

MANUAL DE  
INSTRUCCIONES  
PARA EL LLENADO  
DEL REGISTRO  
DIARIO DE  
CONSULTA  
AMBULATORIA Y  
ATENCIONES  
PREVENTIVAS  
(Código: 89005037)

AÑO 2014

**Para recurso Humano:**

- ✓ Medico
- ✓ Enfermera,
- ✓ Nutricionista
- ✓ Psicólogo

## INTRODUCCIÓN

Como parte del proceso de la reforma de salud contemplados en la Política Nacional de Salud 2009-2014, específicamente en la estrategia 6 que es establecer un sistema de información estratégica y de calidad como instrumento para la toma de decisiones, basada en la evidencia, facilitar la contraloría social y la planificación, control y asignación de recursos.

En el 2007 se incorporó en el Sistema de Morbi mortalidad en Línea (SIMMOW) el módulo de atenciones ambulatorias, información capturada a través del Registro Diario de Consulta y Atenciones preventivas, sin embargo, a partir de junio del 2009 se inició la revisión del Registro Diario de Consulta y Atenciones Preventivas realizándosele las primeras adecuaciones al formulario y al Sistema, pero debido al fortalecimiento continuo en la prestaciones de servicios de salud, la incorporación de nuevas modalidades de atención preventiva y curativa, se han venido realizando año con año modificativas al registro y al sistema, consolidando hasta la fecha un sistema integrado e integral que recolecta información útil para la construcción de indicadores de proceso, cobertura e impacto que son utilizados por los tomadores de decisiones para orientar las políticas de salud.

Este instrumento permite recopilar información brindada por establecimientos de salud del sistema nacional de salud, así mismo podrán ser utilizados por otras instancias como ONG's, clínicas privadas que brindan atenciones ambulatorias y preventivas, ya sea dentro del establecimiento de salud o fuera de este. El personal médico, enfermería, nutricionista y psicólogo, registraran en este formulario las atenciones curativas y preventivas que brindan en las consultas diarias.

Este registro permite llevar un record individual por cada paciente que es visto por cada uno de los profesionales antes mencionados, caracterizando dicha atención por sexo, edad, lugar de residencia, diagnóstico principal, diagnostico secundario (otras afecciones) o causa externa de morbilidad; así mismo permite monitorear el sistema de referencia e interconsulta que se brinda en los diferentes niveles de atención.

Por otra parte también se incluyen las atenciones preventivas brindadas a la población infantil, adolescente, adulto, adulto mayor, maternos, climaterio y menopausia, valorando el estado nutricional de cada uno de ellos a través de los índice de peso-edad, talla-edad, peso-talla, Índice de Masa Corporal (IMC); así mismo lactancia materna exclusiva en todo paciente que reciba atención preventiva y se registrara una vez al año, para conocer su estado nutricional.

Se permitirá registrar también las atenciones a personas con discapacidad, violencia y salud mental que se brinden en la red de establecimientos de salud; así como aquellas consultas dadas en los hospitales y que por su gravedad o riesgo de complicación el paciente amerite ingreso.

Este registro es la fuente para la generación del perfil epidemiológico del país, el Reporte Epidemiológico de las Enfermedades de objeto de notificación obligatoria y la construcción de indicadores nacionales e internacionales que permiten evidenciar las tendencias de la salud de la población.

Las actividades antes señaladas son generadas en las áreas de consulta externa y emergencia de los establecimientos de salud, así como a través de los acercamientos a la comunidad a nivel extramurales que se realizan de forma regular, vacaciones así como en periodos de emergencias o desastres.

Este documento permitirá disponer de las herramientas necesarias que oriente, facilite y unifique criterios para la adecuada recolección de datos sobre consultas por morbilidad y atenciones preventivas definidas en la oferta de servicios en las diferentes modalidades de atención a la persona, los cuales son generados en los establecimientos de salud según nivel de complejidad, garantizando así la obtención de Estadísticas de morbilidad y atenciones preventivas de calidad, por ellos se invita al personal multidisciplinario de los establecimientos de salud, Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), Regiones de Salud, personal técnico del nivel central, FOSALUD y otros profesionales del Sector Salud, que los presentes lineamientos se constituya en una de sus principales herramientas de trabajo, en beneficio de la población.

El adecuado y oportuno registro de los datos permitirá contar con estadísticas de calidad a través de un sistema integrado en salud moderno y eficiente para la toma oportuna de decisiones en beneficio de la población.

## **OBJETIVO GENERAL**

Orientar a los recursos Médicos, Enfermería, Psicólogo y Nutricionista de los establecimientos del Sector Salud en el llenado correcto del Registro Diario de Consulta y Atenciones Preventivas brindas a usuarios (as) por los establecimientos de salud.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✓ Definir y unificar conceptos sobre el adecuado llenado de datos del Registro Diario de Consulta y Atenciones Preventivas, a fin de garantizar el procesamiento de datos de consultas por morbilidad y atenciones preventivas.
- ✓ Contar con estadísticas de calidad a través de un sistema integrado en salud moderno y eficiente (SIMMOW) para la toma oportuna de decisiones en beneficio de la población.
- ✓ Unificar los pasos a seguir para el flujo de información en los distintos niveles técnico-administrativos: a) Primero, Segundo y Tercer Niveles de atención, b) Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI), c) Regiones de Salud y d) Nivel Nacional.
- ✓ Contar con causas de morbilidad que sean representativas al perfil de salud, a fin de constituir bases sólidas para la gestión de las instituciones, los trabajo de investigación y docencia.

## LINEAMIENTOS GENERALES

El Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas es el formulario en el cual el personal registra los datos personales más importantes, el diagnóstico principal y otras afecciones de cada uno de los pacientes o usuarios que atiende diariamente en consulta externa o en emergencia. La fuente para el llenado de este formulario es el expediente clínico.

1. Es responsabilidad del director del establecimiento de salud garantizar el uso del Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones preventivas por las diferentes disciplinas que brindan atenciones preventivas y curativas.
2. Es de carácter obligatorio que todos los establecimientos de salud utilicen el Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas Vigente.
3. El Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas es el documento oficial para anotar las atenciones brindadas por el profesional de salud (médico, enfermera, nutricionista y psicólogo).
4. La fuente primaria para el llenado del Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas es el expediente clínico ya sea correlativo anual, digito terminal o expediente familiar individual, con excepción de las atenciones brindadas a nivel extramural en las diferentes estrategias: comunitaria, centro educativo o albergue en las cuales no se dispone de expediente por lo que se debe documentar nombre y apellido completo de paciente.
5. El sistema automatizado para la introducción de los datos del Registro diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones preventivas es único en todo el país y es el Sistema de morbi mortalidad en línea conocido como SIMMOW.
6. En los Hospitales los jefes de la unidad de emergencia y servicios de consulta externa, deberán garantizar y monitorear que el personal médico, enfermería, psicólogo y nutricionista utilicen el Registro Diario Consulta Ambulatorio y Atenciones Preventivas, así mismo verificar la calidad del llenado de los mismos.
7. El personal de enfermería encargada de la preparación de los consultorios debe garantizar la disponibilidad del Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas, en los consultorios donde se brinden atenciones médicas, de enfermería, psicólogo y nutricionista. Al finalizar la jornada diaria deberá retirar los formularios y entregarlos al personal de Estadística de Documentos Médicos.

8. El Registro Diario de Consulta ambulatoria y Atenciones Preventivas es de carácter individual y debe ser firmado y sellado por el profesional que brinda la atención y no debe ser utilizado por más de un recurso.
9. Se utilizarán formularios separados según servicio de atención: emergencia, consulta externa y extramural así como por la modalidad de atención que se brinde a la población que consulta la red de servicios de salud.
10. El Ministerio de Salud como ente rector será el responsable de capacitar en la aplicación del presente lineamiento al médico, otras disciplinas autorizadas, epidemiólogo y estadísticos de los diferentes niveles.
11. El Director del Establecimiento de salud con el apoyo del responsable de Epidemiología y ESDOMED deben divulgar el presente lineamiento a las diferentes jefaturas, estadísticos y otras disciplinas autorizadas, quienes posteriormente lo harán con el personal antiguo y de nuevo ingreso a su cargo.
12. El director del establecimiento garantizara a través de un monitoreo permanente, con el apoyo del epidemiólogo y jefatura de estadística, la calidad de los diagnósticos y el cumplimiento del presente lineamiento en cada establecimiento.
13. Se considera una falta grave: que un profesional de salud firme un registro diario de consulta sin que el haya brindado la atención a los pacientes, que se registren datos ficticios que no puedan ser verificables, que no se utilicen el registro diario de consulta vigente para documentar todas las atenciones que se brindan por las diferentes disciplinas que dan atenciones curativas o preventivas.
14. Los registros de Consulta Ambulatoria y Atenciones preventivas del mes que finaliza debe estar ingresados en el SIMMOW antes del 21 de cada mes calendario.

#### **LLENADO DE REGISTRO**

15. Las consultas de morbilidad serán brindadas por los recursos Médicos, Psicólogo Clínico y Nutricionista, el personal de enfermería solamente registrará atenciones preventivas.
16. En el Registro Diario de Consultas Ambulatorias y Atenciones Preventivas utilizado en la Unidad de Emergencia no se registraran atenciones preventivas.
17. El Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas es el formulario para anotar las atenciones brindadas por el profesional de salud (médico, enfermera, nutricionista y psicólogo) deberá ser llenado con lapicero sin manchones, borrones o enmendaduras.

