



**REPÚBLICA DEL PARAGUAY**  
**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL**

# INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA



**ASUNCIÓN – PARAGUAY**  
**2010**

# **AUTORIDADES**

**DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ**

*Ministra de Salud Pública y Bienestar Social*

**DR. EDGAR D. GIMÉNEZ CABALLERO**

*Vice Ministro de Salud Pública y Bienestar Social*

**DRA. MARÍA GRACIELA G. DE CÁCERES**

*Directora*

*Dirección General de Información Estratégica en Salud*

**PARTICIPANTES DE LOS TALLERES DE DISCUSIÓN PARA EL ANALISIS  
DE LA PROPUESTA DE CONTENIDO DE LA HISTORIA CLINICA**

**DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD- DIGIES  
DIRECCIÓN DE BIOESTADISTICA**

**Dra. Graciela Gamarra de Cáceres**  
**Dra. Luz Romero de Molinas**  
**Abog. Filomena Rivas**  
**Dra. Rosa Lina Ferreira**  
**Lic. Lucia Bogado Riveros**  
**Lic. Manuel Vargas**  
**Estefana C. de Olmedo**  
**Manuela Bernal**

**Dirección de  
Planificación y  
Evaluación**  
*Dr. Roberto Dullak*

**Dirección General de  
Programas de Salud**  
*Dr. Rubén Darío Ortiz*  
*Lic. Vidalina Arzamendia*  
*Lic. María Delasnieve Insfrán*  
*Lic. Blas Duarte*

**Dirección de Salud  
Integral de  
Niñez y Adolescencia**  
*Dra. Raquel Escobar*  
*Dra. Elke Strubing*  
*Jesús Irrazabal*

**Dirección de Salud Mental**  
*Dra. Mirta Mendoza*  
*Dr. Martín Moreno*

**Instituto Nacional de Prevención  
Cardiovascular - INCARP**  
*Dr. Víctor A. Espínola*

**Centro de Información y Recursos  
para el Desarrollo – CIRD**  
*Dr. Carlos Rodríguez*  
*Dr. Alexis Moreno*  
*Dra. Mirtha Mongelós*

**Centro Paraguayo de Estudios de  
Población - CEPEP**  
*Dra. Cynthia Prieto*

**III R.S - Cordillera**  
*Dr. Cristian Yegros*  
*Alfredo Adan Klein*

**V R.S - CAAGUAZÚ**  
*Dr. Obdulio Ovelar*  
*Lic. Dora Elva Acosta*

**IX R.S - Paraguari**  
*Lic. Zunilda Samaniego*  
*Sonia Rejis de Pavón*  
*Dr. Eudes Cabrera*

**IV R.S - Guaira**  
*Dra. Ruperta de Invernizzi*  
*Lic. Ramona Fernández*  
*Dr. Cristian Yegros*  
*Josefina Leiva*

**VII R. S - Itapuá**  
*Dra. Celina Llano*  
*Dra. Alicia Carolina*  
*Madrazo*

*Dora Pico*  
*María Esther de Gaona*  
*Dra. Liz Espínola*  
*Vicente Danniell Ortiz*  
*Carmen Villalba*  
*Selva Noguera*  
*Liberata Orué Cubilla*  
*Dr. Víctor Gómez*  
*Dra. Liz Espínola de Gómez*

**XI R. S - CENTRAL**  
*Edith Díaz*  
*Lic. Julio Cesar Aveiro*  
*Dra. Griselda Talavera*  
*Dra. María Fabiola Alarcón*  
*Lic. María Asunción Alonso*  
*Dr. Heraldo Rojas*  
*Dr. Blas Medina*  
*Dr. Walter Cáceres A.*  
*Dra. Gloria Rojas*

*Dra. Gloria Samudio*  
*Dr. Rubén Balbuena*  
*Dr. José Antonio Buena*  
*Dr. Raúl Real*  
*Dra. Raquel Lovera*  
*Dra. Fátima Ocampos*  
*Lic. Domingo S. Ávalos*  
*Dra. Leticia Semidei*  
*Romina Galeano*

