de Fallot, estenosis pulmonar, TGV, PCA (persistencia del conducto arterioso). - Enfermedades pulmonares (enfisema, silicosis). - Enfermedades renales (riñón poliquístico, hipernefroma). <p>La hemoglobina disminuye en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragias. Sicklemia Eritroblastosis fetal. Déficit de hierro. Leucemias. "T" malignas. Parasitismo, Infecciones, GNT <p>HEMATOCRITO: Mide el índice de concentración de eritrocitos en sangre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recién nacido: 0,45-0,75 Fr. Vol. - Lactante y 3-4 años: 0,28-0,42 - Mayor de 4 años: 0,35-0,45 Fr. Vol. <p>ERITROSEDIMENTACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En hombres 10 mm/l. - En mujeres 20 mm/l <p>HEMATÍES</p> <ul style="list-style-type: none"> - RN: $3 - 5,4 \times 10^{12}/l$ - Lactante y 3-4 años: $3,1 - 4,5 \times 10^{12}/l$ - Mayor de 4 años: $4 - 5,2 \times 10^{12}/l$ <p>LEUCOCITOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - RN: $20-25 \times 10^9/l$ - Niño mayor de 1 mes: $6-10 \times 10^9/l$ 	<p>DIFERENCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> a) PMN: RN: 0,75-0,80 Lactante: 0,40 > 3 años: 0,65-0,75. b) Linfocitos: RN: 0,20-0,25. Lactante: 0,60 – 0,70. > 3 años: 0,35-0,40. c) Monocitos: 0,02-0,03. d) Eosinófilos: 0,01 – 0,03. e) Stab: 0,00 – 0,01 f) Basófilos: 0,00 – 0,01 <p>RN: predominio de los neutrófilos (70-80) con respecto a los linfocitos (20-30). Lactante: predominio de los linfocitos (60-70) con respecto a los neutrófilos (30-40) Escolar hay predominio de los neutrófilos (60-70) con respecto a los linfocitos (30-40).</p> <p>COAGULOGRAMA MÍNIMO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conteo de plaquetas: $150 - 350 \times 10^6/l$. 2. Tiempo de coagulación: 5 – 10 min. <ul style="list-style-type: none"> - Mide factores de fase intrínseca (hemostasia secundaria). Se hace en el lóbulo de la oreja. - Positivo: Hemofilia, trato con heparina, déficit de fibrinógeno. 3. T. de sangramiento: 1-3 ó 5 min. <ul style="list-style-type: none"> - Se prolonga por alteración de las plaquetas y de vasos sanguíneos (PTI). 4. T. de protombina: 3 segundos por encima del control. <ul style="list-style-type: none"> - Se prolonga ante déficit de factores de vía extrínseca (I, II, III, IV, V, VII, X). 5. P. de Lazo: niño: 15min. Adulto: 10min TA: 80 mmHg presencia de petequia (+) TA: 100 mmHg ausencia de petequia (-) 6. Retracción del coágulo: <ul style="list-style-type: none"> - Retractil. - No retractil: trastornos plaquetarios, déficit de fibrinógeno. 7. Tiempo parcial de tromboplastina con Kaolin (vía intrínseca). <ul style="list-style-type: none"> - Normal: hasta 6 seg sobre el control. - Dudososo: 6-10 seg sobre el control. - Patológico: más de 10 seg sobre el control. (Control: 34-35 seg) 8. Tromboplastina residual (vía residual y plaquetas): Mayor de 20 seg.
--	---

<p>SIGNOS VITALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Recién nacido: <ul style="list-style-type: none"> - FC: 120-160 x' - FR: 40-60 x' - TA: 80/40 mmHg b) Lactantes a 3-4 años: <ul style="list-style-type: none"> - FC: 120-140 x' - FR: hasta 40 x' - TA: 90/50-60 mmHg c) 4-6 años: <ul style="list-style-type: none"> - FC: Hasta 120 x' - FR: Hasta 30 x' - TA: 100-120/70-80 mmHg d) Escolar: <ul style="list-style-type: none"> - FC: Hasta 100 x' - FR: 18-24 x' - TA: 100-120/70-80 mmHg <p>TA: 90-95: con riesgo. Más de 95: hipertenso. Niños (diastólica): Más de 90: riesgo. Más de 100: Hipertenso</p> <p>Ruidos Hidroaéreos: RN12-15 x' Lactante 5-8 x'</p> <table border="1" data-bbox="212 887 840 1298"> <tr> <td>CONTEO DE RETICULOCITOS:</td> </tr> <tr> <td>CN: $5 - 15 \times 10^3 /l$.</td> </tr> <tr> <td>RN: $60 \times 10^3 /l$.</td> </tr> <tr> <td>Mide actividad de la médula ósea.</td> </tr> <tr> <td>CONTEO DE EOSINÓFILOS:</td> </tr> <tr> <td>CN: $0,25-0,30 \times 10^9 /l$. o 250-300 células/mm³.</td> </tr> <tr> <td>CONTEO DE LINFOCITOS</td> </tr> <tr> <td>CN: 3000-4000. Menos 800: inmunidad celular disminuye a predominio de linfocitos T.</td> </tr> </table> <p>HIERRO SÉRICO:</p> <table border="1" data-bbox="277 1362 840 1594"> <tr> <td>CN: 10,6-21,4 mmol/l.</td> <td>Elevado: A. Hemolíticas. Normal: A. Megaloblástica. Disminuido: A. Ferripriva.</td> </tr> </table> <p>CONSTANTES CORPUSCULARES.</p> <ul style="list-style-type: none"> • VCM: 80-90 g/L. (volumen corpuscular medio) • HbCM: 26-32 g/L (concentración hemoglobínica). • cHbCM: 3,2-3,6 g/L (concentración hemoglobínica por hematíes). 	CONTEO DE RETICULOCITOS:	CN: $5 - 15 \times 10^3 /l$.	RN: $60 \times 10^3 /l$.	Mide actividad de la médula ósea.	CONTEO DE EOSINÓFILOS:	CN: $0,25-0,30 \times 10^9 /l$. o 250-300 células/mm ³ .	CONTEO DE LINFOCITOS	CN: 3000-4000. Menos 800: inmunidad celular disminuye a predominio de linfocitos T.	CN: 10,6-21,4 mmol/l.	Elevado: A. Hemolíticas. Normal: A. Megaloblástica. Disminuido: A. Ferripriva.	<p>GLICEMIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CN: 3,3 – 5,5 mmol/l. • RN: 2,22 mmol/l (40 mg%) <p>UREA: CN: 1,70 -8,33 mmol/l.</p> <p>BENEDICT: 4 gotas de orina + 2,5 ml de reactivo: poner a calentar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultados: Azul: negativo (< 10 mmol/l). Verde: 10-13 mmol/l (traduce glicosuria). Amarillo: 13-16 mmol/l. Naranja: 16-19 mmol/l. Ladrillo: Más de 19 mmol/l. <p>IMBERT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 gotas de reactivo + 10 gotas de NH³ + 2,5 ml de orina: calentar en baño María. • Se da en cruces y traduce cuerpos cetónicos en orina (paciente complicado). • Normal (negativo): incoloro. • Positivo: compuesto color violeta. <p>PTG: Se realiza con una sobrecarga de glucosa a razón de 1,75 g/l y con un máximo de 75 g; sino hay glucosa hacer desayuno con 50 g de carbohidratos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7-11,4: Tolerancia a la glucosa alterada. • Valorar en ayuno: hasta 7. • Valorar a las 2 h. hasta 11,1. <table border="1" data-bbox="873 1267 1460 1594"> <tr> <td>TGP: RN: 5-45 UI. Lactantes: 5-30 UI. Niños mayores: 12-15 UI.</td> <td>TGO: RN: 5-45 UI. Lactantes: 10-40 UI. Niños mayores: 6-25 UI. Escolares: 6-20 UI.</td> </tr> </table> <p>PROTEÍNAS C REACTIVA:</p> <p>CN: < 0,87 mg/dl. Positivo: en enfermedades inflamatorias activas (FR, artritis reumatoidea, LES).</p>	TGP: RN: 5-45 UI. Lactantes: 5-30 UI. Niños mayores: 12-15 UI.	TGO: RN: 5-45 UI. Lactantes: 10-40 UI. Niños mayores: 6-25 UI. Escolares: 6-20 UI.
CONTEO DE RETICULOCITOS:													
CN: $5 - 15 \times 10^3 /l$.													
RN: $60 \times 10^3 /l$.													
Mide actividad de la médula ósea.													
CONTEO DE EOSINÓFILOS:													
CN: $0,25-0,30 \times 10^9 /l$. o 250-300 células/mm ³ .													
CONTEO DE LINFOCITOS													
CN: 3000-4000. Menos 800: inmunidad celular disminuye a predominio de linfocitos T.													
CN: 10,6-21,4 mmol/l.	Elevado: A. Hemolíticas. Normal: A. Megaloblástica. Disminuido: A. Ferripriva.												
TGP: RN: 5-45 UI. Lactantes: 5-30 UI. Niños mayores: 12-15 UI.	TGO: RN: 5-45 UI. Lactantes: 10-40 UI. Niños mayores: 6-25 UI. Escolares: 6-20 UI.												

GASOMETRÍA:

- Ph: 7,35 — 7,45
- pCQ2: 35—45 mm/Hg
- P02: 90—100 mm/Hg
- SB: 2l—27 meq/l
- HbO2 95—100%.
- EB +- 2,5

TASO: 250 —300 uTodd.

1ONOGRAMA:

- Na: 130- 150 mmol/l
- Ca: 2 - 2,5 mol/l
- K: 3,5 - 5 mmol/l
- Cl: 97- 108 mmol/l
- Mg 0,8-1 mmol porL
Alcalosis respiratoria: K ↑, Cl↑, Na ↓.
Acidosis respiratoria: K ↑, Cl ↓, Na ↑.
- Reserva alcalina: 21-27 mmol/L.

Calcio en sangre: CN: 1,9 - 2,9 mmol/l

Fosfolípidos: CN: 0,81-1,62 mmol/l

Lípidos totales: CN: 4-8 g/l

Triglicéridos: CN: 0,35-1,70 mmol/l

Osm del plasma: CN: 28-300 mmol/L

Colesterol: CN: 45-189 mg/dl
3,87-6,50 mmol/l.

Fosfatasa alcalina: CN: 1,5 – 4 U Bodanski

Electrólitos en el sudor:

Na, K, Cl: normal: 40-60 meq/l

Dudosos: 60-90 meq/l

Patológico: más de 90 meq/l

* para el diagnóstico de fibrosis quística.

Cristalización: hojas de helecho

PROTEÍNAS TOTALES Y FRACCIONADAS:

Totales: 60-80 g/l

2. Fraccionadas:

- Albúmina: 35-45 g/l
- Mantenimiento de la presión oncótica.
- Transporte de iones.

Disminuye: hepatopatías crónicas (no producción), TB (aumento del consumo), neoplasias, quemaduras, síndrome nefrótico, diabetes mellitus, mixedema, pancreatitis).

Globulinas: 28-32 g/L

α globulina 1: 2-4 g/l (procesos inflamatorios agudos, destrucción celular, necrosis y quemaduras).

α globulina 2: 4-10 g/l (procesos inflamatorios agudos, destrucción celular, necrosis y quemaduras).

 β globulina: 5-10 g/l

- Transporte de lípidos
- Aumenta: mieloma múltiple, proceso que

cursan con hiperlipidemia (síndrome nefrótico, diabetes mellitus, mixedema y pancreatitis)

 γ globulina: 9-15 g/l

- Procesos inflamatorios crónicos.
- Aumento: proliferación maligna de células plasmáticas.

- Aumento: mieloma múltiple, cirrosis hepática, collagenosis.

- Disminución: S. nefrótico,

hipogammaglobulinemia, agammaglobulinemia.