18. El médico y otras disciplinas autorizadas que utilizaran el Registro Diario de Consultas Ambulatorias y Atenciones Preventivas, lo harán con letra y número legibles los que tendrán concordancia con lo escrito en el Expediente Clínico.
19. El médico tratante y otras disciplinas autorizadas son responsables de registrar el diagnóstico principal y el diagnóstico secundario (otras afecciones) según el nivel de especificidad de la CIE-10 en el Expediente Clínico y Registro Diario de Consulta Ambulatorio y Atenciones Preventivas.
20. El médico y otras disciplinas autorizadas está obligado a escribir en forma completa y legible los diagnósticos, no utilizando siglas, ni abreviaturas en el Expediente Clínico y Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas, cuando le sea requerido por el personal estadístico debe aclarar la terminología a fin de garantizar una adecuada codificación de morbilidad. Los diagnósticos anotados en el Registro Diario de Consulta, deben ser iguales a los escritos en el Expediente Clínico.
21. El médico tratante, psicólogo, Nutricionista no deben registrar como **diagnósticos de consultas (Principal u otras afecciones)** los siguientes motivos de atención: supervisión del embarazo, control de salud de rutina del niño, consultas para atención o supervisión de lactante, estado del desarrollo del adolescente, atención para la anticoncepción, control pos parto ya que estas variables están integradas en la parte preventiva del Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas.
22. Es responsabilidad del personal Médico, Psicólogo y Nutricionista anotar los diagnósticos completos de las morbilidades por la que consulto el usuario (a), además debe cumplir con el manual para el registro y procesamiento de causas de morbilidad vigentes.
23. El Director de cada hospital con el medico epidemiólogo, el medico jefe de la Unidad de Emergencia y la jefatura de estadística deben definir las enfermedades o lesiones que se consideraran verdaderas emergencias y entregar el listado de los diagnósticos seleccionados al personal médico destacado en el área o unidad de emergencia para el adecuado registro de datos en el formulario Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas. También deberá entregarse un listado al personal de ESDOMED para utilizarlo al revisar el llenado de los formularios.

## CONTROL Y CODIFICACION

24. El personal encargado de estadística y documentos deberá llevar un record de los registros recibidos diariamente por cada uno de los recursos que brindan atención en los establecimientos de salud, los cuales deberán ordenarlos por día, semana, mes y año.
25. La codificación de los diagnósticos médicos en consulta ambulatoria, se efectuará de acuerdo a las instrucciones de codificación emanados en los tres volúmenes de la

Clasificación Estadística de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima edición (CIE-10).

26. La función de codificación de causas de consulta es responsabilidad del personal capacitado para tal fin y debe ser fortalecido o actualizado periódicamente por el estadístico de SIBASI en coordinación con la Región de Salud.
27. Será el médico Director o delegado, la jefatura de cada disciplina junto con el área de estadística o documentos médicos quienes revisarán la calidad del llenado del registro y de encontrarse irregularidades harán del conocimiento del profesional tratante (medico, enfermera, psicólogo o nutricionista) para que sean corregidos a la mayor brevedad posible.

## RESGUARDO Y DIGITACION DE REGISTROS

28. Todos los Registros Diarios de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas serán resguardadas, codificados y digitados en el establecimiento de salud donde está contratado el profesional multidisciplinario que atiende a los usuarios (as), incluye:
- ✓ Las atenciones extramurales que se realicen en Casa de Salud, Hogar de Espera Materna, Centro Infantil de Nutrición, Casa Comunal, Hogares de Huérfanos, Centros Penales, albergues entre otros) que están bajo la responsabilidad directa del mismo establecimiento de salud donde está contratado el personal de salud que brinda la atención curativa o preventiva. Estas se anotaran como extramurales.
  - ✓ Acercamientos eventuales a la comunidad de su AGI o brigadas que se coordinan con instituciones de su municipio.
29. Toda consulta curativa o preventiva que brindada personal de salud en otro establecimiento de salud diferente al que está contratado, los Registros serán resguardado, codificados y digitados por el establecimiento de salud que apoyo, incluye:
- ✓ El personal médico que es delegado de forma verbal para apoyar a otros establecimientos de salud para dar la consulta, ya sea por falta de recurso humano, sobredemanda de pacientes, por períodos **eventuales y de muy corto tiempo, en periodo de vacaciones, cubrir horario ampliado de atención entre otros.** la consulta se registrará con el nombre del establecimiento donde brindó la atención, esto aplica para personal de otras disciplinas. Estas atenciones no se anotaran como extramurales. Se registrara el nombre del establecimiento de salud que está apoyando.
  - ✓ Atenciones brindadas por personal que apoya en situaciones de emergencia o desastres. Se anotara el nombre del establecimiento que está apoyando, servicio: “extramural”, estrategia: “Albergue o comunidad” según sea el caso.
30. En aquellas situaciones en donde un recurso médico está cubriendo dos Establecimientos de salud trabajando unos días de la semana a un establecimiento y otros días en el otro establecimiento, (previa **notificación por escrito del jefe inmediato superior del recurso, así como medidas administrativas para el registro de entradas y salidas**), los Registros

serán resguardado, codificados y digitados en cada uno de los establecimiento de salud que está apoyando. Esto aplica para personal de otras disciplinas.

31. El personal médico u otro profesional pagado por MINSAL o FOSALUD que realiza su trabajo de forma permanente en un lugar diferente al establecimiento de salud donde esta contratado como por ejemplo: Hogares Crea, ancianato u otro; los Registros serán resguardado, codificados y digitados por el establecimiento de salud más cercana al área geográfica de influencia donde está ubicado el lugar donde brinda la atención o donde este contratado el profesional, anotando en el registro Diario de Consulta como servicio brindado a nivel “extramural”, estrategia “comunidad” y especificando el “nombre del lugar donde brinda la atención.

## **CONFIDENCIALIDAD Y ACCESO A LOS REGISTROS**

32. El director del establecimiento deberá tomar todas las medidas que garanticen, de la manera más segura posible, el resguardo de los formularios de Registro Diarios de Consulta, el traslado de los mismos a los centros de acopio, la sistematización en forma oportuna, el mantenimiento de equipo y de la conectividad para el ingreso de datos al SIMMOW.
33. Los registros Diarios de Consultas Ambulatoria y Atenciones preventivas deben conservarse por seis meses, a partir del mes que hayan sido digitados. Quedando a discreción del comité local de expediente el tipo de destrucción que se realizara.
34. Los datos recolectados en el Registro Diario de Consulta ambulatoria y Atenciones preventivas son de tipo confidencial, fundamentalmente: nombre y apellidos, número de expediente, número de identificación de pacientes, diagnósticos. Además se considera confidencial la información almacenada en el Sistema de Morbi mortalidad en línea (SIMMOW).
35. Las personas con acceso a los registros diarios en forma física son todas aquellas que participan directamente en el proceso de recolección, procesamiento, control de calidad y análisis de los datos así como los monitores o supervisores de salud que verifican la confiabilidad del llenado de datos recolectados en los mismos.
36. Como los datos recolectados a través del registro Diario de Consulta son de tipo confidencial por lo que cada director de establecimiento debe definir quiénes son los profesionales y técnicos que tendrán acceso a la información así como el nivel de acceso correspondiente.
37. Para que se les asignen claves de usuarios a profesionales y técnico al Sistema de morbi mortalidad en Línea se deberá elaborar una solicitud firmada y sellada por el director del establecimiento al SIBASI respectivo y este a la Región de Salud. Sera este último quien haga la solicitud formal a la Dirección de Vigilancia Sanitaria. En caso el profesional de salud deje



de trabajar en el establecimiento deberá informar por escrito a nivel central aplicando el mismo procedimiento realizado para cuando se creó como usuario del sistema, esto con el fin de inactivar su acceso al SIMMOW. Con el objeto de resguardar la confidencialidad de la información.

38. En el caso de los hospitales, dependencias del nivel central la solicitud deberá hacerla el director de cada hospital o dependencia del nivel central directamente a la Dirección de Vigilancia Sanitaria. Esto aplica también para FOSALUD.
39. El Personal responsable de la digitación de la información en el SIMMOW deberá resguardar su clave de acceso, no compartirla con nadie, ni dejarla gravada en el equipo de cómputo, ya que es la única persona responsable de ingresar o modificar la información en el Sistema.
40. El personal técnico que introducirá los datos deberá estar capacitado para el uso del SIMMOW por la jefatura inmediata superior del establecimiento o SIBASI o coordinador de FOSALUD.

## **ESTRUCTURA DEL REGISTRO DIARIO DE CONSULTA AMBULATORIA Y ATENCIONES PREVENTIVAS**

**Parte superior:** detalla datos de la institución, el establecimiento, servicio y el profesional que brinda la atención por tipo de recurso así como también la fecha en que se está realizando la consulta, el cual contiene las siguientes variables:

- Fecha de Consulta: día, mes y año
- Formulario No.
- Institución: MINSAL, FOSALUD
- Establecimiento de salud
- Servicio (Infraestructura): Consulta Externa, Emergencia y Extramural
- Modalidad (“Servicio”)
- Cuando sea extramural deberá definir la “Estrategia”: Comunitaria, Centro Educativo, Albergue u Otro Establecimiento de Salud, detallando el nombre del local donde se desarrolla la estrategia.
- Recurso: Médico, Enfermería, Nutricionista y Psicólogo

**Parte intermedia:** Permite documentar si una atención es de tipo curativa o preventiva o puede ser la combinación de ambas, el recurso debe caracterizar la atención brindada a cada uno de los pacientes vistos en su jornada laboral y que en ocasiones genera un ingreso, una referencia/interconsulta o manejo ambulatorio según cuadro clínico. Contiene las siguientes variables:

- No. correlativo
- No. de Expediente clínico del paciente
- Escuela Promotora de la Salud
- Sexo: masculino, femenino o indeterminado
- Edad: años, mes, días
- Residencia: departamento/país, municipio y área
- Código de UCSF

### **ATENCIONES PREVENTIVAS**

- Atenciones Preventivas: Inscripción
- Control Subsecuente
- Dispensarización
- Estado Nutricional: Peso Edad, Talla-Edad, Peso-Talla, Índice de Masa Corporal
- Lactancia Materna
- Planificación Familiar (Métodos temporales): inscripción/control, Tipo de método, usuarias activas

- Detección Precoz del Cáncer: Citología, Cáncer de Próstata, IVAA, VPH y Examen de mama
- Semanas de amenorrea (semanas de gestación)
- Tipo de consulta
- Tipo de consulta del Especialista
- Sospechas (para eventos objeto de Vigilancia Epidemiológica)

#### Diagnósticos

- Principal
- Otras Afecciones
- Causa Externa de Morbilidad
- Código CIE-10
- Tipo de discapacidad

#### Atención por violencia:

- Tipo
- Ámbito
- Procedimientos de salud mental
- Ingreso hospitalario

#### Referencias/Interconsulta:

- Tipo
- Establecimiento A
- Establecimiento De

#### Afiliación

- Tipo de afiliación
- Número de afiliación

**Parte inferior:** Se registran datos específicos del recurso que brinda la atención preventiva o curativa en el establecimiento de salud.