## **XII R. S. ÑEEMBUCU**

*Dr. Francisco López*

## **XVIII R. S - CAPITAL**

*Dra. Lourdes Dionich*

*Lic. Gladys Arce*

*Lic. Celina Rolón*

*Lic. Máxima Gaona*

*Pascual Giménez*

*Alicia Morales de Irala*

*Dra. Amada Rodríguez*

*Lic. Wilma Coronel*

*Dra. Amada González*

*Elena S. Irala*

*Dr. Andrés Delmás*

*Dra. Nora Flores*

*Dra. Vidalia Lesmo*

*Dra. Marta Duarte*

*Lucila Ramírez*

*Dr. Juan Carlos Ferreira*

*Dra. Silvana Gómez*

*Dr. Mario Medina*

*Luz Bella Zárate*

*Dr. Gustavo Espinoza*

*Claudia González*

*Dr. Germán Torres Villamayor*

*Lic. Graciela Flores*

*Lic. Ofelia Rojas*

*Dr. Federico Lacarrubba*

*Armando Rojas*

*Dra. Cristina Chamorro*

*Dr. Miguel Insaurralde*

*Olga Lovera*

### **Instituto de Previsión Social – IPS**

*Dr. Carlos Bello*

*Dr. Hugo Molina*

*Dra. Karina Fernández*

### **Hospital Central FF.AA**

*Dr. Andrés Báez*

*Neida Aquino*

### **Hospital de Policía**

*Fátima Pedrozzo*

## **FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS -UNA**

### **Hospital de Clínicas**

*Dra. Gloria Brítez*

*Lic. Marta Brizuela*

*Dra. Sandra F. Samudio*

*Dr. Santiago Báez*

*Dra. Teresa Romero de Albrecht*

*Nancy Pagliaro*

*Dr. Andrés Vidovich*

*Dr. Castor Samaniego*

### **Centro Materno Infantil San Lorenzo**

*Dr. Blas Gilberto Franco*

*Dra. Ida Esquivel*

*Carmen Maidana*

*Ada C. Insfrán*

## **SOCIEDAD PARAGUAYA DE:**

### **Gineco-Obstetricia**

*Dra. María Marta González*

### **Pediatría**

*Dra. Carmen Figueredo*

### **Medicina Interna**

*Dr. Cesar Chirico*

### **ASISTENTE TÉCNICO MSIS-CIRD/USAID**

*Lic. Zunilda E. Salinas R.*

### **SUPERVISORA DE CAMPO SSIEV MSIS-CIRD/USAID**

*Lic. Úrsula M. de Mendoza*

**APOYO FINANCIERO – CIRD/USAID**

# MIEMBROS DEL COMITÉ TÉCNICO NACIONAL DEL EXPEDIENTE CLINICO

**Coordinación General**  
**Dirección General de Información Estratégica en**  
**Salud - DIGIES**

*Dra. María Graciela G. de Cáceres*

**Coordinación Ejecutiva**  
**Dirección de Bioestadística**

*Lic. Lucia Bogado Riveros*

**Asesoría Técnica - Jurídica**  
**DIGIES**

*Abog. Filomena Rivas Arias*

**DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS DE**  
**SALUD**

***Dirección de Salud Reproductiva:***

*Dr. Rubén Darío Ortiz*

***Dirección de Niñez y Adolescencia***

*Dra. Elke Strubing*

*Dra. Blanca Villalba de Piccinini*

**DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE**  
**LOS SERVICIOS DE SALUD**

*Dr. Gustavo Vidal Ortiz Torres*

**DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL**

*Dra. Mirtha Mendoza*

**HOSPITAL CENTRAL FF.AA**

*Dra. Gladys Alegre de Argüello*

**HOSPITAL CENTRAL IPS**

*Dra. Myriam Adorno*

*Dr. Carlos A. Bello*

**HOSPITAL LOMA PYTA**

*Dra. Mercedes Mallorquín*

**HOSPITAL SAN PABLO**

*Dra. Ana Arrechea*

*Dra. Estela Florentín*

*Dra. Rossanna González*

**HOSPITAL DEL CÁNCER**

*Lic. María Asunción Alonso*

**HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE**  
**TRINIDAD**

*Dra. Nora Flores*

*Dra. Daisy Cáceres*

**HOSPITAL NACIONAL**

*Dra. Avelina Troche*

*Dra. Gloria N. Rojas*

*Dr. Luis María Bogado*

*Dr. José Antonio Buena*

*Dr. Rubén Balbuena*

*Dra. Raquel Lovera*

*Dr. Cesar Ismael Zorrilla*

**CENTRO MATERNO INFANTIL DE SAN**  
**LORENZO**

*Dra. Ida Esquivel*

*Dr. Daniel Ramalho*

**HOSPITAL GENERAL DE BARRIO**  
**OBRERO**

*Dra. María Rosa Amarilla*

**IV REGIÓN SANITARIA –**  
**DEPARTAMENTO DE ADOLESCENCIA**

*Dra. Ana Cristoff*

**HOSPITAL DE POLICÍA**

*Dr. Reinaldo Aguilera*

# CONTENIDO

Presentación .....	1
Introducción.....	2
Antecedentes .....	3
Instrucciones para el llenado de la Historia Clínica.....	5
Responsables del llenado de la Historia Clínica.....	5
Apertura de la Historia Clínica .....	7
1. Servicio .....	8
2. Establecimiento de Salud .....	8
3. Región Sanitaria .....	8
4. Distrito .....	8
5. Fecha de Ingreso .....	8
6. Documento de Identificación.....	9
7. Apellido(s) y Nombre(s) .....	9
8. Fecha de Nacimiento .....	9
9. Edad al Ingreso .....	10
10. Sexo .....	10
11. Lugar de Nacimiento.....	10
12. Nacionalidad .....	10
13. Etnia .....	10
14. Estado Civil .....	11
15. Lugar de residencia habitual del/la paciente .....	11
16. Nivel Educativo .....	11
17. Seguro Médico.....	12
18. Situación Laboral .....	12
19. Persona responsable del/la paciente.....	13
20. Traslado .....	13
21. Referencia.....	14