Fibrinógeno: 2-4 g/l

	EXUDADO	TRASUDADO
Color	Turbio	Transparente
Células	PMN o linfocitos	No existen o son epiteliales
Proteínas	Más de 30 g/l	Menos d 30 g/l
Ribalta	(+)	(-)
Densidad	Más de 1016	Menos de 1016
Origen	Inflamatorio	Mecánico
Enfermedad	TB, neumonía	No bacterianos

Bilirrubina:

- Total: 8,5-17 mmol/l.

- Directa: 4 mmol/l.

- Indirecta: 4-13 mmol/l.

Índice B/P: CN: > 0,45

<p>PRUEBAS PARA EL SÍNDROME DE MALABSORCIÓN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determ de grasa: Sudán: color naranja. 2. Determ. de tripsina: Normalmente +. Se informa Sudán positivo y tripsina negativa cuando está el síndrome. <ul style="list-style-type: none"> - En orina: Test lipoidal D-xilosa. 3. Absorción de D-xilosa: <ul style="list-style-type: none"> - Normal: mayor de 24 mg %. - Dudoso: 20-24 mg %. - Patológico: menor de 20 mg %. 4. Estudio parasitológico: <ul style="list-style-type: none"> - Directo: con colorante lugol (se ven quistes). 5. Coprocultivo: isopodo rectal. 6. Sangre oculta en heces fecales. 7. Biopsia de yeyuno. <p>Estudio inmunológico</p> <p>PMN en heces fecales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No debe haber. - 20-50: gérmenes que producen diarreas con sangre (bacterias). - Más de 50: Shigella. <p>En diarreas con sangre no infecciosa: fisura, pólipos, invaginación (>20).</p>	<p>CATABOLITOS NITROGENADOS:</p> <p>ÁCIDO ÚRICO:</p> <p>Hombre: 202-416 mmol/l Mujer: 143-39 mmol/l Aumenta: leucemia, policitemia, M&M, GNT, IRA.</p> <p>Urea:</p> <p>CN: 1,70-8,33 mmol/l. Aumenta: GNT, hidronefrosis, TB renal, IRA, ICC, quemaduras, DM, shock, AVE.</p> <p>Creatinina:</p> <p>Sirve para medir la función renal porque más del 80% se elimina por el filtrado glomerular y el resto por secreción tubular. No es reabsorbida. Surge como consecuencia del catabolismo de las proteínas musculares a partir del fosfato de creatinina.</p> <p>2-26 semanas: hasta 48,6 mmol/l – 0,55 mg/dl. 6-24 meses: hasta 35,3 mmol/l – 0,4 mg/dl. 4-5 años: hasta 55,6 mmol/l – 0,64 mg/dl. 6-7 años: hasta 60,1 mmol/l – 0,68 mg/dl. 8-9 años: hasta 60,9 mmol/l – 0,69 mg/dl. 10-12 años: hasta 74,2 mmol/l – 0,84 mg/dl.</p>
--	---

<p>I. Conteo de Adis de 2 h (conteo minutado)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mejor de todos. b. Se evacua vejiga a las 6:00 a.m. y a las 8:00 a.m., se recoge toda la orina que hay en vejiga por micción espontánea. c. Leucos y hematíes: 2500/min (normal). 2500-5000/min (dudoso) más de 5000/min (patológico) d. Proteinuria: hasta 0,2 mg/min. <p>Toma de muestra para sedimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aseo genital normal. <p>Muestra recogida en un frasco limpio, no tiene que ser estéril.</p>
--

<p>PROTEINURIA EN 24 H:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuantifica pérdida de proteínas. ▪ Evacuar vejiga a las 6:00 a.m., a partir de ese momento se recoge toda la orina emitida hasta las 6:00 a.m. del próximo día (generalmente domingo). ▪ Pérdidas: normales: 0-4 mg/m² SC/h Patológica: 4-40 mg/m² SC/h Nefrótico: más de 40 mg/m² SC/h <p>1m² SC =27 kg.CULTIVO DE ORINA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toma de muestra: aseo genital con agua y jabón, después con agua yodada y un arrastre fecal amplio con agua estéril. Luego secar con algodón estéril. En niño pequeño se coloca colector de orina con el que se debe permanecer más de 45 min-1h, al cabo de los cuales sino se ha producido la micción o ha ocurrido otro incidente se debe proceder nuevamente. ▪ Niño mayor: muestra es poco estéril. Despues de obtenida la muestra no más de 1h a temperatura ambiente, sembrar de inmediato. <p>1. Minicultivo: Resultado en 24 h. No tiene antibiograma. Cuando crece estafilococo o proteus no específica a que tiempo se refiere. Se expresa: Negativa. 10 mil -50 mil: colorea x ml de orina 50 mil – 100mil: colorea x ml de orina más de 100 mil: colorea x ml de orina</p> <p>2. Urocultivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se demora su resultado días. ▪ Especifica el tipo de bacteria como estafilococo o proteus. ▪ Tiene antibiograma. ▪ Resultados: (-) Negativa <p>+ Positiva más de 100 mil Colonias x ml de orina</p> <p>FILTRADO GLOMERULAR: CN: 80-120 ml/min.</p>	<p>Sedimento urinario:</p> <p>II. Parcial de orina:</p> <ol style="list-style-type: none"> Examen físico: -Cantidad: 800-1200 ml en 24 h. 1-3 ml/kg/h Oliguria: menos de 300 ml. Poliuria: más de 1900 ml. - Color. - Reacción: ligeramente ácida. pH=7,30 - Aspecto: transparente o turbio - Espuma: Fugaz, blanca. <p>Persistente: sustancia albuminógena (S. nefrótico, (GMN) aguda y crónica). - Verdosa o caoba: pigmentos biliares. - Densidad: 101-1015. - Aumentado en presencia de albúmina o proteínas, glucosa (D.M.: S.nefrótico, GMN aguda y crónica).</p> <ol style="list-style-type: none"> Estudio química: Leuco y hematíes: hasta 5x l (normal). 5-10 l (dudoso). + 10 x l (patológico). <p>Proteinuria (no es parte del sedimento).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cilindros: 0 - Leucocituria y hematíes: daño a nivel renal. - Granulosos. <ol style="list-style-type: none"> Estudio microscópico: 1 Estudia elementos organizados (células epiteliales, hematíes y leucocitos). 2 Elementos no organizados (sales) 3 Cuerpos extraños. <p>III. Cituria: Leucos y hematíes: hasta 20x 10⁶ /l Cilindros: valor cualitativo. 0 x 10⁶ /l Proteínas: 0,15 g/l 0 1,5 mmol/L.</p> <ol style="list-style-type: none"> Glucosa en 24 horas: 0-1,38 mmol/L. Diuresis: 0,32- 1,33 ml/min. Potasio en 24 horas: 20-60 mmol/L. Ca: 0-6,3 mmol/L.
--	---

Líquido cefalorraquídeo (LCR)

	Normal	MGEs viral	MGES bacteriana
Aspecto	Claro Si > 200 células: turbio	Normal o ligeramente turbio	Turbio, pudiendo ser purulento
Celularidad	Hasta $10 \times 10^6 / \text{l}$ <u>RN</u> hasta 30 $\times 10^6 / \text{l}$	Ciertos < 1000 Predominio linfocitos	Miles hasta 20 mil. Predominio PMN.
Proteínas	0,15-0,45 $\times 10^6 \text{ g/l}$	Normal o aumentado (< 1g)	Generalmente 1g
Glucosa	1,3-2,2 mmol/l 40-50% de la glicemia	Normal o lig. aumentado. Aumentado: Parotiditis	Normal o disminuido (casi siempre)
Presión	85-200 mmH ₂ O <u>=</u> 30 g/min	Normal o aumentado	Normal o aumentado
Cloruro	120-130 mmol/l	--	--
Pandy	Prueba cualitativa	(-) o ligeramente aumentado. 1-2 cruces.	(+) generalmente 3-4 cruces

<ul style="list-style-type: none"> * ME enterovirus: en las primeras 8-12 horas es a predominio de PMN. * Pandy: prueba cualitativa de proteínas con carácter inmunológico (demuestra respuesta humorada). (+): Presencia de infección o PL traumática. * ME bacteriana con baja celularidad: mal pronóstico, pero hay mucho daño anatomo-patológico. <ul style="list-style-type: none"> * ME bacteriano a predominio de linfocitos: TB, brucellosis, leptospirosis, fiebre tifoidea, hongo, causa infiltrativa. <p>II. GRAM:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. <i>Haemophilus influenzae</i>: cocobacilo Gram (-). 3. <i>Neisseria meningitidis</i>: diplococos arriñonados Gram(-). 4. <i>Estreptococos pneumoniae</i>: diplococos lanceolados Gram (+). <p>III. Ácido láctico: aumentado en ME bacteriana.</p>	<p>IV. PCR: + en ME bacteriana.</p> <p>V. Reacciones Ag-Ac (<u>latex</u>, <u>contrainmunoforesis</u>)</p> <ul style="list-style-type: none"> * Especifican para que gérmenes. * Prueba cualitativa. * Normalmente es (-). <p>VI. Estudio bacteriológico:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Síndrome de Guillain-Barré (Inflamación de raíces nerviosas, ganglios y nervios periféricos: disociación albúmico citológica (proteínas aumentadas, poca celularidad)). b. ME por tuberculosis: <ul style="list-style-type: none"> • Líquido transparente. • Linfocitos aumentados. • Glucosa disminuida. • Cloruros muy disminuidos. <p>Hiperproteinorraquia: aumento de la permeabilidad o ruptura de la BHE (causas infecciosas o traumáticas).</p>

DOSIS PEDIATRICA DE LOS MEDICAMENTOS MÁS USADOS EN APS

AINES Y ANALGESICOS		
Duralgina	Tab. 300 mg; Amp. 600 mg/2cc; Supos. 300 mg	10-20 mg/kg/día c/6hrs. 40 mg/kg/día c/6 hrs.
Paracetamol	Tab. 500 mg; Jarabe 120 mg	10-20 mg/kg/día
Ibuprofeno	Tab. 200-400 -600 mg	5-10 mg/kg/día
ANTI-EMETICO		
Gravínol	Amp. 50 mg/1cc	5 mg/kg/día
MEtocloprámidas	Tab. 10 mg	0.5-1 mg/kg/dia
BRONCO -DILATADORES		
Aminofilina	Tab. 170 mg Ámp. 250 mg en 10 cc Susp. 40 g en 100 mg	5 mg/kg/dosis 4 mg/kg/dosis c/8 h
Salbutamol	Jarab. 2 mg en 5 cc (cuch) Tab. 2 mg Sol. 0.5 % (p/ nebulización) Aerosol 100 mcg/dosis	0.1-0.2 mg/Kg/dosis C/ 6 Hrs. Mitad del peso(kg)= N° gotas 0.15 mg/Kg/dosis C/ 6 Hrs. 1 inhalacion (100 mcg)
Efedrina	Susp. (cuch) 5 mg en 5 cc	1-2 mg/Kg/dia c/ 6 Hrs.
ANTI - HISTAMINICOS		
Meclizina	Tab. 25 mg	Lactante: 6.25 mg (1/4 Tbt) Única Prescolar: 12.5 mg (1/2 Tbt) Única Escolar: 25 mg (1 tbt) Única
Ciproheptadina	Tab. 4 mg	0.25 mg/Kg/día c/ 6 - 8 Hrs.
Benadriolina	Amp. 20 mg en 2 cc Tab. 25 mg Susp. 5 mg en 5 cc	5 mg/Kg/día
Ketotifeno	Tab. 1 mg Jar. 1 mg/5cc	0.065 mg/Kg/día 5 cc/dosis (1 cuch) c/12 h
Dexclorfeniramina	Tab. 2 mg	0.01 mg/kg/día
Clorfenamina	Tab. 25 mg	1 -2 mg/Kg/día c/ 12 Hrs
ESTEROIDES		
Prednisolona Fosfato	Bulb. 20mg/5ml y 60mg/5ml Tab. 20 mg	0,1 – 0,2 mg/kg/días alternos
Presnisona	Tab. 5 mg	0,1 – 0,2 mg/kg/días alternos
Hidrocortizona	Bulb. 100 mg y 500 mg	5-10 mg/kg/dosis Menos de 1 año 25 mg 1-5 años 50 mg 6-12 años 100 mg