- Horario de Consulta: De \_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_
- Nombre del Recurso
- Firma y sello
- Especialidad
- Código del formulario: 89005037

## I. DESCRIPCION DE LA PARTE SUPERIOR DEL REGISTRO

1. **Fecha de consulta:** anotar el día, mes y año en que se brinda la atención curativa o preventiva.
2. **Formulario No.\_\_\_\_\_:** El personal responsable de codificar, asignara semanalmente el numero correlativo de formularios utilizado iniciando del 01 y según demanda de consulta, dicha numeración debe ser informada independientemente del recurso y servicio donde se brinda la consulta o atención. Deberá llevar un correlativo anual para cada grupo de profesionales que brindan atención en el establecimiento de salud (médicos, enfermeras, nutricionistas y psicólogos) ya sea intramural o extramural.
3. **Institución:** marcar con una “X” la casilla que corresponde a la institución (Ministerio de Salud (MINSAL) o Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) para la cual trabaja el profesional que brinda la consulta.
4. **Establecimiento:** Anotar el nombre del establecimiento de salud identificando el tipo del establecimiento de salud al cual pertenece el profesional de salud, ejemplo: Hospital Nacional de la Mujer es decir, donde se brinda la consulta.

0

*Anotar el nombre del establecimiento de salud que apoyo el Profesional de salud. Ejemplo si él trabaja en la UCSF Anamoros, pero se desplazó a brindar consulta a la UCSF El Carmen, el médico o profesional de salud anotara en el Registro Diario de Consulta y Atenciones preventivas el nombre del Establecimiento que apoyo: UCSF El Carmen.*

0

*Anotar el nombre del establecimiento de salud donde está contratado cuando se realiza un acercamiento a la comunidad a un establecimiento de menor complejidad que está bajo la responsabilidad del establecimiento de salud donde está contratado el recurso humano. Ejemplo el profesional de UCSF El Zamoran realiza un acercamiento al Centro Rural de Nutrición Las Cruces, anotara el nombre del Establecimiento de Salud El Zamoran, pero registrara en servicio:” Extramural” y en “estrategia”: Otro Establecimiento de Salud y escribirá el Centro Rural de Nutrición Las Cruces.*

5. **Servicio (se refiere a Infraestructura):** marcar con una “X” la casilla que corresponde al lugar donde se brinda la consulta, ya sea consulta externa, emergencia o extramural; esta última es la que realiza fuera del establecimiento de salud para lo cual deberá especificar la “estrategia” donde se brinde dicha atención.

- **Consulta Externa:** Marcar con una “X” en la casilla correspondiente, si la consulta por morbilidad y/o preventiva ha sido brindada en consultorios asignados en el área de Consulta Externa.
- **Consulta de Emergencia:** Marcar con una “X” en la casilla correspondiente, si la consulta por morbilidad ha sido brindada en consultorios asignados en el área de Emergencias.
- **Consulta Extramural:** Marcar con una “X” en la casilla correspondiente a las consultas que se brindan fuera del establecimiento de salud de acuerdo a la estrategia utilizada ya sea en la comunidad, centro educativo, en un albergue u otro Establecimiento de Salud, la estrategia “albergue” aplica solamente en situación de emergencia o desastre; especificando el nombre del local donde se desarrolla la consulta o atención.

**6. Modalidad (“consultorio” nombre que se dio en un inicio):** Esta variable es para documentar el tipo de atención que se brinda a la población pudiendo ser: consulta ambulatoria, emergencia, selección de paciente o especial dentro de las cuales están: la Clínica de Atención integral o CENID, atención a pacientes en las VICIT, atención para la cesación del tabaco, atención del dolor y cuidado paliativo, Bienestar Magisterial, entre otras). NO se refiere al espacio físico o nombre asignado al consultorio. Es la Modalidad de Atención la que se tiene que registrar. Deberá especificar.

- **Modalidad consulta ambulatoria:** todas las atenciones que se brindan a la población ya sea por médico general o especialista.
- **Modalidad Emergencia:** si la producción de consulta médica cumple criterios de emergencia, considerando que toda consulta de emergencia es para prolongar la vida o prevenir consecuencias críticas, la cual debe ser proporcionada inmediatamente.
- **Modalidad Selección:** Proceso de triaje que se realiza en cada paciente en la red de establecimientos de salud.
- **Modalidad especial,** se anotará el nombre específico de la modalidad brindada (la Clínica de Atención integral a PVS o CENID, atención a pacientes en las VICIT, atención para la cesación del tabaco, atención del dolor y cuidado paliativo, Bienestar Magisterial, Planificación familiar, colposcopia, embarazo de alto riesgo, infertilidad, clínica de mama, servicios por contrato entre otras).

**Nota:** utilizar registros separadamente según tipo de modalidad que se brinde y servicio donde se realice.

Un médico puede realizar en las horas laborales diferentes tipos de modalidades de atención por lo que deberá llevar registros separados.

Las modalidades no deberán utilizarse de forma simultánea.

- 7. Estrategia:** Marcar con una “X”, el tipo de estrategia donde se brinde la consulta pudiendo ser en la comunidad, el centro educativo, dentro de un albergue u otro establecimiento de salud especificando en cada caso el nombre del local donde se desarrolla la estrategia.

*Ejemplos:*

- *Si se brindaron atenciones médicas en el Centro Escolar Fabio Castillo, la estrategia de atención señalada será Centro Educativo y el nombre del local donde se desarrolla la estrategia será Instituto Nacional Francisco Menéndez.*
- *Si la atención médica se brinda en un albergue que se ha habilitado en la Casa Comunal ubicada en Colonia Santa Lucia, la estrategia de atención señalada será Albergue, y el nombre del local donde se desarrolla la estrategia será Casa Comunal Colonia Santa Lucía.*
- *Si la atención médica se brinda en una Casa de Salud El Rincón la estrategia de atención señalada será Otro Establecimiento de Salud, y el nombre del local donde se desarrolla la estrategia será Casa de la Salud El Rincón.*

- 8. Recurso:** Marcar con una “X” la casilla correspondiente al personal de salud autorizado para utilizar los registros: a) Médicos: Generales o Especialistas (Incluyendo a Nutriólogos), b) Personal de Enfermería, c) Psicólogos clínicos, d) Nutricionistas, debiendo marcar la casilla según corresponda.

**NOTAS:**

- Personal de enfermería incluye las siguientes categorías: Licenciatura, Tecnóloga o Técnico (a) en Enfermería, Recursos Graduados y Auxiliares, Tecnología Materno Infantil.
- **No incluye personal en formación académica**, sin embargo en situaciones en donde médicos en servicio social brindan consulta debe tabularse en recurso Medico, lo mismo puede suceder con enfermeras en servicio social se deberá tabular en recurso Enfermería y es responsabilidad del SIBASI realizar la inducción del recurso humano y verificar la calidad de atención que están brindando.
- En el caso de existir médico Nutriólogo este deberá marcar recurso médico y detallar en la parte inferior la especialidad, aplica también para otras especialidades médicas.

## II. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES CONTENIDAS EN LA PARTE INTERMEDIA DEL REGISTRO DIARIO

- 1) **No.:** Se refiere al número de orden correlativo diario de la consulta por morbilidad y atenciones preventivas brindadas en el establecimiento de salud o fuera de él; dicha numeración correlativa deberá ser registrada por el recurso responsable de la atención ya sea de consulta externa, emergencia o extramural separadamente.
- 2) **Número de expediente clínico:** anotar el número del expediente clínico del paciente atendido. Se refiere al número del expediente asignado en el establecimiento de atención.

Esto aplica para la modalidad de correlativo anual, dígito terminal o familiar individual. En el caso de los ECOSF deberá registrarse el número del expediente clínico individual. Se debe garantizar que se escriba correctamente los OCHO campos del expediente separado por guiones y escribir en letra mayúscula área y zona como ejemplo. **08-07-U-001-A-234-224-007**. En el caso de los expedientes correlativos anuales deben registrarse el número de expediente separado por guión el año de emisión del expediente como ejemplo **25-2012; 5623-2010**. Esto permitirá generar reportes para evaluar la concentración de atenciones por paciente atendidos en la red de establecimientos de salud.

Cuando las atenciones se realizan a nivel extramural específicamente en la estrategia de Comunitaria, Centro Educativo y Albergue deberá escribir en lugar del número de expediente clínico **nombres y apellidos del paciente**, y en el caso de realizar una atención preventiva a persona que recibe consulta en establecimiento de salud deberá colocar número de expediente plasmado en tarjeta de control infantil o materna.

El personal digitador ingresará en el campo expediente clínico el número correlativo de las consultas brindadas y en el campo nombre del paciente los nombres y apellidos

En el caso que las atenciones se realizan en otro establecimiento se anotará el número de expediente del paciente que ha sido asignado por dicho establecimiento de salud.

- 3) **Escuela Promotora de la Salud:** marcar con una (X) la consulta o atención que se brinde a estudiantes referidos de un centro educativo al establecimiento de salud que está bajo la responsabilidad del establecimiento de salud y también en el caso de las consultas o atenciones que se les brindan en el interior de los diferentes centros escolares por una morbilidad detectada durante el levantamiento de la ficha escolar.