22. Ingreso por.....	14
23. Motivo de ingreso.....	15
24. Motivo de consulta .....	15
25. Antecedentes de la Enfermedad Actual (AEA) y Antec.Remotos de la Enfermedad Actual (AREA)	15
26. Hábitos .....	16
27. Causa externa de traumatismo.....	16
28. Factores de riesgo asociados.....	17
29. Antecedentes Socio-Económicos .....	17
30. Antecedentes Patológicos Personales .....	18
31. Antecedentes Familiares .....	21
32. Familigrama .....	21
33. Esquema de Vacunación .....	22

34. Antecedentes Gineco-Obstétricos .....	23
35. Datos del Padre .....	24
36. Datos de la Madre.....	25
37. Antecedentes Perinatales .....	26
38. Tamizaje Neonatal .....	29
39. Promoción de Salud.....	30
40. Patologías del/la RN .....	30
41. Antecedentes Alimentarios .....	30
42. Desarrollo Madurativo.....	31
43. Aspecto General (Ectoscopia) .....	31
44. Signos Vitales y Datos Antropométricos.....	32
45. Estado Nutricional.....	32
46. Cabeza.....	33
47. Cuello .....	34
48. Tórax .....	34
48.1 Ap. Respiratorio .....	34
49. Ap. Cardiovascular.....	35
50. Abdomen y Pelvis .....	35
51. Aparato Génito-Urinario .....	35
52. Piel y Faneras .....	37
53. Sistema Hemolinfopoyético .....	37
54. Aparato Osteoartromuscular.....	32
55. Sistema Nervioso Central .....	38
56. Semiología Psiquiátrica .....	39
57. Impresión Diagnóstica .....	41
58. Plan de Trabajo.....	41
59. Diagnósticos al Egreso .....	42
60. Tratamiento Neonatal .....	42
61. Condición al Egreso.....	43
62. Tipo de Egreso.....	43
63. ¿Está inscripto en el Registro Civil? .....	43
64. Epicrisis.....	43
65. Procedimientos Quirúrgicos y Obstétricos.....	44
66. Procedimientos Diagnósticos .....	44
67. Procedimientos Médicos.....	44
68. Fecha de Egreso.....	44
Tablas Complementarias .....	46
Anexo .....	51
Glosario.....	60
Bibliografía .....	61



## **PRESENTACIÓN**

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) presenta este “**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA**”, ha sido estructurado en el marco del diseño e Implementación del Sub-Sistema de Información de los Servicios de Salud (SSISS), uno de los componentes del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

La Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES), a través de la Dirección de Bioestadística, en forma conjunta con el Comité Técnico Nacional del Expediente Clínico, integrado por Médicos/as, Enfermeros/as, Estadísticos/as e Informáticos/as, han diseñado y elaborado el instrumento de recolección de datos que conforman la Historia Clínica.

Este documento es el resultado de numerosas reuniones de trabajo realizadas para el análisis de las variables a ser incluidas en la misma, una versión preliminar de ésta fue presentada a interlocutores relevantes del ambiente médico con la participación efectiva de profesionales de la Salud dependientes del MSPyBS, Instituto de Previsión Social (IPS), Sanidad Militar, Sanidad Policial, Facultad de Ciencias Médicas de la UNA.

Este instructivo está dirigido al profesional actuante involucrado en el área de atención de pacientes en todos los Servicios, que disponen de área de internación tanto Públicos como Privados y al personal operativo, de conformidad con la estructura de funcionamiento del Sistema de Salud en el Paraguay.

La aplicación y uso de este instructivo tiene como objetivo mejorar la calidad de los datos plasmados en la Historia Clínica, unificar, garantizar los registros de atención proporcionados en las instituciones de salud de distintos niveles de complejidad y dar respuesta a la necesidad de conocer la prestación de servicios asistenciales, de tal forma que sirva al Sistema Nacional de Salud del país, para la toma de decisiones basadas en la evidencia.

**DRA. ESPERANZA MARTINEZ**

Ministra de Salud Pública y Bienestar Social



## INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica es parte del Sub-Sistema de Información de los Servicios de Salud (SSISS). Constituye un documento principal en un sistema de información hospitalario, imprescindible en su vertiente asistencial, administrativa, y además, constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad, de lo que deriva su trascendencia como documento legal.

La Historia Clínica es el conjunto de documentos médicos constituidos por formularios estandarizados, se elabora cuando el paciente accede a un Servicio de Internación en el Establecimiento de Salud.