ANTIPARASITARIOS		
Metronidazol	Tab. 250 mg	20-30 mg/kg/día c /8h x 7-10/ d (ameba) 15mg/kg C/8h x 7/d (giardia)
Tinidazol	Tab. 500 mg	50 mg/kg/d 5v/d (ameba)
Secnidazol	Tab. 500 mg	30 mg/kg/d dosis única (giardia)
Quinacrina	Tab. 100 mg	7 mg/kg/d c/8h x5/d
Dilozanida	Tab. 500 mg	20 mg/kg/d
Emetina	Bulb. 20 mg	1mg/kg/d
		< 3 años ½ tab/2v/d x 3/d > 3 años 1tab/2v/d x 3/d (áscaris, oxiuro, tricocéfalo, necátor)
Mebendazol	Tab. 100 mg	10mg/kg dosis única
Prazicoantel	500 mg	50 mg/kg/d c/6 h mayor de 3 meses
Ac. Nalidixico	Tab. 500 mg Susp. 250mg/5ml	> 2 años 400 mg/kg Ascariasis 400 mg x 3 d (Estrongiloides)
Albendazol	Tab. 200 mg	1mg/kg/día dosis única
P. de pirantel	Tab. 250 mg	50-75 mg/kg/2v/d (ascaris)
Pirerazina	Tab. 100 mg	3 mg/kg/DU
Levamisol	Tab. 150 mg	
ANTICONVULSIVOS		
Diazepam	10 mg/2cc	0.25-0.5 mg/kg/dosis IM 0,1-0,3 mg/kg/dosis EV
Fenitoína	250 mg/5cc	5 mg/kg/día dosis inicial
Convulsin	Tab. 50 mg	3 mg/kg/día 15 mg/kg/día
Fenobarbital	Tab.15 mg Tab. 100 mg	5-8 mg/kg x 7/días 15 mg/kg /días dosis sedante
ANTIANEMICOS		
Vitamina B12	15 mg 100 mg	25 100 mg (microgramos)
Ac. Folico	1 mg 5 mg 1 ml = 5 mg	1 tab 1mg (niño pequeño) 1 tab 5mg (niño grande)
Sulfato FE	300 mg = 60 mg FE elem	dosis 6-10 mg/kg/día (FE elem) Comienza con ¼ de dosis luego 1/2 si no hay reacción adversa dar dosis total
Gluconato FE	300 mg = 36 mg FE elem	
Fumarato FE	200 mg = 66 mg FE elem	
Fumarato Ferrone	150 mg/5 ml = 45 mg Fe elem	
Vitamina C	500 mg	R/N =10 gotas Lactante = 15 gotas Mayor = 20 gotas
Inferon	50 mg/2cc	(< 5 años) 13-Hb (g/100 ml del peso)x kg x 5 = dosis total del Tto (> 5 años) 13-HB (peso) x kg x 2.5 = dosis de Tto

CEFALOSPORINAS		
Amoxicilina	Susp.125 mg/5 cc Cap. 500 mg	20 - 50 mg/Kg/día c/ 6 Hrs.
Oxacillín	Cap. 250 mg	100 mg/Kg/día c/ 6 - 8 Hrs.
Ampicillín	Bulb. 500 mg en 4 cc Susp.125 mg/5 cc Cap.500 mg	50 mg/kg/d c/6 Hrs
Penicilina Cristalinica	Bulbo 1 000 000 U	500 000 - 1 000 000 U/Kg/día Única RN: 50 000 - 100 000U/Kg/día C/ 12 H IM Lact.< 2 meses: 250000U/dosis C/ 6 Hrs. IM
Penicilina Rapilenta	Bulbo 1 000 000 U	1 000 000 U / m2 C/ 4 Hrs x 10d
Penicilina Benzatínica	Bulbo 1 200 000 U	25 000 U/Kg Única < 60 Lbs : 1/2 Bb - >60 Lbs: 1 Bb
Kanamicina	Ampoll. 1000 mg/3ml, 200 mg/3ml 100 mg/ml 50 mg/ml	10 mg/kg/d C/ 12 Hrs. por 7 d
Gentamicina	Amp.10 mg/cc 80 mg/2cc	4 mg/Kg/d C/ 8 Hrs. (div.) por 7 a 10 d
Estreptomicina	Bulb. 1 g/ 5 cc	25 mg/Kg/día C/ 12 Hrs. (Div) de 7 a 14 días (según severidad)
Amikacina	Bulb. 500 mg / 2cc	15 mg/Kg/día C/ 12 Hrs. (Div)
Tobramicina	Bulb. 100	4 mg/Kg/día 7 a 10 días
Cefalexina	Tab.500 mg Susp.125 mg/5 cc	50 mg/kg/día C/ 6 Hrs.
Cefazolina	Bulbo 1g / 4 cc 500 mg/ 2cc	50 - 100 mg/Kg/d C/ 6 - 8 Hrs. (Div)
Rocefin	Bulbo1 g	75-100 mg/kg/d
Claforan	Susp.1 g en 4 ml	100 mg/kg/d
Eritromicina (Macrólido)	Grag. 250 mg Susp.125 mg cuch 5 ml Bulbo 1g	30 – 50 mg/kg/d x 7 – 10 d
Azitromicina	Tab. 250 Tab. 500	10 mg/kg/d ataque 5 mg/kg/d mantenimiento
Cloramfenicol	Bulbo 1 g Grag. 250 mg Susp. 125 mg/5ml (cuch)	Menores de 2 sem 25 mg Hasta 1 año 50 mg
Sulfaprin	Tab. 480 mg	40-80 mg/kg/dia c/6-8 h
Tetraciclina	Tab. 250 mg	25-50 mg/kg/dia
Cloramfenicol	Tab 250 mg Susp125mg/5ml	
OTROS		
Ciprofloxacina	Tab. 250 mg	15 mg/kg/d(rotavirus)

Hidratación en Pediatría

Plan A Deshidratación Isotónica leve o Contracción leve

Lactante 2-3 onzas (después de cada deposición) Niño de 1-10 años 3-6 onzas (a libre demanda)

Plan B Deshidratación Isotónica moderada o Contracción moderada

- 1) 50 ml/kg/4h VO Si no resuelve continuar con 2
- 2) 100 ml/kg/4h VO Si no resuelve continuar con 3
- 3) 25 ml/kg/2h EV ó 50 ml/kg/2h VO

Plan C Deshidratación Isotónica severa o Contracción severa

Menor de 1 año

- 1) 100 ml/kg/6h EV
- 2) 30 ml/kg/1h a razón de 17 gotas/kg/min en 1 hora Si no resuelve continuar con 3
- 3) 70 ml/kg/5h EV a razón de 9 gotas/kg/min en 5 horas

Niños 1-5 años

- 1) 30 ml/kg/30min razón de 17 gotas/kg/min en 1 hora Si no resuelve continuar con 2
- 2) 70 ml/kg/2h 30min a razón de 9 gotas/kg/min en 5 horas

Mayores de 5 años

- 1) 50 ml/kg/1h 17 gotas/kg/min
- 2) 25 ml/kg/1h 9 gotas/kg/min
- 3) 25 ml/kg/1h 9 gotas/kg/min

SOLUCIONES ENDOVENOSAS	CONVERSIONES
1-)Ringer Lactato- 500ml Cloruro de potasio- 4ml 2-)Dextro Ringer-500ml. Cloruro de potasio- 4ml 3-)Suero fisiológico-500ml Cloruro de potasio - 4ml 4-)Glucofisiológico -500ml Cloruro de potasio - 4ml 5-)Dextrosa 5% -250ml Suero Fisiológico -250ml Cloruro de potasio - 4ml.	1ONZA=30ML 1ML =20GOTAS =10 Décimas 1BIBERON=VASO = 240 ml . Soluciones orales De sales de rehidratación oral (SRO) 1 litro de agua hervida vierta las SRO

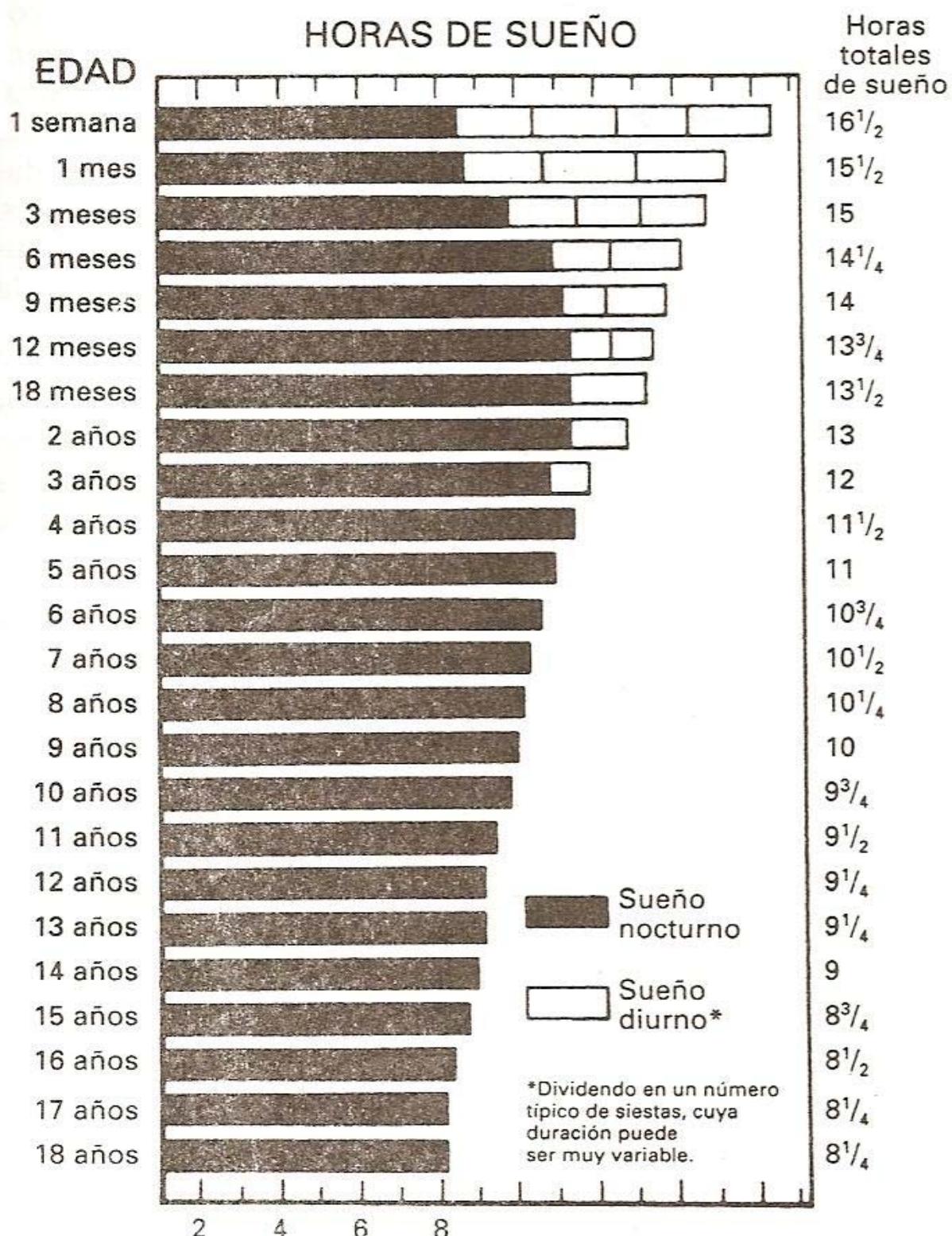


Figura 11-1. Necesidades de sueño habituales de la infancia. (Tomado de Ferber R: Solve Your Child's Sleep Problems. New York. Simon and Schuster, 1985).

CUARTA PARTE

ENFERMERÍA

DISPENSARIZACIÓN

Proceso organizado, continuo y dinámico de la evaluación e intervención planificada e integral con un enfoque clínico-epidemiológico y social del estado de salud de los individuos y familias. Es un proceso coordinado y liderado por el EBS.