Las referencias que el director del establecimiento de salud realiza al establecimiento de salud de alumnos con un cuadro mórbido serán marcadas como escuela promotora de la salud.

No se debe registrar como consulta ni como atención el levantamiento de ficha escolar realizada por personal de salud no se registrara como consulta en el Registro Diario de Consulta, esta producción se registraran en el tabulador diario de Actividades del SEPS.

- 4) **Sexo:** Registrar el número correspondiente de acuerdo al sexo del paciente: **(1)** Masculino, **(2)** Femenino y **(3)** Indeterminado.

**NOTA:** Sexo indeterminado aplica solamente durante los primeros seis meses de vida y en quienes por malformaciones congénitas aún no pueda determinarse a que sexo pertenece. Se considera que el tiempo de 6 meses de vida es suficiente para que el paciente reciba la referencia a un hospital con capacidad a fin de realizar el proceso diagnóstico para la determinación del sexo mediante cariotipo.

#### **Edad de usuario(a)**

Para documentar la edad del usuario(a) a quien se brinda la consulta curativa y/o preventiva se debe especificar la edad del paciente, solo se llenara una columna según edad cumplida de cada paciente. No es correcto colocar un año 9 meses y 11 días, porque lo que se pretende saber es la edad en años cumplidos o meses si es menor de un año o en días si es menor de un mes.

- 5) **Años:** Anotar en las casillas correspondientes la edad en años cumplidos en aquellas personas que tienen 1 año o más años, por ejemplo: 1 año, 7 años, 78 años, etc.
- 6) **Meses:** si la persona es un niño mayor de 30 días de nacido pero menor de 1 año, entonces deberá registrar la edad en meses cumplidos, por ejemplo 1 mes, 2 meses, 11 meses.
- 7) **Días:** aplica únicamente para niños recién nacidos hasta los 29 días de vida, cuya edad deberá registrarse en días cumplidos, por ejemplo: 0 días, 1 día hasta 29 días.

#### **NOTA:**

- Los niños de 30 ó 31 días de vida se registrará su edad como 1 mes en la casilla anterior
- Las edades detalladas en las columnas 5,6 y 7 no se deberán registrar simultáneamente.
- **El personal digitador** solo ingresara el dato según edad cumplida, a pesar que el médico o el resto de profesionales hayan anotado en el Registro que era un niño de 4 años de 6 meses y 3 días, el dato a ingresar en el sistema será 4 años de edad.

- 8) **Departamento/País:** Con esta variable se pretende documentar donde vive el paciente actualmente. Se utilizara para evaluar cobertura, estratificar daño, calcular tasas entre otros.

Anotar el número correspondiente al departamento del domicilio ACTUAL del paciente, en el caso de residir en El Salvador utilizara los números de 1 a 14 y si reside en el exterior utilizara del 15 al 20, deberá detallar el número correlativo al país de residencia.



01 Ahuachapán	06. San Salvador	11. Usulután	16. Honduras
02 Santa Ana	07. Cuscatlán	12. San Miguel	17. Nicaragua
03 Sonsonate	08. La Paz	13. Morazán	18. Costa Rica
04 Chalatenango	09. Cabañas	14. La Unión	19 .Panamá
05 La Libertad	10. San Vicente	15. Guatemala	20. Otros países

- 9) Municipio:** Anotar el nombre del municipio de residencia ACTUAL del paciente. Este dato debe estar acorde con el departamento o país que anoto en columna número 8. Ej. Si marco departamento de San Salvador, especificara uno de los municipios del departamento como puede ser Ciudad Delgado.

**NOTA:**

- No se registrará en este campo el nombre de colonias, cantones o barrios.
- Para los extranjeros se colocará el nombre del municipio de residencia del paciente, se debe tener especial atención a personas procedentes de zonas fronterizas con el país

- 10) Área:** Registrar (1) en el caso que el paciente resida en la zona urbana y (2) si su residencia corresponde a la zona rural.

Entendiéndose que el área urbana comprende a todas las cabeceras municipales, donde se encuentran las autoridades civiles, religiosas y militares, y aquellas áreas que cumplen con las siguientes características: que tengan como mínimo 500 viviendas agrupadas continuamente, que cuenten con servicio de alumbrado público, centro educativo a nivel de educación básica, servicio regular de transporte y calles pavimentadas, adoquinadas o empedradas.

El área rural comprenderá al resto del municipio, conformado por cantones y caseríos (según DIGESTYC).

- 11) Código de Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF):** Anotar el código de la UCSF a la que se encuentra adscrito el paciente. Esto solo aplica para establecimientos de salud que disponen de ficha familiar.

*Por ejemplo: Si en la UCSFE de Ilobasco es atendida una persona que reside y está adscrita en la UCSFB de Agua Zarca, entonces en este campo deberá anotar el código que corresponde a la UCSFB de Agua Zarca que es el número 54.*

**NOTA:**

- Para este efecto cada SIBASI proporcionará a sus establecimientos un listado con los códigos asignados a cada uno de las UCSF según su RIIS.

- Otra forma de recuperar el dato será solicitando al paciente la tarjeta de identificación en los cuales se encuentra registrado la código de la UCSF donde está adscrito.

#### **ATENCIONES PREVENTIVAS:**

**12) Inscripción:** Registrar el número correspondiente según el grupo población al cual pertenece el paciente, pudiendo ser (1) Infantil, Adolescente, Adulto, Adulto Mayor, (2) Materno inscrita menos de 12 semana, (3) Materno más de 12 semanas, (4) Climaterio/ Menopausia, (5) Preconcepcional.

**Inscripción infantil:** se entenderá como la **inscripción por primera vez en la vida al niño(a)**, independientemente en que establecimiento del Sistema Nacional de Salud haya sido inscrito, el profesional deberá preguntar a la madre si su niño (a) ya ha sido inscrito en otro establecimiento de salud o dentro del mismo establecimiento por otro recurso del mismo sea este o no del MINSAL o FOSALUD, en esta situación se deberá registrar como control.

En el caso en que fue inscrito en un establecimiento privado, ONG u otra institución del SNS será registrado como inscripción.

En la inscripción de climaterio y menopausia, se anotara por primera vez en la vida cuando consulte en el establecimiento de salud por enfermedades relacionadas por climaterio o menopausia.

Con esta variable se pretende evaluar cobertura de inscripciones en el ciclo de vida de las atenciones preventivas que se brindan en los establecimientos de salud.

**Cuidado Preconcepcional** es el conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo.

Toda usuaria que desea embarazarse, el cuidado Preconcepcional se le debe de brindar seis meses previos a la búsqueda del embarazo.

La consulta Preconcepcional es brindada por médico(a), enfermera (o) y licenciado materno-infantil; a una mujer y su pareja, o a una mujer previo a su embarazo, con el objeto de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.

Las inscripciones infantiles y maternas no aplican para personal de Nutrición y Psicólogo.

**13) Control subsecuente:** Registrar el número correspondiente según el grupo población al cual pertenece el paciente, pudiendo ser (1) Infantil, Adolescente, Adulto, Adulto Mayor, (2) Materno, (3) Puerperal, (4) Climaterio y Menopausia (5) Puerperal Precoz (hasta los 7 días, (6) Preconcepcional, (7) Puerperal tardío (entre 8 y 42 días).

En el caso del control puerperal existen tres modalidades

- **Puerperio inmediato:** comprende las primeras veinticuatro horas después del parto, el cual se realiza en el hospital y por eso no se recolecta en el Registro Diario de Consulta Ambulatoria, solo se deja en expediente clínico de paciente
- **Puerperio mediato:** comprende desde el segundo al séptimo día posterior al parto y se anota como ***Puerperal Precoz***
- **Puerperio tardío:** comprende desde el día ocho hasta los cuarenta y dos días posteriores al parto. Se anota como ***Puerperal Tardío***.
- **Puerperio de seguimiento:** comprende todos los controles realizados a puérpera dejados después de puerperio precoz o tardío. **Se anota como Puerperal.**

**Control Subsecuente:** Son las todas las atenciones de seguimiento de la situación de salud de los individuos que ya fueron incorporados a cualquiera de los programas de atenciones preventivas mencionados en el numeral 12, y que son programadas con una periodicidad de acuerdo a la normativa vigente.

En el caso que un establecimiento de salud ubicado en un municipios no intervenido o intervenidos parcialmente y que se coordinan con la comunidad o con promotores de salud para realizar acercamiento con el fin de aumentar las coberturas de atenciones preventivas las cuales serán realizadas a nivel extramural, los controles preventivos realizados bajo esta modalidad deberán ser anotados en el Registro Diario colocando el número de expediente plasmado en tarjeta de paciente, además es obligatorio utilizar un hoja simple para documentar los hallazgos de evaluación encontrados en el paciente así mismo debe anotar en la tarjeta del paciente. El médico o profesional que brindo la atención deberá entregar al finalizar la jornada los registros y las hojas de los controles preventivos que realizo al personal de enfermería, para que sean entregados posteriormente al área de documentos médicos para ser incorporado en expediente clínico del paciente que dispone en el establecimiento de salud.

### **Dispensarización**

Ésta es un proceso dinámico y continuo de clasificación individual de la población de responsabilidad del Ecos Familiar, en cuatro grupos dispensariales.

La dispensarización debe reflejarse en el expediente clínico individual, y el fichero de seguimiento a la Dispensarización, requiere de una reevaluación periódica y continua, en la que puede haber modificaciones frecuentes del grupo dispensarial, lo cual determinará la frecuencia del seguimiento de cada individuo. El mejoramiento de la calidad de vida de los grupos dispensariales en un período de tiempo demostrará el impacto de la intervención realizada por los Ecos Familiares.

El seguimiento periódico de enfermedades agudas debe estar en relación al tipo de patología del usuario y la decisión del Ecos Familiar, y según lineamientos de AIEPI o la guía de atención de las enfermedades prevalentes por ciclo de vida, si el caso aplica.