La Historia Clínica tiene los siguientes propósitos:

- Sirve como instrumento para planificar la atención del paciente y contribuye para que ésta sea continua.
- Es un medio de comunicación entre el médico y el personal de salud, que contribuye a la atención del paciente.
- Proporciona evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y el tratamiento del paciente e información para usos de investigación y docencia.
- Contribuye al Sistema de Información, provee datos para la programación, control y evaluación de actividades de salud a nivel local, regional y nacional.
- Sirve de base para el estudio y la evaluación de la calidad de la atención prestada al paciente.
- Ayuda a proteger los intereses legales del paciente, del hospital y del cuerpo médico.

Su uso a través de formularios estandarizados, contribuye a que se sigan las normas de atención establecidas y además de orientar la atención, facilita la labor del personal de salud que se traslada de un establecimiento a otro, favoreciendo la recolección de datos homogéneos.



## ANTECEDENTES

Para la elaboración de los contenidos de la Historia Clínica se han considerado distintos precedentes:

- Diagnósticos del Sistema de Información en Salud (SIS), dirigido a responsables de Direcciones Generales y Regionales dependientes del Ministerio de Salud.
- Diagnóstico del SIS, mediante formularios estandarizados de la Red Métrica de Salud.
- Diseño del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y definición de Sub-Sistemas de Información.
- Recomendaciones y conclusiones de talleres de discusión del formulario de Egreso Hospitalario diseñado.
- Resultados de Pruebas Piloto realizadas en Instituciones de Salud de distintos niveles de complejidad e Instituciones prestadoras de atención a pueblos indígenas.
- Antecedentes internacionales referidos de Sistemas de Información de algunos países seleccionados.

El proyecto de reformulación del Subsistema de Información de los Servicios de Salud propiamente dicho se inició en el año 2008 a partir de los tres primeros antecedentes mencionados.

En **Octubre del 2008**, se realizaron cuatro Jornadas de Capacitación en los departamentos de Amambay, Caaguazú, Misiones y Asunción, para la utilización del formulario de Egreso Hospitalario, Manual de Normas y la presentación del borrador de la nueva Historia Clínica. Los mismos se pusieron a consideración de funcionarios del Área de Estadística, Encargados de Egresos Hospitalarios, Capacitados recientemente en CIE-10 y Encargados del Sub-Sistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV).

En **Noviembre – Diciembre del 2008**, la Dirección de Bioestadística presentó en una reunión de trabajo el borrador de la Historia Clínica, a funcionarios de la DIGIES, Bioestadística, Consultor Nacional, Jefes de Estadística del Hospital Nacional, Hospital del Cáncer y Hospital Regional de Paraguari. Como resultado de la reunión surgió la necesidad de realizar un Taller para presentar la propuesta del contenido de la Historia Clínica a profesionales médicos y la de llevar los instrumentos a una Prueba Piloto.

En el mismo mes, se realizó el Taller de Socialización con profesionales médicos, Licenciadas/os en Enfermería y Estadígrafos/as Regionales. Las sugerencias recibidas



durante el desarrollo del Taller, generaron la conformación de grupos de trabajo más pequeños con profesionales médicos; se realizaron 6 reuniones de trabajo con el fin de revisar y analizar en detalle las variables que incluirían las 4 Historias Clínicas de las siguientes especialidades (Clínica Médica-Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Neonatología).

A los efectos de poner a consideración los instrumentos elaborados, a mediados del mes de diciembre, se realizaron nuevamente 2 (dos) Talleres para la Validación de los Instrumentos de Recolección de Datos. Conforme a las sugerencias recepcionadas en los talleres, se realizaron las correcciones de los instrumentos.

**Febrero – Marzo del 2009**, se solicitó a Directores de Instituciones de Salud a los efectos de nombrar representantes médicos que integren el Comité Técnico Nacional del Expediente Clínico. Se realizaron 3 reuniones de trabajo para los ajustes del instrumento e instructivo. Se seleccionaron 17 de instituciones de salud para la implementación de la prueba piloto de las Historias Clínicas.

En el periodo **Abril a Octubre del 2009**, se realizaron 20 reuniones de trabajo conjuntamente con el Comité Técnico Nacional del Expediente Clínico, se evaluaron los resultados de la prueba piloto, se realizaron ajustes a las 4 Historias Clínicas de acuerdo a las sugerencias recabadas. Así mismo, se puso a consideración del equipo técnico el borrador del Decreto, el Manual de Normas y Procedimientos y los Anexos que compondrían el Expediente Clínico. Con el fin de completar el conjunto de instrumentos de recolección de datos del área de internación, a principios del mes de junio se realizó un Taller de Socialización con el Profesional de Enfermería de Hospitales Regionales, Distritales, Centros de Salud, Hospitales Especializados, IPS, Sanidad Militar, Sanidad Policial.

En **Noviembre – Diciembre del 2009**, luego de un análisis comparativo de las variables contenidas en las 4 Historias Clínicas, se constató que diferían unas de otras en un escaso número, razón por la cual, se analizaron in extenso cada uno de los instrumentos. Se logró un consenso con el Comité Técnico del Expediente Clínico y fue rediseñada una Historia Clínica Básica estandarizada, prestando extrema atención a los intereses de cada Especialidad y a los aportes proporcionados por los profesionales durante el tiempo de su elaboración.