Grupos dispensariales:

I: Aparentemente sano.

II: Con riesgo.

II/1: RN.

II/2: Lactante.

II/3: Riesgo preconcepcional.

II/4 Puérpera.

II/7: Hábito de fumar.

II/8: Riesgo de Hansen (1/1000).

III: Enfermo (siempre se siguen c/3 meses, excepto las ETS).

III/17: Cardiopatía isquémica.

III/18: HTA.

III/22: DM.

III/23 Asma bronquial.

IV: Con secuelas

CONSULTA DEL ADULTO SANO

1. Recibimiento.
2. Presentación.
3. Tener sobre la mesa la HC individual, tarjeta de vacunación y de citología si es la mujer.
4. Desarrollar la entrevista médica.
5. Anotar en la hoja de cargo.
6. Chequear el registro dispensarial.
7. Ex. físico.
8. Despedida

METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DEL TERRENO

1. Comportamiento al llegar al hogar (presentación, saludos, objetivos de la visita).
2. Chequeo de la dispensarización. (Chequeo de la HC familiar).
3. Chequeo del cumplimiento y seguimiento de las prescripciones de salud. (Actualización de los datos).
4. Cumplimiento del desarrollo de la autoobservación (enfermería, tto farmacológico y no farmacológico, exámen de mamas). (Comenzar por el de mayor riesgo).
5. Desarrollo del estilo de vida que minimiza el stress.
6. Círculos: abuelos, adolescentes, etc.
7. Hábito de fumar.
8. Hábitos nutricionales adecuados.
9. Higiene individual, colectiva, etc. Indicadores de hacinamiento. (Brindar educación sanitaria).
10. Prevención de accidentes (revisando el hogar).
11. Otros (signos de alarma de cáncer, etc).
Animales domésticos. Vectores.
12. Poner fecha de solución a los problemas detectados.
13. Escribir en la HC ambulatoria.
14. Planificación del próximo terreno.
15. Despedida.

FRECUENCIA MÍNIMA DE EVALUACIÓN

Niños y adolescentes.

Grupos dispensariales:

I. Sano:

Menor de 3 meses

Número de evaluaciones:

1 semanal a her C/T

3 - 6 meses

3 mensuales 2C-1T

7-12 meses

2 mensuales 1C-1T

1 - 4 años

1 trimestral

5 - 11 años

1C - 1T

Adolescentes

1C – 1T

II. Con riesgo:

- Recién nacido

4 controles: 3 MF y 1 especialista

- Menor de 3 meses

1 semanal-seguimiento periódico

- 3 - 6 meses

3 mensuales-seguimiento periódico

- 7-12 meses

2 mensuales-seguimiento periódico

- 1- 4 años

1 trimestral-seguimiento periódico

- 5 -11 años

1C - 1T

- adolescente

1C – 1T

III. Enfermo:

- Recién nacido

semanal - seguimiento periódico diario

- Menor de 3 meses

semanal - seguimiento periódico

- 3 - 6 meses

3 mensuales – seguimiento periódico

- 7 - 12 meses

2 mensuales – seguimiento periódico

- 1 - 4 años

1 trimestral – seguimiento periódico

- 5 – 11 años

1 C/3 meses y 1 T anual

- Adolescentes

1 C/3 meses y 1T anual

IV. Deficientes y discapacitados:

- Recién nacido

1 semanal – seguimiento diario

- Menor de 3 meses

1 semanal – seguimiento diario

- 3 – 6 meses

3 mensuales – seguimiento periódico

- 7 – 12 meses

2 mensuales – seguimiento periódico

- 1 – 4 años

1 trimestral – seguimiento periódico

- 5 – 11 años

1 C y 2 T

- Adolescentes

1 C y 2 T

- RCP

2 C y 1 T

- Puérpera

1 C al alta, terreno diario por 1 semana,
terreno c/15 días hasta los 45 días,
1 C a los 45 días.

Adulto

Grupo dispensarial:

I. Sano:

Número de evaluaciones anuales:

2

II. Con riesgo:

3

- Priorizados

2

- Otros riesgos

3

III. Enfermos:

2

- Priorizados

3

- Otros enfermos

2

IV. Deficientes

2

- Discapacitados

3

CRITERIOS DE LA CLASIFICACIÓN ESTRUCTURAL

1 por el número de miembros que da lugar al tamaño de la familia

- a) Familia grande: más de 6 miembros
- b) Familia mediana: 4-6 miembros
- c) Familia pequeña: 1-3 miembros

2 Por la ontogénesis de la familia

- a) Familia nuclear: presencia de hasta dos generaciones (padre e hijos), matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos
- b) familia extensa o extendida: presencia de dos generaciones o más, Incluye casados o en unión consensual con descendencia o sin ella
- c) familia mixta o ampliada: cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras; puede incluir otros parientes

3 Por la cantidad de generaciones

- a) Bigeneracional (dos generaciones)
- b) Trigeneracional (tres generaciones)
- c) Cuatrigeneracional (cuatro generaciones)

COMO HACER UN FAMILIOGRAMA (BÁSICO)

Hombre: Cuadrado Izquierda Mujer: Círculo Derecha (m) matrimonio: año (c) concubinato: año (d) divorcio: año	Hijos: por debajo línea horizontal por orden de nacimiento de izquierda a derecha Gemelos: las líneas convergen en el punto de unión Adoptivo: línea de puntos a la horizontal de los padres	Aborto espontáneo ○ Aborto provocado X Neonato Muerto □
Miembro Ausente: Líneas discontinuas Miembro fallecido: una X al centro	Familia Nuclear	
Familia Extensa		
	Familia ampliada	

Lavado social de las manos

Es la limpieza mecánica de las manos con agua y jabón convencional, que elimina todo tipo de suciedad visible. El enjuague debe ser abundante y terminará en el secado. Se empleará siempre que se perciban las manos sucias, al realizar actividades personales o sociales que lo requieran, antes y después del contacto con el paciente en procederes no invasivos y sin riesgos.

Objetivos

- Arrastrar suciedades.

Precauciones

1. Evitar acumular suciedades y microorganismos.
2. Retirar prendas.
3. Mantener uñas cortas.
4. Evitar contaminación de las manos.
5. Enjabonar la llave para limpiarla y dejarla enjabonada durante los siguientes pasos.
6. Lavar las manos antes y después de cada procedimiento.
7. Enjuagar la llave al finalizar el lavado de las manos.
8. Utilizar en el secado de las manos una servilleta, paño o papel para cada una.
9. Evitar el desperdicio de agua.
10. Cerrar la llave durante el procedimiento.
11. Evitar mojar el piso, las ropas y tocar el lavamanos.

Equipo

1. Agua corriente o en recipiente.
2. Jabón convencional.
3. Servilleta, paño o papel.
4. Recipiente de desecho.

Procedimiento

1. Prepare el equipo.
2. Retire las prendas.
3. Abra la llave del agua y tome el jabón.
4. Remoje las manos hasta la muñeca.
5. Mantenga el jabón en las manos y haga una abundante espuma.
6. Cierre las 2 manos y añada agua gradualmente.
7. Sostenga el jabón con la punta de los dedos debajo del chorro de agua para enjuagarlo, colóquelo en la jabonera.
8. Cierre la llave con una de sus manos.
9. Enjabone la llave para limpiarla y dejarla enjabonada durante los siguientes pasos.
10. Frote rigurosamente las manos con movimientos rotativos.
11. Mantenga juntas las manos y haga que la espuma se extienda hasta la muñeca.
12. Abra la llave.
13. Enjuague las manos con abundante agua y manténgalas en plano horizontal.
14. Enjuague la llave con las manos juntas en forma de recipiente o copa.
15. Cierre la llave.
16. Seque las manos utilizando una servilleta, papel o paño para cada una.
17. Retire y ordene el material utilizado.

Lavado higiénico o médico de las manos

Es la limpieza mecánica de las manos con agua y jabón convencional, las que se frotan en forma energética y enjuague abundante durante un minuto y después del secado se utiliza solución antiséptica; este tipo de lavado de manos se utilizará antes de las maniobras semicríticas.

Objetivos

1. Arrastrar suciedades.
2. Evitar infecciones cruzadas.
3. Proteger al personal de salud.

Precauções

1. Evitar acumular suciedades y microorganismos.
2. Mantener uñas cortas.
3. Retirar prendas.
4. Evitar la contaminación de las manos.
5. Enjabone la llave para limpiarla y dejarla enjabonada durante los siguientes pasos.
6. Lavar las manos antes y después de cada procedimiento.
7. Enjuagar la llave al finalizar el lavado de las manos.
8. Utilizar un paño, papel o servilleta estéril para el secado (uno para cada mano).
9. Evitar el desperdicio de agua.
10. Cerrar la llave durante el procedimiento.
11. Evitar mojar el piso, las ropas y tocar el lavamanos.

Equipo

1. Agua corriente o recipiente con agua suficiente.
2. Jabón convencional o bacteriostático.
3. Paños, servilleta o papeles estériles.
4. Solución antiséptica.
5. Recipiente para desecho.

Procedimiento

1. Realice el lavado social de las manos hasta enjuagar la llave con las manos juntas en forma de copa.
2. Moje las manos y antebrazos (5 cm por encima de la muñeca) enjabónelas con jabón convencional o bacteriostático y haga una abundante espuma.
3. Frote las manos de la siguiente forma:
 - a) Palma con palma.
 - b) Palma derecha sobre el dorso de la mano izquierda o viceversa.
 - c) Palma con palma intercalando los dedos.
 - d) Dorso de los dedos flexionados para cada mano.
 - e) Pulgar derecho con la mano izquierda o viceversa.
 - f) Frotación de la yema de los dedos sobre las palmas.
- g) Siga frotando en forma circular la superficie de los antebrazos 5 cm encima de la muñeca.
4. Realice un enjuague profundo, y deje que el agua corra hacia los dedos.
5. Cierre la llave.
6. Seque las manos y antebrazos con paños, servilletas o papeles estériles (uno para cada mano) apriete suavemente la piel sin estregar, comience por las manos y finalice en el codo. “Nunca regrese a las manos”.
7. Utilice solución antiséptica, según las normas establecidas en los servicios.
Generalmente debe mantener durante 2 minutos la piel en contacto con el antiséptico antes de las maniobras semicríticas.
8. Retire y ordene el material utilizado.

Lavado quirúrgico de las manos

Es la limpieza mecánica de las manos con agua, jabón y cepillo, utilícese además solución antiséptica después del secado. Se procederá antes de cualquier maniobra crítica.

Objetivos

1. Contribuir a la salud e higiene mediante la eliminación de suciedades, grasas, flora bacteriana residente y pasajera.
2. Evitar infecciones cruzadas.

Precauciones

1. Evitar acumular suciedades y microorganismos.
2. Mantener las uñas cortas, revisar si tiene cortaduras o erupciones de la piel.
3. Mantener las manos libres de prendas.
4. Evitar la contaminación de las manos.
5. Utilizar paño, papel o servilleta estéril para el secado (uno para cada mano).
6. Mantener las manos hacia arriba una vez concluido el lavado.

Equipo

1. Agua corriente.
2. Jabón convencional o antiséptico.
3. Dos cepillos estériles.
4. Frasco con solución antiséptica.
5. Paños, servilletas o papeles estériles.
6. Recipiente para desecho.

Procedimiento

Cuando se utilice jabón convencional.