Según criterio médico, las categorías de riesgo podrían modificar la periodicidad del número de seguimientos de cada paciente o usuarios de los servicios de salud, considerándose esta propuesta como la frecuencia mínima de seguimientos a cumplir

**Estas variables deberán ser llenadas solamente por establecimientos de salud que han levantado Ficha Familiar.** Los establecimientos de salud que cuentan con FOSALUD que están en los municipios censados con la ficha familiar ya sea el municipio total o parcial no deben completar las variables de dispensarización.

La asignación del grupo dispensarial es algo dinámico, por lo que cada vez que el paciente sea evaluado por el médico en una consulta programada podrá o no modificarlo.

**14) Grupo:** Registrar el número correspondiente al grupo dispensarial en el cual ha sido clasificado cada persona de acuerdo a la siguientes variantes:

**1. Grupo I: Supuestamente sano.** Persona que no manifiesta ninguna condición de riesgo individual o enfermedad, y no se constata en la evaluación clínica individual.

**2. Grupo II: Con Riesgo.** Personas en las que se comprueba o refieren estar expuestas a alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud, a mediano o a largo plazo.

**3. Grupo III: Enfermo.** Incluye a todo individuo que padezca cualquier enfermedad crónica o aguda. (Infecciosa o no infecciosa)

**4. Grupo IV: Con discapacidad.** Alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o psíquicas. Se incluyen complicaciones o secuelas.

**15) Tipo:** Registrar el número correspondiente al tipo dispensarial en el cual ha sido evaluado el paciente al momento de la consulta

1. Inicial
2. Seguimiento

Las Unidades Comunitarias de Salud Familiar intervenidas con el nuevo modelo de atención, cada vez que brinden una consulta o atención **“programada”** ya sea dentro del establecimiento de salud o a nivel extramural deberán registrar el grupo y el tipo de dispensarización. Las

atenciones a población por demanda espontanea (morbilidad) **no debe anotarse la variable del grupo ni tipo dispensarial.**

Solamente el médico podrá cambiar el grupo dispensarial, no así la enfermera ni el promotor esto solo aplica para los establecimientos de salud que cuenten con Ficha Familiar.

La evaluación del grupo dispensarial se hará en el momento de la consulta programada y es el médico quien modificará la tarjeta (o ficha de seguimiento a la dispensarización), si el paciente no lleva la tarjeta, de igual forma se debe anotar el cambio del grupo dispensarial según la valoración clínica en ese momento.

El personal de enfermería debe revisar el expediente del paciente para anotar el grupo dispensarial al que corresponde en ese momento; no puede cambiar esta clasificación, y sólo puede dar “seguimiento” del grupo dispensarial y serán registrados de esa manera.

Recuerde que en la historia clínica perinatal y el carné materno escribirá únicamente si la usuaria recibe control prenatal.

Las visitas de seguimiento y consultas por morbilidad según dispensarización (que no coinciden con control prenatal) deberá escribirlas en el expediente clínico y anotarse en grupo y tipo de dispensarización. Esto aplica también para las atenciones del recién nacido y controles infantiles.

Recordar que la mujer embarazada debe tener cinco controles, el primero (inscripción) antes de las 12 semanas de gestación, el segundo entre las 16 y 18 semanas, el tercero entre 26 y 28 semanas, el cuarto entre 32 y 34 semanas y el quinto control a las 38 semanas de embarazo, por lo que si con la dispensarización se decide incrementar el número de seguimientos a la embarazada y no coincide con el periodo de controles solo se anotara como dispensarización y no como control prenatal.

La usuaria llevará control prenatal en un solo establecimiento de salud, por lo que otras atenciones serán registradas como visitas de seguimiento y no control prenatal.

### **Evaluación del Estado nutricional**

Evaluar el estado nutricional implica la toma de diferentes mediciones corporales que al combinarse se obtienen índices válidos para identificar individuos o poblaciones en riesgo.

Se registrará solamente en la primera atención en el año calendario, es decir, una vez al año durante la primera consulta del paciente por una atención de tipo preventiva.

Para efecto de seguimiento del paciente, se evaluará el estado nutricional en cada atención que se brinde, pero este dato no se anotará en el Registro de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas, solamente en el expediente clínico.

Los índices que se describen a continuación serán utilizados para evaluar el estado nutricional según la edad del paciente:

**16) Peso-Edad, registrar en la casilla correspondiente la siguiente clasificación**

1. Normal
2. Desnutrición
3. Desnutrición severa

**17) Longitud/Talla-Edad, registrar en la casilla correspondiente la siguiente clasificación**

1. Normal
2. Talla alta
3. Retardo del crecimiento
4. Retardo severo del crecimiento

**18) Peso-Talla registrar en la casilla correspondiente la siguiente clasificación**

1. Normal
2. Desnutrición
3. Desnutrición severa
4. Sobrepeso
5. Obesidad

**19) Índice de Masa Corporal (IMC) registrar en la casilla la siguiente clasificación**

1. Normal
2. Peso bajo
3. Desnutrición
4. Sobrepeso
5. Obesidad
6. Desnutrición severa

La aplicación de 1 o más índices dará una evaluación integral del **estado nutricional** y de acuerdo al grupo de edad y grupo dispensarial (si aplica) se debe registrar la clasificación según el (los) índices utilizados como se describe en la tabla siguiente:

Edad/estado fisiológico	Índice nutricional a evaluar	Instrumento de evaluación
De 0 a menor de 2 años	16) Peso-Edad 17) Longitud/Talla-Edad	Gráfica de crecimiento de niñas, niños de 0 a 24 meses
De 2 a menor de 5 años	16) Peso-Edad 17) Talla-Edad 18) Peso-Talla	Gráfica de crecimiento de niñas, niños de 2 a menor de 5 años
De 5 a 19 años	19) Índice de Masa Corporal (IMC)	Gráfica de Índice de masa corporal para la edad Niñas, niños y adolescentes de 5 a 19 años
Adulto (hombre o mujer) de 20 a 59 años	19) Índice de Masa Corporal (IMC)	Según puntos de corte de IMC para la edad <b>Peso bajo:</b> valor menor de 18.49 kg/mt2 <b>Normal :</b> valor entre 18.50 y 24.99 kg/mt2 <b>Sobrepeso:</b> valor entre 25.00 y 29.99 kg/mt2 <b>Obesidad:</b> valor mayor de 30.00 kg/mt2
60 y más años	19) Índice de Masa Corporal (IMC)	Según puntos de corte de IMC para la edad: <b>Normal:</b> mayor de 23 a menor de 28 kg/mt2 <b>Desnutrición:</b> menor o igual a 23 kg/mt2 <b>Sobrepeso:</b> igual o mayor de 28 y menor de 32 kg/mt2 <b>Obesidad:</b> igual o mayor a 32 kg/mt2
Embarazadas (Menor a 12 semanas de gestación). Adolescentes o de 20 a 49 años de edad.	19) Índice de Masa Corporal (IMC)	Si es adolescente embarazada: utilizar la Gráfica de Índice de masa corporal para la edad: Niñas, niños y adolescentes de 5 a 19 años.  <b>Desnutrición severa:</b> Abajo de -3DE <b>Desnutrición:</b> entre -2DE y -3DE <b>Normal:</b> entre +1DE y -2DE <b>Obesidad:</b> entre +2DE +3DE <b>Sobrepeso:</b> entre +1DE y +2DE  Si es embarazada de 20 a 49 años de edad utilizar los puntos de corte de IMC: <b>Normal :</b> valor entre 18.5 y 24.9 kg/mt2 <b>Peso bajo:</b> valor menor a 18.5 kg/mt2 <b>Sobrepeso:</b> valor entre 25 y 29.9 kg/mt2 <b>Obesidad:</b> valor igual o mayor a 30 kg/mt2
Embarazadas (Más de a 12 semanas de gestación). Adolescentes o de 20 a 49 años de edad	18) Peso-Talla	Tabla de peso para la talla según la edad gestacional con las clasificaciones de <b>Normal:</b> Entre percentil 10 y 90 <b>Desnutrición:</b> Menor del percentil 10 <b>Sobrepeso:</b> Arriba del percentil 90

## 20) Lactancia Materna

Evaluar en niños (as) de entre **5 y 6 meses** en la inscripción o en su primer control infantil. Este dato debe registrarse únicamente en la primera atención en el año calendario.

Registrar en la casilla correspondiente de acuerdo a la siguiente clasificación:

1. Si es lactancia materna exclusiva
2. Lactancia materna predominante o complementaria
3. Sin lactancia

Se entenderá por:

**Lactancia materna exclusiva:** Cuando los niños y niñas son alimentados únicamente con leche materna, sin agregar ni siquiera agua mucho menos otro tipo de alimento.

**Lactancia materna predominante o complementaria:** Cuando los niños y niñas son alimentados con leche materna, pero además le dan agua y otro tipo de líquidos como té, formulas, etc.

**Sin lactancia:** Cuando los niños y niñas no son alimentados con leche materna y que han iniciado la introducción de otros alimentos como fórmulas infantiles, purés, frutas etc.

#### **ATENCIONES POR MORBILIDAD BRINDADAS POR NUTRICIONISTAS**

En el Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas se registrarán las atenciones por consulta de morbilidad **de primera vez** (por ejemplo Desnutrición, Obesidad, Anorexia, bulimia entre otras) siempre y cuando el diagnóstico nutricional no haya sido establecido por el médico. En caso nutricionista modifique el diagnóstico médico, será tomado como de primera vez.

Las atenciones de seguimiento producto de una referencia por diferentes morbilidades (Hipertensión arterial, Gota, Hipercolesterolemia, Diabetes, entre otras) serán registradas en el Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas como “subsecuentes”.

Se comprende como atención de seguimiento aquella generada cuando el tratamiento nutricional es abordado tomando como base el diagnóstico establecido en la referencia (referencia por médico, psicólogo u otro profesional).