### ***Instrucciones para el llenado de la Historia Clínica:***

- ☞ Las anotaciones deben ser legibles.
- ☞ No se deben utilizar ABREVIATURAS ni SIGLAS cuando se refiere a Apellidos y Nombres, Localidades, Motivo de Consulta o Diagnósticos, etc. Se podrán utilizar en casilleros que no permitan la descripción total de los datos.
- ☞ Las anotaciones deben elaborarse con bolígrafo de tinta azul.
- ☞ Es indispensable que la Historia Clínica del/la paciente esté completamente llenada.

Estará a cargo del Director del Establecimiento de Salud, Director Médico, Encargado del Área y Estadígrafo/a velar por el cumplimiento de las normas y el control del adecuado llenado de la Historia Clínica.

### **La Historia Clínica está dividida en cinco partes:**

- I. La primera parte (preguntas 1 al 22), está destinada a registrar Datos del Generales del Establecimiento de Salud y Datos del/la paciente.
- II. La segunda parte (preguntas 23 al 43), corresponde Anamnesis.
- III. La tercera parte (preguntas 44 al 56), corresponde al Examen Físico.
- IV. La cuarta parte (preguntas 57 al 58), se refiere a Diagnóstico y Tratamiento.
- V. La quinta parte (preguntas 59 al 68), se refiere a Datos al Alta.

### ***Responsables del llenado de la Historia Clínica:***

La constitución de un equipo multidisciplinario para el llenado de la Historia Clínica, conformado por el personal administrativo y profesional de salud, asegura la rapidez y precisión en el relevamiento de los datos.

### ***Corresponde al:***

**Personal Administrativo (preguntas 1 al 22, 29, 35, 36):** asignar el número de Historia Clínica (**HC001 N°.....**) para su apertura. Completar Datos Generales del Establecimiento de Salud. Obtener los datos de identificación del/la paciente, antecedentes socio-económicos, datos del padre y de la madre.



**Personal de Enfermería (pregunta 33 y 44):** copiar de la Tarjeta de Vacunación o Libreta de Salud del Niño/a las vacunas recibidas, tomar signos vitales y datos antropométricos del/la paciente.

**Profesional Médico (preguntas 23 al 28; 30 al 32; 34, 37 al 43, 45 al 68):** detallar motivo de ingreso y de consulta, antecedentes de la enfermedad actual, antecedentes remotos de la enfermedad actual, hábitos, causa externa de traumatismo, factores de riesgo asociados, antecedentes patológicos personales, antecedentes familiares, Familigrama, antecedentes gineco-obstétricos, antecedentes perinatales, tamizaje neonatal, promoción de la salud, patologías del/la RN, antecedentes alimentarios, desarrollo madurativo, aspecto general, estado nutricional, examen físico detallado, impresión diagnóstica, plan de trabajo, diagnósticos al egreso, tratamiento neonatal, condición al egreso, tipo de egreso, está inscripto en el Registro Civil, epicrisis, procedimientos realizados.



## APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

El Número de Cédula de Identidad del/la paciente al momento de la internación se utilizará como Número Identificador del Expediente Clínico y para la Historia Clínica. El Documento de Identificación válido, será la Cédula de Identidad para los ciudadanos paraguayos/extranjeros o Pasaporte, la misma será una exigencia para la confección de la Historia Clínica, tenga a vista el documento de identidad.

El número debe registrarse en el ángulo superior izquierdo de cada una de las páginas en el lugar establecido.

### **En caso de que el/la paciente no porte el documento de identificación:**

**a- Menores de edad:** que no porten o aún no cuenten con Documento de Identidad en el momento de la internación se le asignará un número provisorio de Expediente Clínico que se registrará a lápiz de papel. Dicho número corresponderá a la Cédula de Identidad de la madre, seguido de una barra inclinada, y el número 1 que indicará el primer hijo/a que se interna. **Ej.** 1165263/1;

Si tiene más de un hijo/a indocumentado que requiera la internación, el número después de la barra debe colocarse en orden correlativo. **Ej.** 1165263/2; 1165263/3, para el segundo y tercer hijo respectivamente.

**b- Pacientes adultos:** que no porten o aún no cuenten con Cédula de Identidad, se le habilitará un número provisorio de Expediente Clínico, que se registrará a lápiz de papel. Dicho número corresponderá al orden correlativo de números provisionales de Fichas confeccionadas en cada Institución, a partir de la fecha de implementación del Expediente Clínico.

Los Expedientes Clínicos habilitados con número provisorio a lápiz de papel, serán almacenados en un lugar específico y apartado, dentro del área de la Sección Archivo.