1. Realice el lavado social de las manos hasta enjuagar la llave con las manos juntas en forma de recipiente o copa.
2. Moje las manos y antebrazos hasta 2 pulgadas arriba del codo, enjabónelos, lávelos con jabón convencional en forma circular y haga una abundante espuma.
3. Frote las manos de la siguiente forma:
 - a) Palma con palma.
 - b) Palma derecha sobre el dorso de la mano izquierda y viceversa.
 - c) Palma con palma intercalando los dedos.
 - d) Dorso de los dedos flexionado para cada mano.
 - e) Pulgar derecho con la mano izquierda y viceversa.
 - f) Frotación de la yema de los dedos sobre las palmas.
 - g) Siga frotando en forma circular toda la superficie de los antebrazos desde la muñeca hasta el codo.
 - h) Tomar un cepillo estéril para cada mano, aplíquele jabón y cepille bien las uñas, lechos ungueales y yema de los dedos.
4. Enjuague bien sin dejar ningún residuo de jabón, mantenga siempre las manos levantadas para que el agua escurra hacia el codo. Repita todos los pasos de nuevo hasta un total de 4 minutos.
5. Cierre la llave si es de pedal y si no, utilizará a otra persona.
6. Seque las manos y antebrazos, con paños, servilletas o papeles estériles (uno para cada mano), apriete suavemente sobre la piel y sin estregar, al comenzar por las manos y finalizar por el codo, nunca regresará a las manos.

7. Vierta en las manos 10 mL de solución antiséptica (normada para este fin) sobre las manos, frote las yemas de los dedos, espacios interdigitales y manos, y deje escurrir el antiséptico hasta el codo. El tiempo que debe estar el antiséptico en las manos debe ser fijado según la solución utilizada.

8. Retire y ordene el material utilizado.

Cuando se utilice jabón antiséptico (solución) realice todo lo indicado en el lavado de manos anterior, pero donde se use jabón convencional utilice jabón antiséptico y es necesario después del secado de las manos la aplicación de la solución en lugar del antiséptico. Se utilizará una solución 1 en 40 del propio jabón antiséptico diluido en alcohol al 76 %.

El proceso del lavado de las manos por cualquiera de las 2 variantes tiene un tiempo de duración de 4 minutos.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN ORAL

Es la forma de administrar medicamentos por la boca a través del tubo digestivo, y en forma sublingual o vestibular mediante la mucosa oral.

Consideraciones generales

Como la administración por vía oral suele ser la más segura, cómoda y barata, la mayor parte de los medicamentos suelen administrarse de esta forma. Los fármacos para uso bucal se presentan en muchas formas: tabletas, tabletas con revestimiento entérico, cápsulas, jarabes, elíxires, aceites, líquidos, suspensiones, gotas, papelillos en polvo y gránulos. Algunos requieren preparación especial antes de ser administrados, por ejemplo, con jugos, para hacerlos más agradables al paladar. Esto suele ser más común en el caso de aceites y gránulos.

Los medicamentos bucales se absorben principalmente por el intestino delgado y son desdoblados inmediatamente por el hígado, antes de alcanzar la circulación general, aunque puede absorberse también en la mucosa bucal y en el estómago. Los medicamentos administrados en forma sublingual se absorben por los capilares que están debajo de la lengua; y en la forma vestibular a través de la mucosa oral.

La administración por la vía oral puede estar contraindicada en caso de náuseas, vómitos e incapacidad para deglutir.

Clasificación de la vía oral

1. Por deglución: los medicamentos actúan de forma más lenta.
2. Sublingual y vestibular: debido a la vascularización de la mucosa bucal, la absorción del medicamento es más rápida.

La administración de medicamentos a través de la mucosa vestibular y sublingual, evita que aquéllos sean destruidos o transformados en el estómago o en el intestino delgado. Estos fármacos actúan muy rápidamente, debido a que en dicho sitio el epitelio es muy delgado y tiene abundantes vasos sanguíneos, lo que permite absorberlos directamente hacia el torrente sanguíneo.

Hay que observar muy de cerca al paciente para comprobar que no deglute el fármaco o que sufre irritación local de la mucosa.

Indicaciones de la vía oral

1. Efectos locales a nivel de la mucosa del tracto digestivo.
2. Efectos generales a través de la absorción del medicamento por el tracto digestivo y que luego pasan al torrente circulatorio, cuando no se desea obtener un efecto más rápido.

Contraindicaciones

Intolerancia del paciente a los medicamentos administrados por esta vía. Pacientes inconscientes o que tengan suspendida la vía oral. Pacientes con quemaduras o intervención quirúrgica de la boca.

Administración de medicamentos por la vía oral

Objetivos

1. Obtener efectos generales y locales.
2. Administrar medicamentos que se prefiera no suministrar por otra vía.

Precauciones

1. Utilice el equipo limpio.
2. Debe asegurarse de contar con una orden médica escrita, para cada medicamento que se

vaya a administrar.

3. Cerciorarse de que el paciente está en condiciones de tomar el medicamento y mantenerse al lado del mismo hasta que lo ingiera (pues a veces el paciente se encuentra confuso o desorientado y es necesario revisar la boca para verificar la ingestión del medicamento).
4. Si se trata de fármacos líquidos, sostenga el frasco del medicamento al nivel de los ojos y compruebe las medidas indicadas. Administrar cada prescripción líquida en vasitos por separados para evitar incompatibilidad.
5. Nunca debe administrar un medicamento vertido por otra persona.
6. No se den medicamentos contenidos en recipientes mal rotulados o sin etiquetas.
7. No regrese al frasco el medicamento vertido en exceso.
8. Al retirar la tapa del frasco, colóquela sobre la bandeja de modo que sólo se apoye la parte superior para evitar la contaminación (la tapa invertida con los bordes hacia arriba). Evite tocar la boca del frasco.
9. Nunca destape más de un frasco a la vez, tápelo a medida que se vaya usando, previa limpieza del mismo para evitar acúmulo de medicamentos en la superficie externa del frasco.
10. Administre los fármacos con abundante líquido para facilitar la dilución y absorción, si se desean efectos generales; si se desean efectos locales, no administre líquidos, después de que el paciente haya ingerido medicamentos.
11. Cuando se administren medicamentos por gotas, cerciórese de que la punta del gotero no esté rota, y sitúe el vaso al nivel de los ojos en el momento de verterlo para que resulte más preciso el conteo de las gotas. Administre con un absorbente los medicamentos que manchan o corroen la dentadura (ácidos diluidos y/o preparados de hierro).
12. Las suspensiones tienen la propiedad de que el soluto tiende a precipitarse, por lo que debe agitarse a la hora de administrarse para que el paciente reciba la dosis indicada.
13. Vierta los medicamentos líquidos por el lado opuesto a la etiqueta para evitar que ésta se manche.
14. Si la presentación del medicamento es en tableta y el paciente no se encuentra en condiciones de deglutiirla, se triturará la tableta en el mortero.
15. Los medicamentos no deben tocarse con los dedos, se considera una práctica más limpia dejar caer la tableta con la tapa del envase o en un vasito antes de pasarlo al que usa el paciente.
16. Tampoco debe de perder de vista el carro o bandeja de medicamento, ello impide que alguien altere el orden de los fármacos o sustraiga alguno sin que la persona responsable lo advierta.
17. Debe abstenerse de rotular o remarcar lo escrito en las etiquetas ya que ésa es función del farmacéutico.
18. Los medicamentos no usados no deben nunca regresarse a los recipientes en existencia; en vez de ello se descartan y se envían a la farmacia.
19. Si el paciente tiene dudas respecto a los medicamentos o la dosis que se le administra, verifíquese de nuevo en la historia clínica la indicación médica. Si todo está correcto, hay que tranquilizarlo. Se le debe mantener informado de todo cambio de medicamento o dosificación. Debe ponérsele al tanto acerca de posibles efectos colaterales (cualquier efecto del fármaco que no es buscado, ciertos tipos de efectos que son pasajeros y desaparecen a medida que el paciente desarrolla tolerancia al fármaco).
20. Así mismo, hay que pedirle al paciente que avise cualquier cambio que, en su opinión, se produzca en los efectos causados.
21. Cuando la administración es por la región sublingual explíquele al paciente que mantenga el medicamento debajo de la lengua, para que absorba el medicamento con mayor rapidez y eficacia. No debe masticarse la tableta ni tocarla con la lengua para no tragársela accidentalmente.

22. En la utilización de la región sublingual y vestibular se administra el fármaco sin dar líquido al mismo tiempo y se indica al paciente que mantenga el fármaco en el sitio hasta que se disuelva completamente para asegurar su absorción.
23. Cuando se utiliza la región sublingual y el fármaco produce irritación, sensación de hormigueo y resulta molesto, dicho fármaco puede colocarse en la región vestibular.
24. Alterne los lados de la cavidad vestibular para dosis sucesivas a fin de evitar la irritación continua en el mismo sitio. Pueden tardar hasta 1 hora para ser absorbidas las tabletas por la región vestibular, y al paciente se le orienta enjuagarse la boca entre dosis.
25. Advertir que no debe fumar antes de que el medicamento se haya disuelto, pues el efecto vasoconstrictor de la nicotina hace lenta la absorción.

Equipo

1. Carro, bandeja, riñonera o similar.
2. Medicamentos indicados.
3. Vasito de medicamentos.
4. Vaso (para el paciente).
5. Gotero.
6. Torundas.
7. Tubos absorbentes.
8. Cucharas de 5, 10, 15 mL.
9. Mortero.
10. Recipiente con tapa para líquidos (agua, jugos).
11. Recipiente para desechos.
12. Toallas, servilletas o similar. En dependencia de la indicación médica y el estado del paciente se utilizará el equipo necesario.

Procedimiento cuando el paciente no puede hacerlo por sí solo

1. Coloque al paciente sentado o semisentado.
2. Cúbralo con la toalla, servilleta o similar (si es necesario para evitar que se manche la ropa).
3. Ofrezca el medicamento y el líquido si se encuentra indicado.
4. Verifique que el paciente ingiera el medicamento.
5. Seque la boca del paciente.
6. Para administrar medicamentos en la región sublingual, acomódele la tableta a la persona debajo de la lengua.
7. Para administrar medicamentos por la región vestibular. Coloque la tableta en el fondo del saco vestibular superior o inferior entre carrillo y encía.

INYECCIÓN INTRADÉRMICA

Consiste en la introducción de pequeñas cantidades de soluciones medicamentosas en la capa dérmica de la piel.

Consideraciones generales

La inyección intradérmica permite la absorción lenta de las soluciones a través de los vasos capilares, debido a que la dermis está menos vascularizada que el tejido celular subcutáneo y el tejido muscular.

Objetivos

1. Permitir la absorción lenta de soluciones a través de los vasos capilares.
2. Administrar vacunas y pruebas cutáneas de sensibilidad con fines preventivos y diagnósticos.

Precauciones

1. No inyecte en zonas con exceso de pelo, acné, dermatitis o tejido subcutáneo insuficiente.
2. No utilizar antisépticos colorantes pues enmascarán posibles reacciones cutáneas.
3. En la prueba de Mantoux o tuberculina, realizar solamente desinfección mecánica.
4. No dar masajes, pues aceleran la absorción.
5. Cuide de que el bisel de la aguja quede hacia arriba, haciendo una pápula en la piel, cuya presencia indica que se administró correctamente.
6. No aspirar por existir poca vascularización.

Regiones

1. Cara anterior del antebrazo.
2. Cara superior externa del brazo izquierdo (BCG).
3. Región subescapular.

Equipo

1. Carro de curaciones, bandeja u otro similar, limpio y desinfectado.
2. Medicamento indicado.
3. Jeringuilla de 1 mL (insulina, tuberculina).
4. Aguja Nº 25, 26 y 27 de 1 cm de largo y estéril.
5. Aguja Nº 20 ó 21 para extraer el medicamento (en caso de bulbo).
6. Torundas estériles.
7. Segueta metálica o aditamento estéril (aprobado por la dirección de la institución).
8. Frasco con alcohol.
9. Cubeta o recipiente adecuado con tapa estéril o desinfectada (con protección estéril de la jeringuilla).
10. Recipiente destinado para desechos.

Procedimiento

1. Prepare la jeringuilla, adapte la aguja con su envoltura y colóquela en la cubierta con tapa (ambas estériles). Si se encuentran desinfectadas solamente, utilice la cubierta interna de la jeringuilla (protección estéril).
2. Coloque la jeringuilla en la cubierta estéril con tapa y manténgala cerrada herméticamente.
3. Verifique el medicamento indicado.
4. Realice limpieza y desinfección del ámpula (extremo distal, enfatizando en el cuello). Realice limpieza y desinfección de bulbos y frascos de venoclisis desde el extremo distal y en especial en la tapa metálica.
5. Coloque una torunda en la cara posterior del cuello del ámpula y límela.
6. Seccione el ámpula con aditamento aseptizado, aprobado por la institución y cubra el

ámpula con una torunda estéril.