Las atenciones del nutricionista en respuesta a una referencia por el médico o por una solicitud espontánea del paciente puede considerarse como una “consulta para inscripción o vigilancia de la dieta”, la cual podrá ser codificada como Z71.3 (según la CIE-10), que deberá ser anotado en la casilla de otras afecciones, tipo de consulta de primera vez o subsecuente.



**21) Inscripción/Control (Planificación Familiar – Métodos Temporales):** Registrar en la casilla el número correspondiente: (1) Inscripción, (2) Control Normal y (3) Control por morbilidad.

Se considera como inscripción a la primera atención que recibe un (a) usuario (a) en su vida que consulten en cualquier establecimiento del Sistema Nacional de Salud para la adopción de un método anticonceptivo; la inscripción puede ser brindada por los recursos: Médico, Enfermería y tecnólogo materno infantil.

Las atendidas por médicos privados que consulten por este servicio en la red de establecimientos del SNS.

**Nota:** En una inscripción de Planificación Familiar por cualquiera de los métodos temporales; es obligatorio registrar el tipo de método a utilizar y registrar como usuario(a) Activo (a).

**No se consideran inscripción:**

- a. Cuando al usuaria haya sido atendida en otro establecimiento de salud por Planificación Familiar
- b. Cuando una usuaria cambia de un método anticonceptivo a otro método temporal.
- c. Cuando la usuaria haya suspendido un método temporal por un período indefinido de tiempo y que posteriormente reinicie el uso de algún método anticonceptivo.
- d. La prescripción de un producto anticonceptivo por patología ginecológica y usos terapéuticos.

**Control Subsecuente:** Registrar en la casilla con el número correspondiente (2) Control Normal y (3) Control por Morbilidad.

Considerar como control subsecuentes las consultas y/o atenciones que se brinden a los o las usuarias de la planificación familiar, posterior a su consulta de inscripción por médico, enfermera o tecnóloga materno infantil en cualquier establecimiento del SNS.

Los controles se clasificarán según condición de atención de la o los usuarios al momento del control: Normal o por Morbilidad.

- **Control Normal:** se entenderá por la atención brindada a las(los) usuarios(as), que están usando de manera regular un método de planificación familiar y que no presenta en el momento del control una morbilidad asociada al método.
- **Control de Morbilidad:** se entenderá por la atención brindada a las(los) usuarios(as), por morbilidad asociada al método utilizado, que comprometa su estado de salud, con base a lo descrito en la Guía de Atención en Planificación Familiar. No incluir como control por morbilidad los efectos secundarios propios del método temporal.

**22) Tipo de Método:** Registrar en la casilla correspondiente (1) Inyectables, (2) Oral, (3) Barrera (Condón), (4) Dispositivo Intrauterino, (5) Natural, (6) Intradérmico y (7) Otro.

**23) Usuarías Activas:** Registrar en la casilla correspondiente (1) Inyectables, (2) Oral, (3) Barrera (Condón), (4) Dispositivo Intrauterino, (5) Natural, (6) Intradérmico y (7) Otro.

Se entiende por Usuaría Activa a la persona **que asiste por primera vez en el año** al programa de planificación familiar, ya sea para inscribirse o para un control subsecuente.

**24) Detección Precoz del Cáncer (Citología, Próstata, IVAA, VPH y Mama):** Registrar en la casilla correspondiente (1) Toma de citología vaginal de 1ª vez en la vida, (2) Toma de citología vaginal subsecuente del programa, (3) Examen de Próstata, (4) Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), (5) Virus del Papiloma Humano (VPH) y (6) Examen de mama.

**Toma de citología vaginal de 1ª vez en la vida:** Registrar la Toma de Citología vaginal que por **primera vez en la vida** se le toma a la paciente es decir que nunca antes se ha tomado la citología en ningún establecimiento, ya sea público o privado)

**Toma de citología vaginal subsecuente del programa:** Registrar como subsecuente toda citología tomada, como seguimiento al Programa de Detección Precoz del Cáncer en cualquiera de los establecimientos de Salud.

**Examen de próstata:** Registrar el examen rectal de próstata realizado a todo hombre mayor de 40 años y a pacientes menores de 40 años con sintomatología sugestiva de alteración de la próstata y debe realizarse cada año. En casos de no practicarse También aplica para el control con los resultados de análisis de laboratorio por estudio prostático realizado al paciente siempre y cuando no se le haya practicado el tacto rectal.

**Inspección visual con Ácido Acético IVAA:** Registrar si se realiza la inspección visual del cuello uterino con ácido acético como alternativa de tamizaje.

**VPH:** Anotar esta metodología de tamizaje solo es aplicable para ciertos establecimientos de salud que lo realizan.

**Examen de Mama:** Anotar cuando el profesional de salud realiza dicha exploración en la paciente.

Cuando a una misma paciente se le realiza tamizaje para cáncer cervico uterino y de mama se deberá anotar ambos procedimientos realizados a paciente. En este caso la columna se dividirá para poder anotar lo realizado a la paciente. Ejemplo (1/6, o 2/6, 4/6 o 5/6).

- 25) **Semanas de Amenorrea:** Este columna se deberá registrar el número de semanas de amenorrea en embarazadas que consulte el establecimiento de salud por consulta curativa o preventiva.

## **MOTIVO DE CONSULTA POR MORBILIDAD**

**Columna número 26) y 31) Tipo de consulta:** anotar (1) si la consulta es de Primera Vez y (2) si es Subsecuente.

**NO se refiere a la primera visita al establecimiento de salud en el año.**

**Consulta de Primera Vez (1):** Entendiéndose con consulta de primera vez por morbilidad aquella que se otorga a un paciente cada vez que asista por un nuevo episodio de una enfermedad aguda independientemente del año calendario.

Las enfermedades crónico-degenerativas, será de primera vez cuando **se establece el diagnóstico en el paciente por primera vez en la vida**, no aplica para persona que visita por primera vez el establecimiento, por ser referencia, interconsulta, control por primera vez por el especialista, si es visto por primera vez en un establecimiento de mayor complejidad.

*Ejemplo: un paciente que consultó por primera vez en un establecimiento de salud debido a un cuadro de gastroenteritis aguda, es tratado y manejado ambulatoriamente, sin embargo, durante el mismo día o durante dura la fase aguda del cuadro clínico de la enfermedad se visita otro establecimiento de primer nivel u hospital, por el mismo episodio de gastroenteritis aguda, esta última consulta corresponderá a una consulta subsecuente (aunque sea la primera vez que visite este último establecimiento).*

Para evitar sobre registrar las atenciones de primera vez que se brindan en la red de establecimientos el personal medico, enfermera, psicólogo o nutricionista deberá:

- a) Consultar el expediente clínico del paciente para ver si ya recibió atención por la morbilidad que consulta.
- b) Preguntar al paciente si ya adolece de alguna enfermedad crónica como HTA, diabetes o si consulta por un cuadro agudo de enfermedad transmisible ya visito otros establecimientos de salud por la misma enfermedad, de contestar que “SI” este se tabulara como subsecuente.

Como generalmente las atenciones que brinda el personal de enfermería, psicólogo y nutricionista son de seguimiento a pacientes referidos por medico, tabulara la atención brindada como subsecuente; sin embargo si el diagnostico dado según la evaluación clínica realizada por estos profesionales es diferente al emitido por el medico esta atención se tabulara como de Primera vez.

**Consulta Subsecuente (2):** Es aquella que se otorga a un paciente para control o seguimiento de un mismo episodio por una enfermedad diagnosticada en una consulta de primera vez. Ejemplo: Paciente atendido de primera vez por Dermatitis Seborreica infantil el 23 de diciembre, regresa el 24 de enero del siguiente año para control por la Dermatitis, será consulta subsecuente (2).

Para el caso de **Enfermedades No Transmisibles Crónico Degenerativas** como Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus sucede únicamente una vez en la vida, puesto que esa condición prevalecerá hasta que el paciente fallece, por lo que todas las consultas brindadas independientes del establecimiento de salud deberán ser tipificadas como Subsecuente (2).

**27) Tipo de consulta por especialista:** anotar (1) si la consulta es de Primera Vez y (2) si es Subsecuente.

Si un usuario (a) es referido por un médico general para ser evaluado por un especialista y es la primera vez que lo atiende se tabulara como de primera vez.

Si un usuario (a) fue atendido por un especialista pero amerita interconsulta con otra especialidad se anotara como de primera vez. Ej. Un pediatra refiere a un paciente a un alergista o un neumólogo.

Si un usuario (a) ya ha sido visto por un especialista y asiste a su control y es visto en esta ocasión por otro profesional de la misma especialidad se tabulara como subsecuente.

Esta variable permitirá conocer la producción de cuantas consultas de primera vez han sido vistas por el especialista en el establecimiento.

**28) Sospecha:** Aplica solamente para las consultas de primera vez para enfermedades o eventos sujetos de vigilancia epidemiológica según normativa vigente.

Difteria	Meningitis por	Fiebre Equina
Parálisis Flácida Aguda	Haemophilus	Venezolana
Enfermedad Febril	influenzae	Leptospirosis
Eruptiva	Meningitis	Paludismo
Rubéola	Meningocócica	Cólera
Rubéola Congénita	Meningitis	Síndrome Respiratorio
Sarampión	Neumocócica	agudo severo (SARS)
Tétanos*	Meningitis	Conjuntivitis Hemo
Tétanos neonatal*	tuberculosa	rrágica **
Tosferina	Dengue	Rabia humana
	Dengue grave	Hantavirus
	Fiebre amarilla	

Cada vez que se tenga la sospecha diagnóstica de cualquiera de los eventos antes mencionados, deberá marcarse este campo con una "X" y **SERA el medico que reporta el caso quien llenara** el Formulario para Notificación Individual de enfermedad objeto de vigilancia sanitaria (VIGEPES-01), así mismo el Formulario Solicitud de Examen por enfermedad objeto de vigilancia sanitaria (VIGEPES-02) para los casos que ameriten colección de muestras para análisis laboratorial.