### **Cuando el/la paciente al cual se le adjudicó un número provisorio de Expediente Clínico regrese al Establecimiento de Salud para próximas consultas o internación:**

a) Se solicitará la Cédula de Identidad para acreditar la consulta o internación (requisito obligatorio).

b) Se cambiará el número provisorio por el número correspondiente de la Cédula de Identidad, se procederá a la inscripción en el Registro del Archivo de la Institución para luego ser archivada correctamente al final de la consulta o internación.



La ocurrencia de consultas sucesivas o internación de un paciente determinado sin portar los documentos requeridos se pondrá a conocimiento del personal del Área de Servicio Social del Establecimiento de Salud a fin de OPTIMIZAR los medios para la obtención del documento si no lo tuviere.

## DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

### 1. Servicio

Marque con X la opción correspondiente de acuerdo al servicio donde ingresa el/la paciente para la internación: Clínica Médica, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Otros como: Neonatología.

### 2. Establecimiento de Salud

Anote el nombre del Establecimiento de Salud donde ingresa el/la paciente.

**Ejemplo:** Hospital General de Barrio Obrero ó HG de Barrio Obrero; Hospital Regional de Ciudad del Este ó HR Ciudad del Este; Centro de Salud de Tobatí ó CS Tobatí.

### 3. Región Sanitaria

Escriba en números romanos la Región Sanitaria, seguido del nombre, donde se encuentra ubicado el Establecimiento de Salud.

**Ejemplo:** XVIII R.S - Capital; X RS – Alto Paraná; I RS - Concepción; VII RS - Itapúa.

### 4. Distrito

Escriba el nombre del Distrito correspondiente a la Región Sanitaria donde se encuentra ubicado el Establecimiento de Salud.

**Ejemplo:** Capital; Ciudad del Este; Horqueta; Fram.

### 5. Fecha de Ingreso

Escriba la fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos) y año (cuatro dígitos); hora y minutos (cuatro dígitos) del ingreso del/la paciente al servicio.



## I PARTE: DATOS DEL/LA PACIENTE

La primera parte contiene datos de la identidad del/la paciente: Número de Documento de Identidad, Apellidos y Nombres, Fecha de Nacimiento, Edad, Sexo, Lugar de Nacimiento, Nacionalidad, Etnia, Datos de la ubicación de la residencia, Nivel educativo, Situación Laboral, además de los datos del padre y/o la madre, o del acompañante.

### 6. Documento de Identificación

Anote el número de Cédula de Identidad o del Pasaporte del/la paciente con el documento a la vista.

Marque el círculo que corresponde al documento de Identificación presentado: Cédula de Identidad o Pasaporte.

Si el/la paciente cuenta con Documento de Identificación (Cédula de Identidad/Pasaporte) y no porta en el momento de la internación pero recuerda el número, se anotará el número (a lápiz de papel) y se marcará el círculo **“No Porta”**.

Si el/la paciente cuenta con Documento de Identificación (Cédula de Identidad/Pasaporte), no porta en el momento de la internación y no recuerda el número, se dejarán vacías las casillas de los números y se marcará el círculo **“No Porta”**.

Si el/la paciente no tiene Documento de Identificación (Cédula de Identidad/Pasaporte), se marcará el círculo **“No Tiene”**.

Si el/la paciente no puede aportar datos por su condición de salud y el acompañante desconoce la tenencia o no del documento de Identidad se anotará el círculo **“No se conoce”**.

No debe utilizarse fotocopias ni documentos de identidad con fecha de expedición vencida.

### 7. Apellido(s) y Nombre(s)

Escriba el/los Apellido(s) y Nombre(s) del/la paciente sin usar abreviaturas, con letra legible, sin borrones ni enmiendas. Si la mujer es casada escriba sólo apellido de soltera.

### 8. Fecha de Nacimiento

Escriba la fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos), año (cuatro dígitos) según consta en el documento de Identificación. Interrogue la hora de nacimiento (cuatro dígitos) y de ser posible anótelos.



### 9. Edad al Ingreso

Escriba la edad en números, en **uno de los casilleros** al momento de la internación.

1. En horas (00-23), cuando es menor de un día. Ej:
2. En días cumplidos (01 – 29), cuando es menor de un mes. Ej:
3. En meses (01 – 11), cuando es menor de un año. Ej:
4. A partir de 1 año o más anote la edad en años cumplidos. Ej:

### 10. Sexo

Marque con X el sexo del/la paciente. 1. Masculino 2. Femenino

3. Marque con X en **Indeterminado** sólo en aquellos casos especiales en quienes, por alguna razón, no ha sido posible la determinación del sexo. **Ejemplo:** malformaciones congénitas, etc.

### 11. Lugar de Nacimiento

Anote el lugar donde nació el/la paciente.

Si es extranjero/a complete solamente el dato País.

Si es paraguayo/a anote además el nombre del Departamento, Distrito.

### 12. Nacionalidad

Anote la nacionalidad del/la paciente. **Ejemplo:** Paraguaya, Argentina, Uruguay, Boliviana, Colombiana, etc.