7. Levante la tapa metálica (bulbos y frascos de venoclisis), con segueta o aditamento aseptizado (aprobado por la institución) y cubra con una torunda la tapa metálica.

8. Extraiga el medicamento y expela el aire. Si se extrae del ámpula se mantiene la aguja dentro de la misma y se expela el aire. Si se extrae el medicamento del bulbo, al cubrir la aguja se expela el aire en la cubierta de la aguja. Nunca se expela el aire en el ambiente.

9. Coloque la jeringuilla de nuevo en la cubierta con tapa.

10. Ayude al paciente para que adopte la posición adecuada, de acuerdo con la región seleccionada.

11. Aíslle y seleccione el sitio de inyección, acomode el miembro superior en un plano resistente en el caso que sea seleccionado el antebrazo.

12. Humedezca la torunda con alcohol y desinfecte la región con movimientos circulares desde el centro hacia la periferia y séquela.

13. Estire la piel hacia abajo con el dedo pulgar de la mano no dominante y tome la jeringuilla con la mano dominante e introduzca la aguja con el bisel hacia arriba en un ángulo de 15 a 30 grados. Una vez introducida la aguja, se coloca la jeringuilla a ras de la piel e inyecte el medicamento de forma que haga una pápula.

14. Retire la aguja, seque gentilmente el exceso de líquido, evite hacer presión sobre la pápula, coloque una torunda sobre el sitio de inyección.

15. Acomode el paciente y observe la reacción cutánea, oriente la educación sanitaria específica.

INYECCIÓN SUBCUTÁNEA O HIPODÉRMICA

Es la forma de introducir pequeñas cantidades de medicamentos en el tejido celular subcutáneo mediante una jeringuilla y una aguja.

Consideraciones generales

La inyección de un medicamento en el tejido adiposo (capa de grasa) que hay debajo de la piel lo hace llegar al torrente sanguíneo más rápidamente que por vía bucal. También permite una administración más lenta y sostenida que la inyección intramuscular, y causa traumatismo hístico mínimo con poco riesgo de dañar grandes vasos sanguíneos y nervios.

Objetivos

1. Obtener una absorción lenta de ciertos medicamentos mediante el tejido celular subcutáneo.
2. Administrar medicamentos que requieran esta vía.

Precauciones

1. Realizar el pliegue cutáneo de la piel (2,5 cm) al tomar firmemente una porción que rodea el sitio seleccionado.
2. Introducir la aguja en un ángulo de 45 a 60 grados.
3. Aspirar antes de inyectar, pues el tejido subcutáneo está vascularizado.
4. Cuando este tipo de inyección se administra regularmente, es conveniente ir alternando la zona.

Regiones

1. Cara exterior de los brazos.
2. Subescapular.
3. Glúteos.
4. Flancos.
5. Zona periumbilical.
6. Cara anterior y lateral del muslo.

Equipo

1. Carro de cura, bandeja o similar, limpio y desinfectado.
2. Medicamento indicado.
3. Jeringuillas de 1 mL de tuberculina, de insulina o de 2 mL.
4. Aguja estéril Nº 26 y Nº 27.
5. Aguja estéril Nº 20 y Nº 21 para extraer el medicamento en caso de bulbo.
6. Torundas estériles.
7. Sierra metálica, segueta o aditamento debidamente aseptizado.
8. Frasco con alcohol o alguna solución antiséptica.
9. Cubierta con tapa (ambas estériles) o desinfectada con protección estéril la jeringuilla.
10. Recipiente para desechos.

Procedimiento

1. Prepare la jeringuilla y adapte la aguja con su envoltura y colóquela en la cubeta con tapa (ambas estériles). Si se encuentran desinfectadas solamente, utilice la cubierta interna de la jeringuilla (protección estéril).
2. Coloque la jeringuilla en la cubeta estéril con tapa y manténgala cerrada herméticamente.
3. Verifique el medicamento indicado.

4. Realice limpieza y desinfección del ámpula (extremo distal enfatizando en el cuello).
Realice limpieza y desinfección de bulbos y frascos de venoclisis desde el extremo distal y en especial en la tapa metálica.
5. Coloque una torunda en la cara posterior del cuello del ámpula y límela.
6. Seccione el ámpula con aditamento aseptizado, aprobado por la institución y cubra el ámpula con una torunda estéril.
7. Levante la tapa metálica (bulbos y frascos de venoclisis), con segueta o aditamento aseptizado (aprobado por la institución) y cubra con una torunda la tapa metálica.
8. Extraiga el medicamento y expela el aire. Si se extrae del ámpula se mantiene la aguja dentro de la misma y se expela el aire. Si se extrae el medicamento del bulbo, al cubrir la aguja se expela el aire en la cubierta de la aguja. Nunca se expela el aire en el ambiente.
9. Coloque de nuevo la jeringuilla en la cubierta con tapa.
10. Ayude al paciente para que adopte la posición adecuada, de acuerdo con la región seleccionada.
11. Aíslle y seleccione el sitio de inyección.
12. Humedezca la torunda con alcohol y desinfecte la región con movimientos circulares desde el centro hacia la periferia y séquela.
13. Tome la jeringuilla con una mano y con la otra realice el pliegue de la piel entre los dedos índice y pulgar para aumentar el grosor del tejido adiposo.
14. Introduzca la aguja rápidamente en un ángulo de 45 a 60 grados en relación con la superficie plegada. Suelte los dedos que sujetan el tejido.
15. Aspire antes de inyectar. En caso de no fluir sangre, comience a inyectar lentamente.
16. Presione lentamente el émbolo para introducir el medicamento. En caso de que fluya sangre, retire la aguja e inicie el procedimiento.
17. Coloque la torunda estéril sobre el lugar y presione ligeramente la zona donde se insertó la aguja.

INYECCIÓN INTRAMUSCULAR

Es la que permite la introducción de medicamentos entre las fibras musculares profundas que están provistas de abundante irrigación sanguínea.

Consideraciones generales

Las inyecciones intramusculares (i.m.) depositan el medicamento en la profundidad del tejido muscular, donde una gran red de vasos sanguíneos puede absorberlos con facilidad y rapidez. Esta vía de administración se prefiere cuando se busca acción general rápida y se necesita dar dosis relativamente grandes (hasta 5 mL en sitios apropiados). La inyección intramuscular (i.m.) se recomienda para personas que no pueden ingerir medicamentos, y para introducir fármacos que se alteran por la acción de los jugos digestivos. Además, dado que el tejido muscular posee pocos nervios sensitivos, la i.m. permite administrar soluciones irritantes y produce menos dolor.

Objetivos

1. Obtener una acción general rápida y segura.
2. Administrar medicamentos considerados irritantes o que no puedan ser administrados por otra vía.
3. Utilizar el tejido muscular como medio óptimo para la absorción de ciertos medicamentos.

Precauciones

1. Escoger con mucho cuidado el sitio para una inyección i.m. al tomar en cuenta el estado físico general de la persona y el objetivo del tratamiento.
2. No se deben aplicar inyecciones de este tipo en lugares inflamados, edematosos o irritados, o en zonas con lunares, marcas de nacimiento, tejido cicatrizal u otras lesiones.
3. Pueden estar contraindicadas en personas con mecanismos de coagulación alterados y en quienes padecen vasculopatías periféricas oclusivas, edemas y estados que entorpecen la absorción periférica.
4. Las inyecciones intramusculares exigen técnicas de esterilidad para proteger la integridad del tejido muscular.
5. Aspirar antes de introducir el medicamento.
6. Introducir la aguja en un ángulo de 90 grados en relación con la piel.
7. Alternar el sitio de inyección cuando ésta es de indicación frecuente.

Regiones

1. Deltoidea: 2 ó 3 traveses de dedo del acromión para evitar lesión del nervio radial. En casi todas las personas es un músculo más pequeño que el glúteo, y en consecuencia no puede recibir un gran volumen de medicamento sin dolor.
2. Dorsogluteal: ángulo interno del cuadrante superior externo de cualquiera de los 2 glúteos. Se usa al máximo el músculo glúteo. El sitio puede localizarse dividiendo la nalga en cuadrantes. La cresta ilíaca y el pliegue inferior del glúteo, sirven como referencia para describir la nalga. La inyección es puesta en el cuadrante superior externo de 5 a 7,5 cm bajo la cresta ilíaca. Usando esta zona se evitan los grandes vasos sanguíneos y el nervio ciático. Otro método de localizar un lugar seguro es dibujar una línea imaginaria de la espina ilíaca superoposterior al gran trocánter del fémur. Esta línea corre lateral paralela al nervio ciático y consecuentemente una inyección lateral y superior a ella es una zona segura. Para la inyección i.m. en el glúteo el paciente se colocará en decúbito prono con los dedos gruesos de los pies en rotación hacia adentro y en flexión plantar. En esta posición los glúteos

se relajan y hay una buena visión del campo que se va a inyectar.

3. Ventogluteal: cara lateral del muslo a 2 dedos de la cresta ilíaca. La inyección se pone en los músculos glúteos mínimo y glúteo medio. Para localizar la zona ventoglutear, se acostará al paciente de espalda o de lado y se colocará su mano sobre su cadera y con su dedo índice sobre la espina ilíaca anterosuperior, estirando dorsalmente el dedo medio y la cresta ilíaca.

El sitio ventroglúteo se usa cada vez más, porque en esa zona no hay grandes nervios ni vasos sanguíneos, también usualmente, hay menos tejido adiposo que en las nalgas.

Si los músculos glúteos del paciente están tensos, puede flexionar sus rodillas para relajarlos y administrar la inyección.

El músculo Vatis lateralis en la cara lateral del muslo, también se está usando más frecuentemente para inyecciones intramusculares, la zona está libre de vasos sanguíneos mayores y de troncos nerviosos que proporcionan un área muy buena, en la que pueden ponerse numerosas inyecciones.

El músculo se extiende a todo lo largo del muslo del medio anterior al medio lateral y tiene aproximadamente 10 cm arriba de la rodilla y 10 cm debajo de la articulación de la cadera.

4. Cara lateral externa o vasto externo de los muslos: para evitar el daño del ciático, troncos nerviosos y vasos sanguíneos.

Equipo

1. Carro bandeja o similar, limpio y desinfectado.
2. Medicamento indicado.
3. Jeringuilla de 1, 2, 5, 10 mL (estéril).
4. Agujas de 20, 21 y 22 mm y 2,5 cm de largo.
5. Torundas estériles.
6. Segueta, sierra metálica o aditamento debidamente aspirado (aprobado por la dirección de la institución).
7. Frasco con alcohol.
8. Cubetas o recipiente adecuado estéril o, desinfectado, con la protección estéril de la jeringuilla.
9. Recipiente de desechos.
10. Parabán.

Procedimiento

1. Prepare la jeringuilla y adapte la aguja con su envoltura, colóquela en la cubeta con tapa (ambos estériles), si se encuentra desinfectada solamente, utilice la cubierta interna de la jeringuilla (protección estéril).
2. Coloque la jeringuilla en la cubeta estéril con tapa y manténgala cerrada herméticamente.
3. Verifique el medicamento indicado.
4. Realice limpieza y desinfección del ámpula (extremo distal enfatizando en el cuello). Realice limpieza y desinfección de bulbos y frascos de venoclisis desde el extremo distal y en especial en la tapa metálica.
5. Coloque una torunda en la cara posterior del cuello del ámpula y límela.
6. Seccione el ámpula con aditamento aseptizado, aprobado por la institución, y cubra el ámpula con una torunda estéril.
7. Levante la tapa metálica (bulbos y frascos de venoclisis), con segueta o aditamento aseptizado (aprobado por la institución) y cubra con una torunda la tapa metálica.
8. Extraiga el medicamento y expela el aire. Si se extrae del ámpula se mantiene la aguja dentro de la misma y se expela el aire. Si se extrae el medicamento del bulbo, al cubrir la aguja se expela el aire en la cubierta de la aguja. Nunca se expela el aire en el ambiente.
9. Coloque la jeringuilla de nuevo en la cubierta con tapa.