\*No se colecta muestra, los casos se confirman por el cuadro clínico, \*\*los casos se confirman por consulta con el especialista.

**29) Diagnostico principal (Afección Principal):** Se entenderá por diagnóstico o afección principal lo siguiente:

- Afección diagnosticada al final del proceso de la atención o consulta
- Afección primariamente responsable del tratamiento o investigación de la que fue sujeto el paciente
- Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera responsable del **mayor uso de recursos** para su atención.

Cada diagnóstico debe anotarse con todos los calificativos posibles, para que la enfermedad se codifique en una categoría apropiada de la CIE-10.

- El diagnóstico principal de una consulta en la que se atiende una enfermedad aguda y una enfermedad crónica en tratamiento, será la enfermedad aguda la que se clasificara como diagnóstico principal. Ejemplos: Infección por VIH más Moniliasis Oral; Tuberculosis Pulmonar y Bronquitis Aguda. La Moniliasis oral y la Bronquitis aguda serán los diagnósticos principales no olvidando colocar en otras afecciones diagnóstico VIH o Tuberculosis Pulmonar ya que su codificación es diferente a la misma patología en otros pacientes sin esas condiciones.
- En atención a un paciente por inscripción o control subsecuente en programa preventivo, pero que consulta también por alguna enfermedad aguda o lesión, el diagnostico principal será la enfermedad o lesión y la atención preventiva se anotara en la columna de atenciones preventivas.
- El diagnóstico principal de una consulta en la que se detecta una enfermedad aguda infecciosa y una aguda no infecciosa, será la aguda infecciosa la principal. Ejemplo: Faringoamigdalitis Aguda y Parasitismo intestinal. La Faringoamigdalitis Aguda será el diagnóstico principal.
- El diagnóstico principal de una consulta por una enfermedad aguda infecciosa entérica y una aguda infecciosa no entérica, será la infecciosa no entérica el diagnóstico principal. Ejemplo Escabiosis y Disentería Amebiana aguda, seleccione la Disentería Amebiana como causa principal.

- En consulta por enfermedad parasitaria y con examen de laboratorio reportando presencia de varios parásitos, seleccionar como diagnóstico principal la infección parasitaria que considere más severa o que puede causar más daño a la salud del paciente.
- En atenciones médicas por enfermedades o lesiones múltiples relacionadas entre sí, seleccione como diagnóstico principal la enfermedad o lesión que ha sido la más grave o la que ha demandado mayor uso de recursos (médicos, exámenes, medicamentos, etc.) Ejemplo: Fractura en diáfisis de tibia y peroné más fractura.
- Las enfermedades que requieren medios de confirmación para la especificación del diagnóstico, deben anotarse en el Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones preventivas y en el expediente clínico según criterio médico, en base al resultado del examen indicado en una consulta posterior, se consideraran ambas como consultas de primera vez. Ejemplo: Parasitismo Intestinal; posteriormente al examen de laboratorio, Amibiasis Intestinal.
- Los diagnósticos de consultas con respuesta de exámenes de laboratorio, estudios radiológicos u otros exámenes de imagenología deben anotarse según el resultado del estudio. Ejemplo: Paludismo por Plasmodium Vivax, fractura de fémur en tercio medio o inferior.
- Los diagnósticos por tumores deben registrarse de acuerdo a sitio anatómico de localización y comportamiento dependiendo del resultado de la biopsia, (este último se clasifica en maligno, benigno, in situ o incierto) Ejemplo: Tumor benigno de ovario; Leucemia mieloide subaguda; Tumor maligno de cartílago laríngeo.

Los diagnósticos anotados en el Registro Diario de Consulta y Atenciones preventivas deben estar iguales a los descritos en el expediente clínico del paciente, detallándose en el mismo el cuadro clínico del paciente, los hallazgos de la evaluación clínica, laboratorial y gabinete según sea el caso así como las indicaciones y manejo indicado al paciente.

El diagnóstico principal deberá estar atado con la referencia, interconsulta y motivo de ingreso.

NOTA: Deberá registrarse correctamente el nombre del diagnóstico, con letra legible, sin manchones ni tachaduras, tampoco deberán utilizarse abreviaturas.

Ejemplos:

INCORRECTO	CORRECTO
Εα <sup>®</sup> ™ μΥ+Σ αμα o FA	Faringitis Aguda
<del>Cardiopatía isquémica</del> Infarto Agudo de Miocardio	Infarto Agudo de Miocardio
I.V.U.	Infección de Vías Urinarias
I.R.C.	Insuficiencia Renal Crónica
H.T.A.	Hipertensión Arterial Primaria

NOTA: Si no se hizo ningún diagnóstico, deberá seleccionarse como afección principal: el síntoma principal, el hallazgo anormal o el problema más importante, que se haya detectado durante la atención.

Vale decir que estos también tienen un código asignado en la CIE-10; sin embargo deben evitarse en la medida de lo posible ya que aumentarán la proporción de las causas mal definidas en detrimento de la calidad de los datos (El valor máximo de causas mal definidas tolerado internacionalmente es un 10% del total de consultas).

**Columna número 30, 33, y 35: Código CIE 10:** registrar el código correspondiente al diagnóstico anotado por el médico tratante, se hará uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° Revisión.

**NOTA:** Este espacio está reservado para el Codificador, deberá hacer uso de las “**Reglas y Orientaciones para el registro de la Morbilidad**” contenidas en el Volumen 2 de la CIE 10, sección 4.4, páginas 109-136 de la Edición de 2008.

Cuando hay un embarazo y una morbilidad se deberá asociar el código el capítulo XV de la CIE-10

**32) Otras afecciones:** Además de la afección principal los registros de la morbilidad deben contener separadamente otras afecciones o problemas que fueron atendidos durante el episodio de atención a la salud.

Esas otras afecciones se definen como aquellas que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio por el que se atendió o afectaron el manejo del paciente, debiéndose registrar en este campo.

**34) Causa externa de morbilidad:** anotar la circunstancia o mecanismo que ocasionó la enfermedad por la que consulta el paciente, es decir la causa externa del diagnóstico principal si este aplica.

- Los diagnósticos por heridas, fracturas, luxaciones, esguinces o torceduras y otros traumatismos deben contener el sitio anatómico afectado y causa externa que lo

origina. Ejemplo: Traumatismo superficial de la nariz; amputación traumática dedo índice de la mano; Fractura de la epífisis superior de tibia; Herida de labio y cavidad bucal debida a accidente laboral, accidente de tránsito, violencia, etc.

- Los diagnósticos principales por traumatismos, envenenamientos, y otros efectos adversos, deben contener la causa externa de morbilidad que origino la lesión. Ejemplo: Fractura de clavícula (diagnóstico principal), Accidente de trabajo (causa externa); Herida de cuero cabelludo (diagnóstico principal) Agresión con arma punzante (causa externa).
- En el caso de que la morbilidad registrada en el diagnóstico principal no esté relacionada con una causa externa, el espacio correspondiente a esta variable deberá quedar en blanco.

*Ejemplo: El diagnóstico principal de un paciente es “Fractura de fémur”, la causa externa de morbilidad podría ser “un accidente de transporte” o una “herida por arma de fuego”.*

**NOTA:** Los traumatismos, envenenamientos y algunos otros motivos de consulta son provocados por factores que técnicamente se conocen como “causas externas”, como fue explicado en el ejemplo anterior en el que la fractura del fémur fue una consecuencia de un accidente de transporte o bien de una herida por arma de fuego.

Es obligación del médico cada vez que diagnostique un traumatismo **especifique hasta donde sea posible** la causa externa que lo provocó.

## **DISCAPACIDAD DEL USUARIO (A) QUE CONSULTA**

**35) Tipo de discapacidad:** Con esta variable se llevara el control de las consultas a personas con discapacidad que consulta la red de establecimientos de salud.

Registrar en la casilla correspondiente: (1) Física, (2) Auditiva, (3) Visual, (4) Mental, (5) Con más de una discapacidad.

Se entenderá por ejemplo:

- Física: ausencia de una extremidad por amputación
- Auditiva: sordera por edad o por enfermedad profesional
- Visual: uso de lentes por miopía. hipermetropía o astigmatismo
- Mental: retardo mental severo, enfermedad mental, etc.
- Más de una discapacidad

Este dato deberá registrarse cada vez que la persona sea atendida el establecimiento de salud independientemente las veces que consulte.



Para tabular este dato el personal tratante observara en el paciente si presenta algún tipo de discapacidad según las detalladas anteriormente.

## **ATENCIÓN POR VIOLENCIA**

**37) Tipo:** Registrar en la casilla correspondiente (1) Física, (2) Psicológica, (3) Sexual

Se entenderá por:

- a. Física (golpes, empujones, etc.)
- b. Psicológica (amenazas, insultos, etc.)
- c. Sexual (abuso o violación)

Este dato se recolectará siempre que durante la atención se haya identificado que la persona es víctima de algún tipo de violencia detallado anteriormente.

Este dato deberá registrarse cada vez que la persona sea atendida en el establecimiento de salud independientemente las veces que consulte. Teniendo el cuidado de anotar el tipo de consulta de primera vez o subsecuente.

**38) Ámbito:** Cuando se reporte algún tipo de violencia deberá registrar donde se da este tipo de violencia pudiendo ser a nivel: (1) Intrafamiliar o (2) Comunidad

Se entenderá por:

- **Intrafamiliar:** (provocada por un miembro de la familia, generalmente cónyuge, padres y padrastros, pero también puede ser por hermanos, tíos o cualquier pariente o conviviente)
- **Comunidad:**(provocada por jefes o compañeros de trabajo, amigos, vecinos o desconocidos)

Este dato debe ser recolectado siempre que en el numeral 34 se haya registrado cualquier forma de violencia.