### 13. Etnia

1. Marque con X el casillero “**No Aplica**”, si el/la paciente no es indígena
2. Si el/la paciente es indígena, tilde con X la opción “**Aplica**”, pregunte y especifique la etnia a la cual pertenece. **Ejemplo:** Aché, Avá Guaraní, Ayoreo, Mbyá, Maká, otros.

**(Véase Tabla Complementaria: Tabla 1 Listado de Etnias).**



#### 14. Estado Civil

Marque con X, el estado civil actual del/la paciente al momento de la internación, sea soltero/a, casado/a, viudo/a, unido/a, separado/a, divorciado/a.

7. Marque con X, la opción “No Aplica”, en el caso de recién nacidos o menores de edad.

8. Marque con X la opción “Se desconoce”, cuando no se pudo obtener el dato por alguna circunstancia.

#### 15. Lugar de Residencia Habitual del/la paciente

Escriba el nombre del Departamento, Distrito, Barrio, Compañía o Asentamiento.

Marque con X el área de residencia del/la paciente, sea Urbana –ciudad- o Rural –campo-.

En Dirección anote calle/s, número de casa.

De ser posible escriba N° de Teléfono (línea baja y/o celular) y dirección de correo electrónico.

8. Anote el lugar de **Residencia Ocasional**, donde suele hospedarse el/la paciente circunstancialmente por la accesibilidad al Centro Asistencial donde se hospitaliza.

9. **Referencia:** escriba el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio del/la paciente

**Ejemplo:** a una cuadra de la iglesia de Trinidad; frente al Colegio Santa Clara; cerca de la cancha de fútbol de Olimpia; cerca de velatorio Cañete e Hijos etc.).

10. Marque con X “**No se sabe**” si el/la paciente desconoce la referencia de su domicilio.

11. Diseñe un **Croquis** de ubicación domiciliar habitual u ocasional que permita la rápida localización en caso de urgencia.

#### 16. Nivel Educativo

Marque con X sólo una de las opciones del nivel educativo según sea completo o incompleto.

En caso de ser incompleto, anote dentro del paréntesis el último año cursado.

Los niveles son los siguientes:

1. **Ninguno:** cuando no asistió a ningún nivel.

2. **Educación Inicial:** corresponde a la asistencia del/la paciente a las tres primeras etapas de un nivel educativo (maternal, pre-jardín y jardín). Especifique la última etapa a la cual concurrió.

3. **Primaria:** comprende los primeros grados de instrucción básica, desde el preescolar al sexto grado.

4. **Secundaria:** comprende los cursos del bachillerato, desde el primero al sexto curso.



5. **Escolar Básica:** formación de preescolar al noveno grado (Reforma Educativa Paraguaya).
6. **Escolar Media:** comprende desde el primer al tercer curso (Reforma Educativa Paraguaya).
7. **Universitario:** comprende los estudios que imparten los establecimientos de enseñanza superior que culminan con la obtención de un título universitario de nivel profesional o tecnológico. Incluye las siguientes modalidades: Licenciaturas, Técnica Superior, Tecnológica, Universitaria, Avanzada o Postgrado.
8. **Superior no Universitario:** se incluye en esta categoría: Formación Docente, Profesor/a Parvulario/a, etc.
9. **No Aplica:** cuando el/la paciente es un recién nacido o menor de edad que no asistió a las tres primeras etapas de un nivel educativo (maternal, pre-jardín y jardín).
10. **Ignorado:** cuando no se pudo obtener el dato por situaciones especiales del/la paciente. (paciente con trastornos mentales, pérdida de conciencia, u otros)

### 17. Seguro Médico

Marque con X si el/la paciente posee un seguro o cobertura de salud, como IPS, Sanidad Policial, Sanidad Militar. Si está asegurado/a a una Institución Privada, especifique la institución.

En éste punto "Se puede marcar más de una opción".

5. Marque con X la opción "**Ninguno**" si el/la paciente declara no poseer cobertura de salud.
6. Marque con X la opción "**Otro**" y especifique en el caso de que el/la paciente declare poseer por ejemplo un Seguro Comunitario, por Convenio, etc.
7. Marque con X "No se sabe" cuando el/la paciente o acompañante no es capaz de aportar los datos.

### 18. Situación Laboral

1. Marque con X la opción "**No Aplica**" si el/la paciente es un recién nacido o menor de 14 años de edad.
2. Marque con X la opción "**No Trabaja**" si el/la paciente lo declara.
3. En caso contrario, marque con X la opción "**Trabaja**", especifique la ocupación (electricista de obras, albañil, personal de enfermería, etc.).
4. Especifique la profesión del/la paciente. Ej: Arquitecto/a, Ingeniero/a, Matemático/a, Estadístico/a, Odontólogo/a, etc.