10. Ayude al paciente para que adopte la posición adecuada, de acuerdo con la región seleccionada.
11. Aíslle y seleccione el sitio de inyección, acomode el miembro superior en un plano resistente en el caso que sea seleccionado el antebrazo.
12. Humedezca la torunda con alcohol y desinfecte la región con movimientos circulares desde el centro hacia la periferia y séquela.
13. Tome la jeringuilla con una mano y con la otra realice el pliegue de la piel entre los dedos índice y pulgar para aumentar el grosor del tejido adiposo.
14. Puncione la piel y mantenga la jeringuilla en un ángulo de 90 grados.
15. Aspire (retirando el émbolo) si no fluye sangre en la jeringuilla, presione lentamente el émbolo para introducir el medicamento, si al aspirar hay flujo de sangre, repita la técnica. Si al aspirar la sangre pasa al medicamento, deséchelo y prepare de nuevo el equipo con el medicamento. Excepto en las indicaciones de autohemoterapia.
16. Coloque una torunda estéril sobre el lugar de la inyección, retire la aguja con un movimiento rápido y haga una ligera presión en la zona donde se insertó la aguja.

INYECCIÓN ENDOVENOSA O INTRAVENOSA

Es la que permite introducir directamente el medicamento al torrente circulatorio a través de una vena.

Consideraciones generales

La inyección endovenosa es la de elección cuando se requiere que actúe rápidamente un medicamento, pues se aplica directamente en el torrente circulatorio a través de una vena y produce sus efectos inmediatamente después de ser administrado. Sin embargo, es conveniente tener presente que también las reacciones tóxicas pueden ser mucho más rápidas e intensas que cuando se administra el medicamento por otras vías y que una vez aplicado no se puede detener su acción.

Cuando se utiliza esta vía la inyección del medicamento debe realizarse lentamente, entremezclándola con la sangre para diluirlo y evitar reacciones tóxicas locales por irritación del endotelio vascular.

Nunca deben utilizarse por esta vía las suspensiones oleosas, o medicamentos que no estén debidamente diluidos, porque pueden ocasionar embolismos.

Objetivos

1. Obtener una acción terapéutica rápida.
2. Facilitar la administración de soluciones irritantes o intolerantes por otras vías.
3. Administrar medicamentos como medio de diagnóstico.

Precauciones

1. Cerciorarse de que la región que se va a puncionar ha sido lavada y rasurada en caso necesario.
2. Extremar las normas de asepsia y antisepsia.
3. Cerciorarse de que el paciente no sea alérgico al medicamento.
4. Verificar las condiciones de la aguja (si está despuntada se retirará).
5. Expulsar el aire contenido en la jeringuilla.
6. Cerciorarse de que el bisel de la aguja esté hacia arriba.
7. Cerciorarse de que la vena esté canalizada.
8. Administrar el medicamento lentamente, mezclándolo con otra solución indicada (glucosa, agua destilada, solución salina y otras), o con sangre aspirada, para evitar reacciones tóxicas locales por irritación del endotelio vascular.
9. No administrar medicamentos contraindicados por esta vía.
10. Diluir el medicamento en no menos de 10 mL en los casos que lo requiera.
11. Observar estrictamente al paciente durante y después de la aplicación de la inyección.
12. En el caso de que se obstruya la aguja, se debe cambiar la misma y no pasar líquido para evitar que se desprenda el coágulo que la obstruye y pase al torrente circulatorio, lo cual traería complicaciones.

Regiones

1. Puede utilizarse cualquier vena fácilmente accesible.
2. Se elegirán las que se hagan más prominentes, generalmente las de la flexura del codo (basílica cefálica y la mediana cubital).
3. Puede utilizarse el borde externo de la muñeca.
4. Nunca utilizar la vena safena por encima del tobillo por el compromiso vascular que puede provocar, excepcionalmente se hace en pediatría en niños pequeños.

Equipo

1. Carro de cura, bandeja u otro similar limpio y desinfectado.
2. Medicamento indicado y soluciones diluyentes.
3. Jeringuilla de 10, 20 ó 50 mL de ser posible excéntrica.
4. Agujas de 20, 21 ó 22 mm, trocar o mochas en caso necesario.
5. Torundas estériles.
6. Segueta metálica, sierra o aditamento desinfectado (aprobado por la dirección de la institución).
7. Soluciones antisépticas (alcohol, yodo).
8. Cubeta estéril o recipiente desinfectado, con protección estéril de la jeringuilla.
9. Ligadura o cualquier material elástico sustitutivo.
10. Material adecuado para proteger la ropa de cama.
11. Paño, papel, nylon para aislar el brazo.
12. Recipiente para desechos.

Equipos accesorios

1. Fuente de iluminación.
2. Silla.

Procedimiento

1. Coloque la fuente de iluminación.
2. Coloque la silla.
3. Prepare la jeringuilla y adapte la aguja con su envoltura y colóquela en la cubeta con tapa (ambas estériles). Si se encuentran desinfectadas solamente, utilice la cubierta interna de la jeringuilla (protección estéril).
4. Coloque la jeringuilla en la cubeta estéril con tapa y manténgala cerrada herméticamente.
5. Verifique el medicamento indicado.
6. Realice limpieza y desinfección del ámpula (extremo distal enfatizando en el cuello).
7. Realice limpieza y desinfección de bulbos y frascos de venoclisis desde el extremo distal y en especial en la tapa metálica.
8. Coloque una torunda en la cara posterior del cuello del ámpula y límela.
9. Seccione el ámpula con aditamento aseptizado, aprobado por la institución y cubra el ámpula con una torunda estéril.
10. Levante la tapa metálica (bulbos y frascos de venoclisis), con segueta o aditamento aseptizado (aprobado por la institución) y cubra con una torunda la tapa metálica.
11. Extraiga el medicamento y expela el aire. Si se extrae del ámpula se mantiene la aguja dentro de la misma y se expela el aire. Si se extrae el medicamento del bulbo, al cubrir la aguja se expela el aire en la cubierta de la aguja. Nunca se expela el aire en el ambiente.
12. Coloque la jeringuilla de nuevo en la cubeta con tapa.
13. Siéntese del lado que se va a inyectar al paciente.
14. Aíslle el brazo y proteja la sábana.
15. Seleccione la vena y coloque la ligadura.
16. Desinfecte la región de la periferia y séquela.
17. Desinfecte la región cada vez que se vaya a puncionar la vena para su canalización. Esto quiere decir que si al realizar la primera punción, no se ha canalizado la vena, se desinfectará la región después de haberla palpado nuevamente.
18. Estire la piel con la mano no dominante, y colóquela debajo del miembro que se va a puncionar, con la mano dominante tome la jeringuilla e introduzca la aguja con el bisel hacia arriba en la piel, a un lado de la vena, en un ángulo de 30 grados hasta puncionar la vena, cuando fluya la sangre a través de la jeringuilla reduzca el ángulo hasta 15 grados y aspire.
19. Cerciórese que fluya la sangre en la jeringuilla al ser puncionada la vena e introduzca lentamente la aguja hasta verificar que la misma está bien canalizada y suelte la ligadura.

Mensuraciones y ponderaciones

Medidas Antropométricas

Son aquéllas que se utilizan para determinar el peso y la talla del cuerpo humano.

Consideraciones generales

Las medidas antropométricas más utilizadas en el examen físico son el peso y la talla. En gran parte de las instituciones de salud, es una práctica común medir la estatura y el peso. Los indicadores talla, peso y edad están descritos en curvas definidas por sexo, los cuales se han elaborado sobre la base de investigaciones realizadas.

El peso es una medida de gran valor en el neonato, lactante o preescolar, como indicador importante del estado nutricional del niño; también se da importancia en el control prenatal para evaluar el estado nutricional de la madre y el crecimiento fetal, este último se evaluará a través de la altura uterina y el conjunto madre-feto, por la ganancia de peso durante el embarazo.

En todos los países, las personas de sexo masculino tienen mayor peso y talla que los del sexo femenino, antes y después de la adolescencia.

El conocimiento exacto de ambos parámetros (peso-talla) es esencial para calcular la dosis de medicamentos, anestesias y medios de contrastes para radiografías, valorar el estado nutricional y determinar la relación existente entre ambos indicadores. La vigilancia diaria del mismo resulta importante para los pacientes que retienen sodio y son tratados con diuréticos. En tal caso, el rápido aumento de peso indica retención de líquido y la pérdida rápida es señal de diuresis.

Medición del peso

Peso: es el registro del resultado de la acción de la gravedad sobre los cuerpos, es la medida antropométrica más utilizada.

Objetivos

1. Valorar el crecimiento y desarrollo, detectándose desviaciones en el peso.
2. Valorar el estado nutricional.
3. Registrar en la historia clínica, el peso del paciente para determinar la conducta a seguir.
4. Administrar adecuadamente las dosis de medicamentos en correspondencia con el peso del paciente.

Precauciones

1. El local debe tener buena iluminación, ventilación, con tamaño adecuado y que permita la privacidad.
2. Evitar corrientes de aire (en los niños).
3. La balanza o pesa debe ser adecuada, según la edad del paciente.
4. La balanza debe ser la misma, pues aun cuando sean de la misma marca ofrecen diferentes resultados.
5. La balanza debe permanecer en el mismo lugar en un nivel plano.
6. Cada vez que se proceda a pesar debe ponerse al fiel la balanza.
7. Estar calibrada y engrasada la balanza.
8. Realizar limpieza mecánica y desinfección química (esta última si se considera necesaria) en cada pesada.
9. Tener en cuenta la diferencia del peso del papel, servilleta o paño que se coloca sobre la balanza o pesa.
10. Realizar el peso a la misma hora del día, preferentemente en ayunas o de lo contrario

haber transcurrido 3 horas como mínimo después de haber ingerido alimentos.

11. De ser posible, medir el peso por la misma persona.

12. Debe el paciente evacuar vejiga e intestinos (dentro de las posibilidades).

13. Debe estar desnudo o con la menor cantidad de ropas posibles, descalzo y no tener objetos pesados en los bolsillos.

14. Si utiliza una báscula para cama, cubra la camilla pesadora con una sábana intermedia para evitar que se manche por sudor, exudados o excreciones.

Equílibrese el equipo después de poner dicha sábana o paño para asegurar una pesada exacta.

Equipo

1. Balanza o báscula, la cual se utiliza según la edad; para niños pequeños la balanza es de cuchara o plato, para niños mayores y adultos la balanza es de pie.

2. Báscula con barra (mide peso y altura en pacientes ambulatorios).

3. Báscula para cama: pacientes debilitados o graves.

4. Báscula para silla: pacientes que no deambulan pero se pueden trasladar de la cama a la silla.

5. Paño, servilleta o papel (estéril en caso de Neonatología).

6. Agua, jabón o solución desinfectante (en caso necesario).

7. Lápiz o bolígrafo.

8. Libreta o historia clínica.

Procedimiento

1. Sitúe el paño limpio o servilleta en la plataforma o plato de la balanza para proteger al paciente de agentes exteriores.

2. Ayude al paciente a desvestirse (manteniéndolo con el mínimo de ropas) y a quitar los zapatos, siempre se medirán en iguales condiciones a niños, embarazadas y adultos.

3. Observe la oscilación de la aguja hasta que se detenga y quede en equilibrio.

4. Coloque al niño pequeño en el centro del plato y evite los movimientos del mismo, en caso de ser muy inquieto, se pesará en brazos de un adulto, teniendo presente las precauciones enunciadas anteriormente, y se restará del peso del adulto.

5. Lea cuidadosamente el peso y sitúese en la misma posición del niño pequeño, ya que al realizarlo por el ángulo lateral, modificaría la lectura de los resultados.

6. Coloque al niño mayor o al adulto en la plataforma de la pesa de pie y con ambos brazos extendidos a lo largo del cuerpo.