## **EVALUACION DE SALUD MENTAL**

**39) Procedimientos de salud mental:** Registrar en la casilla correspondiente (1) Prueba psicométrica, (2) Psicoterapia Individual, (3) Intervención en Crisis, (4) Primeros Auxilios Psicológicos.

**Se registraran únicamente las atenciones individualizadas que se brinde por personal de salud capacitado.**

Se entenderá por:

- **Prueba psicométrica** Instrumentos experimentales que tienen por objeto medir los rasgos generales de personalidad de un individuo, por ejemplo: test de inteligencia.
- **Psicoterapia Individual:** La psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo (paciente o cliente) que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos. De ahí que ésta puede ser ofrecida no necesariamente por especialistas en psiquiatría, sino por todos los recursos debidamente capacitados para ello en los diferentes niveles de atención.
- **Intervención en Crisis:** Es un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de daños emocionales o físicos se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades y perspectivas u opciones de vida) se incremente cuando se va a capturar este tipo de abordaje debe ser desarrollado por un profesional de salud mental capacitado previamente. Por lo que es de esperar que en momentos de emergencias y desastres, con el apoyo de recursos capacitados este tipo de atenciones se brinden en los diferentes niveles de atención.
- **Primeros Auxilios Psicológicos:** Intervención psicológica en el momento de crisis. Es decir una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal. Aquí podemos distinguir los primeros auxilios psicológicos (que pueden y deben ser realizados por los equipos de primera respuesta previamente capacitados); de la psicoterapia que realizan los profesionales en la materia.

**40) Ingreso hospitalario:** Marcar una “X” en la casilla correspondiente para en el caso de que el paciente a quien se le ha brindado la atención o consulta ya se en emergencia o consulta externa del hospital amerite ser ingresado en el mismo establecimiento de salud.

En el caso que el hospital no tenga la capacidad para poder atender al paciente por el proceso mórbido y lo refiera a otro establecimiento de mayor complejidad, NO marcara hospitalización pero si llenara la columna de referencia y el lugar a donde se destina el paciente. Esta columna solo Aplica únicamente para los hospitales.

## **SISTEMA DE REFERENCIA E INTERCONSULTA**

Garantizar el acceso a los servicios de salud y la atención continua y de calidad a través de la implementación del sistema de referencia e interconsulta, junto con acciones coordinadas en el marco de las Redes Integradas e integrales de servicios de salud.

El sistema de referencia e interconsulta constituye una pieza clave para la adecuada gestión de la atención, de tal forma que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de sus riesgos y enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención de la red de servicios y del sistema nacional de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida.

El Sistema de referencia e interconsulta establece coordinaciones eficientes entre los diferentes niveles de atención de la RISS, facilitando el continuo de la atención de las personas bajo los criterios de continuidad, oportunidad e integralidad, permite la toma de decisiones para la referencia, cuando las necesidades o complicaciones que presentan los usuarios sobrepasan la oferta de servicios definida para el nivel de atención correspondiente, así mismo el sistema de referencia e interconsulta se constituye en pieza fundamental para el trabajo en red.

Permite que el personal de los servicios de salud, brinde la atención a los usuarios de acuerdo a la oferta de servicios definida para cada uno de ellos, optimizando de esta manera la utilización de los mismos.

**Columna número 41 o 42: Referencia/Interconsulta:** Este dato se recolectará según el siguiente detalle:

**Referencia:** Es el proceso a través del cual el personal de la RISS, envía o acompaña a un paciente al nivel de atención indicado, cuando su condición clínica excede la capacidad resolutoria del establecimiento de salud inicial, por haber superado la oferta de servicios establecida o por pertenecer a otra área de responsabilidad, refiriéndose a la misma para la continuidad de los servicios de salud requeridos.

La operativización de la referencia desde su elaboración en la UCSF (básica, intermedia y especializada) hacia el Hospital, dirigida a consulta externa o emergencia; se debe realizar mediante la “Hoja de Referencia, interconsulta y Retorno” en original y copia, debiendo plasmar en el expediente clínico individual dicha referencia **así como en el Registro Diario de Consulta Ambulatoria y Atenciones Preventivas y especificar el lugar a donde es referido el paciente** acto seguido debe anotarse en el Libro de referencia, retorno e interconsulta del establecimiento de salud; además se deben entregar al usuario las dos hojas autorizadas por el Director del establecimiento o la persona que éste designe, para que las presente en el Hospital. Si es una emergencia y es acompañado por el personal de salud, éste es el responsable de entregar los documentos en su destino final.

Es importante detallar que:

**Colocara referido a:** cuando se refiere o envíe a un paciente a otro establecimiento de salud. Se anotara el nombre del establecimiento en la columna correspondiente.

Estoy registrando del total de consultas que atendí en el día cuantos pacientes ameritaron ser referidos a otro establecimiento de mayor complejidad o que tienen otros servicios que no se disponen en el establecimiento.

**Colocara referencia de:** cuando se reciba a un paciente procedente de otro establecimiento de salud. Se anotara el nombre del establecimiento que lo refiere o envía en la columna correspondiente.

Estoy registrando del total de consultas que atendí en el día cuantos pacientes fueron para dar respuesta a una referencia emitida por otro establecimiento de salud.

El dato de referencia anota el Registro Diario de Consulta debe estar acorde con el total de referencia anotadas en el libro de referencias e interconsultas que lleva el personal de enfermería en los establecimientos de salud, por lo que se debe verificar al finalizar la jornada si el número de referencias está acorde con lo tabulado en el libro de referencias. En caso de encontrar inconsistencias se revisara y se corregirá dicha información. Esta actividad debe realizarse entre el personal de enfermería y ESDOMED.

Esta variable permite ver si las consultas que se dan en el establecimiento de salud es por demanda espontanea es decir que el paciente llego directamente al establecimiento de salud o ya fue visto en otro establecimiento y que según valoración médica amerito ser referido para ser manejado o completar estudio por el proceso mórbido que consulto.

### **Interconsulta:**

La interconsulta se genera cuando se necesita la opinión de uno o más profesionales especializados para el manejo integral de la persona, desde el primer nivel hasta el tercer nivel de atención, ya sea en la comunidad, unidades comunitarias de salud familiar, consulta externa o servicios de hospitalización, cuando el paciente provenga de otro establecimiento de salud.

La Hoja de interconsulta será utilizada, como medio de comunicación entre el Ecos Familia y el Ecos Especializado y viceversa, cuando no se tenga la disponibilidad del expediente clínico para registrar la atención por el profesional especializado. Algunas de las razones fundamentales para la interconsulta son:

1. Mejorar el acceso brindando atención en el lugar y tiempo adecuados.
2. Necesidad de un diagnóstico o terapéutica de mayor complejidad.
3. Necesidad de un enfoque multidisciplinario.
4. Evolución no satisfactoria del paciente.
5. Enfermedades que se constituyen riesgo individual o para la salud colectiva (epidemias, entre otros).
6. Necesidad de ampliar capacidades y competencias del equipo de salud, mediante la educación continuada en el servicio.

## 7. Oportunidad para mejorar la eficiencia y optimizar los recursos.

Cuando el usuario requiera atención por un especialista y el caso pueda ser resuelto en el primer nivel, el personal de la UCSF Intermedia y el Ecos Familiar, debe realizar las interconsultas al Ecos Especializado correspondiente, o a la UCSF Intermedia que cuente con la especialidad requerida.

El profesional de salud debe atender las interconsultas de su red asimismo debe indicar el manejo o seguimiento del paciente en la hoja de interconsulta, referencia y retorno, en el expediente clínico individual así anotar la atención de dicha interconsulta en el Registro Diario de Consulta y Atenciones Preventivas.

Es importante detallar que:

**Colocara interconsulta a:** cuando se refiere o envía al paciente a otro establecimiento. Se anotara el nombre del establecimiento en la columna correspondiente.

**Colocara interconsulta de:** cuando se recibe un paciente en el establecimiento producto de una demanda de opinión de otro establecimiento de salud. Se anotara el nombre del establecimiento en la columna correspondiente.

## ACCESO A SEGURO DE SALUD

Con el fin de documentar si la demanda de usuarios que atendemos en el establecimiento de salud dispone o no de un seguro médico se debe explorar en todo paciente lo siguiente:

Esta información se indagará por el médico tratante cada vez que brinde una consulta médica a los usuarios del establecimiento de salud.

Si un paciente es cotizante o beneficiario del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Mucho personal del MINSAL pasa consulta en establecimiento donde trabaja y no es anotado como beneficiario del ISSS por lo que se debe reforzar la captura de esta información.

Cuando en la modalidad se registre bienestar magisterial deberá anotar si es paciente cotizante o beneficiario.

**Columna numero 43 y 44 Tipo:** Registrar en la casilla correspondiente (1) Cotizante del ISSS, (2) Beneficiario del ISSS, (3) Veterano de Guerra, (4) Cotizante de Bienestar Magisterial (ISBM), (5) Beneficiario de Bienestar Magisterial (ISBM), (6) Cotizante del IPSFA, (7) Beneficiario del IPSFA.

**Número de Afiliación:** Anotar el número con el cual se ha identificado al paciente en la institución de la cual es beneficiario o cotizante.

### III. PARTE INFERIOR DEL REGISTRO DIARIO DE CONSULTA

**Horario de consulta:** Registrar De \_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_: la hora de inicio y finalización del tiempo destinado para la atención médica.

**Nombre del recurso:** Anotar los nombres y apellidos del Médico, Nutricionista, Psicólogo tratante.

**Firma y sello:** Deberá firmar y sellar con Número de vigilancia del responsable, cada uno de los registros utilizados para documentar la atención curativa o preventiva brindada en el día. RECORDAR que el Registro Diario de Consulta es un documento legal.

**Especialidad:** Anotar la especialidad del profesional que brindó las atenciones: Medicina General, Pediatría, Cirugía General, Psiquiatría, Nutriólogo, Reumatólogo, etc.