7. Pese al enfermo que esté usando muletas, con ellas y después las muletas solas, reste el peso de las muletas al peso del enfermo, para obtener el peso correcto.

8. Lea cuidadosamente la numeración o cifra que marca, colóquese frente al instrumento en línea recta, para evitar los errores de la visión.

9. Compare el peso actual con el anterior y anótelo en la historia clínica, antes de bajar al paciente de la báscula.

10. Ayude a bajar al paciente, vístalo y acomódelo.

Mensuraciones

Consiste en la medición del cuerpo humano. Las mensuraciones se harán mediante la consideración de los siguientes aspectos: talla, perímetrocefálico, perímetro torácico, perímetro abdominal, perímetro de miembros, brazos, muslos y piernas.

Medición de las regiones del cuerpo

Talla

Es la medida antropométrica de la longitud del cuerpo humano desde la cabeza hasta el calcáneo.

Objetivos

1. Valorar el crecimiento y desarrollo de la persona.
2. Determinar conductas a seguir en correspondencia con el resultado de la medición.

Precauciones

1. Debe observarse que en el tallímetro o en la cinta métrica esté completa sus cifras o números, y si es de tela, que no esté muy estirada porque puede variar su dimensión.
2. La cinta métrica se debe colocar en un lugar plano horizontal o vertical en dependencia del paciente, si es niño o adulto, si es niño es colocado en posición horizontal, se procederá a cubrir el lugar para protegerlo de agentes exteriores.
3. En el niño pequeño debe medirse la talla, colocarlo en decúbito supino, sobre un plano firme, mediante un tallímetro, cinta métrica o infantómetro. Las rodillas deben quedar bien extendidas y se procederá desde el occipucio hasta el talón, se poyará sobre un plano resistente, una pared, con los pies formando un ángulo recto.
4. En la posición vertical la cinta métrica debe colocarse en un lugar plano, de tal forma que el principio de la cinta quede al ras con el suelo.
5. En el adulto se pondrá de pie, de espalda al tallímetro; si la talla del paciente excede a los 150 cm se utilizarán 2 cintas métricas, una de ellas se colocará a partir del piso y la otra se hace coincidir con la marca del metro de la primera, se dejará fijo en la pared.
6. Debe estar el paciente cómodo, descalzo y no tener en los cabellos peinados altos u otros aditamentos.
7. Rectifique los resultados de la medición.

Equipo

1. Infantómetro, tallímetro o cinta métrica.
2. Escuadra, cartabón o aditamento similar.
3. Paño, servilleta o papel.
4. Lápiz o bolígrafo.
5. Libreta o historia clínica.

Procedimiento

En el niño pequeño

1. Coloque al niño en decúbito supino o dorsal.
2. La cabeza del mismo debe estar en contacto con el extremo izquierdo del infantómetro.
3. Sujete la cabeza del niño con una mano y con la otra las rodillas para que los talones queden fijos.
4. Verifique que el niño esté en correcta posición y desplace el otro extremo móvil del infantómetro hasta apoyar las plantas de los pies en este extremo.
5. La presión que ejerce debe ser uniforme para evitar variaciones sin moverlo, observe la medida que marca la regla graduada.

En niños mayores se utilizará el tallímetro o cinta métrica

1. Coloque al niño en posición firme con los talones, hombros y cabeza, pegados a la pared o superficie lisa sin doblar las rodillas.
2. La cabeza debe estar levantada y la vista dirigida al frente.
3. Mida la talla deslizando suavemente la escuadra o aditamento similar, hasta tocar la cabeza y haga una marca.
4. Sitúese al frente de la cinta para evitar errores de la visión al dar lectura de la misma.

5. Retire al niño sin mover la escuadra, observe la cifra en la cinta métrica y anote los resultados en la historia clínica.

En adulto

1. Ayude al paciente a ponerse cómodo y a quitarse el calzado.
2. Coloque un paño, servilleta o papel, sobre la plataforma de la pesa o donde va a situar al paciente, para protegerlo de los agentes externos.
3. Colóquelo de pie, con la cabeza, hombros y brazos extendidos a lo largo del cuerpo y talones pegados a la pared o superficie lisa, sin doblar las rodillas.
4. La cabeza debe estar levantada y la vista dirigida al frente.
5. Toque la cabeza del paciente con la escuadra o cartabón y forme un ángulo recto en relación con la cinta métrica y haga una marca.
6. Observe la cifra y retire al paciente.
7. Sitúese al frente de la cinta para evitar errores de la visión y anote la cifra que está por debajo de la marca.

Perímetro

Es el contorno de una figura geométrica, de un espacio cualquiera (sinónimo de vuelta). Los perímetros que se miden en el cuerpo humano tienen como característica común ser medidos con cinta métrica.

Los perímetros que se evalúan son:

Cefálico: la cinta métrica debe ser colocada firmemente por delante en el borde supraorbitario y en la región del occipucio.

Torácico: la cinta métrica debe rodear el tórax por delante, por encima de las tetillas y por detrás por la posición infraescapular.

Abdominal: es la medida alrededor del abdomen tomado a nivel de la región umbilical.

En el caso de un recién nacido se realizará por encima del muñón o cicatriz umbilical.

Miembros Superiores o Inferiores (brazos, muslos y piernas): medir la periferia de las dimensiones de diferentes segmentos cilíndricos de las extremidades

LISTADO DE MEDICAMENTOS
Consultorio Médico de Familia
Policlinico Pedro del Toro Saad

Código Lic. Enf.		CMF Tipo
Medicamentos	Presentación	Cantidad
Agua para Inyección	Amp.	20
Aminofilina	Amp.	10
Atropina	Amp.	5
ASA	Tab.	50
Algodón		20
Alcohol 86 %	ml.	750
Alcohol 76 %	ml.	300
Alcohol Yodado	ml.	750
Cloruro de Na	Bolsa	5
Captopril 25 mg	Tab.	20
Captopril 50 mg	Tab.	20
Diazepam	Amp.	10
Dimenihidrato	Amp.	10
Difenhidramina	Amp.	20
Dipirona	Amp.	20
Dipirona	Amp.	50
Dextrosa 5 %	Amp.	20
Dextrosa 50 %	Fco o Bolsa	5
Pre Natal		
Espasmoforte	Amp.	10
Epinefrina	Amp.	10
Eurosemida 20 mg	Amp.	10
Eurosemida 50 mg	Amp.	5
Gentamicina	Tubo	1
Sales de Rehidratacion Oral	Sobres	30
Nitroglicerina	Tab.	20
Sulfadiazina de Plata	Frasco	1
Atenolol	Tab.	30
Mufer	Frascos	10
Violeta de Genciana	Frascos	1
Tiomersal	Frasco	1
Nitrofurazona	Tubo	1
Neo Polibatin	Tubo	1
Nicelamida	Amp.	5
Reserpina	Amp.	5
Hidrocortizona 100 mg	Bulbo	10
Hidrocortizona 500 mg	Bulbo	3
Iodopovidona	Frasco	1

Bibliografía

- Álvarez Sintes, R. (2001): *Temas de medicina general integral.* Vol. I, II Y III; La Habana.
- Behrman, R.E., R.M. Kliegman y H.B. Jonson (2000): *Medicina preventiva.* Nelsson Vol. 1 Espana. McGraw-Hill. 16 ed.
- Berger GS, Goldestein M, Fuerst M (eds.). *The couple's guide to infertility.* Doubleday, 1989.
- Borreli i Carno, F. y J.M. Bosch i Fontcubierta (2003): *Entrevista.* En: Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Tercera Ed.
- Colectivo de autores. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. Ciudad de La Habana: MINSAP, 1997
- Colectivo de autores (1986): Normativas para la atención médica del niño por el Médico de Familia. *Orientaciones metodológicas. Programa Nacional de Atención Materno Infantil.* Ministerio de Salud Pública. Departamento Materno Infantil. Editorial Ciencias Medicas. La Habana.p.40-6. (2004): *Guías prácticas clínicas.* Editorial de Ciencias Medicas. La Habana.
- Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. El Salvador, 1999.
- Cossio P, et al. Medicina Interna. Semiología. 6a ed. Buenos Aires: Editorial CTM; 1982. Dassen R, Fustinioni O. Sistema nervioso (Biblioteca de Semiología de T.Padilla y P. Cossio). 5a ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1952.
- Cruz Sanchez, F. y col (2003): *En la adolescencia queremos saber.* MINSAP.Cuba.
- Esquivel M. Rubi A. Curvas Nacionales de peso para la talla Rev. Cub. Pediatr 1984; 56: 705-721
- Esquivel M. Rubi A. Curvas Nacionales de cubanos de índice de masa corporal en niños y adolescentes de 0 19 años. Rev Cub. Ped. 1991; 63(39: 181 1ºpeso para la talla Rev. Cub. Pediatr 1984; 56: 705-721
- Farreras Valentí P, Rozman C, Domarus A Von. Medicina Interna. 13a. ed. Madrid: Mosby-Doyma; 1995.
- Fauci AS, et al., editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 14th ed. México: Mc Graw-Hill; 1998.
- Fenwick, E. (1998): *Manual de cuidados de la madre y el niño. Una guía práctica para los padres desde la concepción a los trece años de edad.* McGraw-Hili Interamericana. Mexico.
- Goldman L, Claude BJ, editors. Cecil Textbook of Medicine. 21th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000
- Hull M et al. Undergraduate obstetrics and gynecologics. 3rd ed. Oxford: Ed. Butterworth Heinemann, 1997
- Jordán J. et al. Desarrollo humano en Cuba. La Habana. Editorial científico Técnica, 1979
- Llanio Navarro, R., J.E. Fernandez Mirabal y J.A. Fernández Sacasa (1987): *Historia clínica: la mejor arma del medico en el diagnóstico de las enfermedades.* Editorial Pueblo y Educación, La Habana.

- López, B.M. (2000): El desarrollo del lenguaje del niño cubano menor de 18 meses. *Rev. Cubana Pediatr*, 72 (1): 27-31.
- MINSAP (1986): *Programa Nacional de Atención Materno Infantil. Orientaciones metodológicas*. Editorial Ciencias Medicas.
- MINSAP. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervico Uterino. Ciudad de La Habana, 1994.
 - _____. Presentación del Programa ETS-SIDA, Cuba, 1996.
 - _____. Informe anual de la Dirección Nacional de Estadística P. Ciudad de La Habana, 1990.
- MINSAP. Programa nacional de inmunización
- MINSAP. Dietas medicas
- MINSAP. Anuario estadístico 1998
- Ministerio de salud publica. República de cuba. VII Informe. Programa nacional de acción. cumbre mundial a favor de la infancia. 1998
- Ministerio de salud pública. República de cuba. Sistema de vigilancia de eventos adversos consecutivos a la vacunación
- Padilla T. Semiología general (Biblioteca de Semiología de T. Padilla y P. Cossio). 5a ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1952.
- Pallister C. Blood: physiology and pathophysiology. 1st ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1994.
- Maestría a distancia de Atención Integral a la mujer [CD-ROM]. La Habana.
- Maestría a distancia de Atención Integral al Niño [CD-ROM]. La Habana.
- Medicina legal [CD-ROM]. La Habana.
- Moragues J. Clínica Obstétrica. La Habana: Cooperativa del Libro FEU, 1957.
- Peláez MJ, Salomón AN, Machado H, Rodríguez O. Salud sexual y reproductiva. En: Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud del adolescente. Ciudad de La Habana: MINSAP/UNICEF, 1999.
- Programa de la asignatura Introducción a la Clínica. 3ra. ed. La Habana: Escuela Latinoamericana de Medicina, 2002.
- Rev Cub Obst Ginecol 1992;18(2):128-36,julio-dic.
- Richie WG. Ultrasound the evaluation of normal and induced ovulation. Fertil Steril 1985;43:167
- Rigol OR. Obstetricia y Ginecología.. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 2004.
- Godoy, P. (2000): Vacunas: entre las novedades tecnológicas y la política sanitaria.
- *Gaceta Sanitaria*;15:373-9.
- Jordán, JR. (2002): *El niño. Consejos y cuidados*. Editorial Científico Técnica, La Habana. 2da. Edición