**Tenga en cuenta que:**

*“No se incluyen como trabajo las actividades domesticas no remuneradas (ama de casa). Tampoco se incluyen las actividades como voluntario”.<sup>1</sup>*

**19. Persona Responsable del/la Paciente**

En el caso de que el/la paciente no se encuentre en condiciones de aportar sus datos de identificación por pérdida de conocimiento al momento de la internación, enajenación mental, accidentado/a grave, menor de edad u otra situación,...) y está acompañado/a de alguna persona que pueda proporcionar sus datos para completar la Historia Clínica, señale los datos de ésta persona:

1. Escriba Apellido(s) y Nombre (s).
2. Marque con X el **vínculo con el/la paciente**: madre, padre, hijo/a, hermano/a, pariente u otros (esposo/a, amigo/a, vecino/a) con quién llega al Servicio.
3. Registre el N° de Documento ya sea Cédula de Identidad o Pasaporte. En caso de que no porte marque el tipo de documento y el casillero **“No Porta”**. Cuando no tiene documento marque sólo el casillero **“No tiene”**. Cuando no porta y no recuerda el N° de documento, marque el tipo de documento y también el casillero **“No se conoce”**.

**20. Traslado:**

1. Marque con X la vía de traslado del paciente al establecimiento de salud sea aérea, terrestre o fluvial. Si el traslado fue por vía terrestre marque con X si fue trasladado en ambulancia o vehículo particular.
2. Escriba la distancia en kilómetros (Km).
3. Escriba el tiempo en horas y minutos para llegar al establecimiento.
4. Marque con X la opción **Si** o **No** de acuerdo a la condición del traslado del/la paciente.
5. Marque con X el tipo de profesional, familiar u otros (vecino/a, amigo/a) que acompañó durante el traslado.
6. Marque con X si se presentaron o no complicaciones durante el traslado. Si marca la opción **Si** especifique el tipo de complicación como hipoxemia, hipotensión, hipotermia, acidosis, etc.

**21. Referencia:**

1. Marque con X y especifique de que servicio o unidad del **mismo hospital** proviene el/la paciente.
2. Marque con X si el/la paciente fue referido de **otro establecimiento** de salud y especifique el nombre del establecimiento de donde proviene el/la paciente.
3. Cuando el/la paciente **reingresa** al servicio, por la misma causa después de haber salido de alta.
4. Marque con X si el/la paciente fue **contra-referido de otro establecimiento de salud** y especifique el nombre del establecimiento.
5. Marque con X si el/la paciente es referido **por Facultativo** en el caso de que algún/a profesional prescribe su internación.
6. Marque con X la opción "**No precisado**" cuando el/la paciente desconoce el origen de su referencia.
7. Marque con X la opción "**Otros**" cuando no corresponde a ninguna de las opciones anteriores.

**22. Ingreso por:**

Marque con X de acuerdo al área por el cual ingresa el/la paciente en el hospital.

1. Urgencias o bien
2. Consultorio Externo



## II PARTE: ANAMNESIS

En el caso de niños/as, personas con trastornos mentales, pérdida de conciencia u otra situación, es necesario recurrir a alguien que pueda aportar información. Especifique Apellido(s) y Nombre(s) de la persona que refiere los datos del/la paciente (familiares directos o testigos) y escriba en el espacio **si** merecen o **no** fe.

### 23. Motivo de Ingreso:

Es la razón o causa principal que lleva al médico u otro personal de salud a dar una orden de internación. Consiste por lo general en un síntoma, signo o algún resultado de pruebas diagnósticas.

En caso de existir varios motivos de ingreso en la Historia Clínica, escriba sólo el motivo más importante.

### 24. Motivo de Consulta:

El motivo de consulta es la causa principal de una patología del/la paciente en el momento de solicitar atención médica al centro asistencial o servicio de urgencias. Especifique el motivo por el cual consultó el/la paciente, el mismo puede ser una ayuda adicional para entender más rápido cuál va a ser el problema principal del que tratará la anamnesis.

### 25. Antecedentes de la Enfermedad Actual (AEA) y Antec. Remotos de la Enfermedad Actual (AREA)

Los antecedentes de la enfermedad actual (AEA), permiten conocer las primeras molestias que llevarán a los síntomas y a la vez si se trata de un proceso agudo crónico. Será necesario hacer un repaso de todas las molestias expresadas por el/la paciente para formar un juicio sobre el pronóstico e indicaciones del tratamiento.

Los antecedentes remotos de la enfermedad actual (AREA) corresponden a la etapa anterior a la consulta, aparición de la enfermedad. A partir de un coloquio anamnésico, se obtienen datos relacionados con la enfermedad o patología actual.



Escriba los síntomas y manifestaciones de la enfermedad que el/la paciente ha presentado. Debe ser fácil de entender y en lo posible breve.

## 26. HÁBITOS

- 1. Alimentarios:** describa la calidad, cantidad, variedad o si realiza algún tipo de dieta de acuerdo a la patología que tenga el/la paciente.
- 2. Defecatorios:** diarrea crónica u ocasional, constipación, rectorragia, etc. o normal.
- 3. Urinarios:** escriba si padece poliuria, oliguria, anuria, polaquiuria, nicturia, opsiuria.
- 4. Sueño:** escriba si el/la paciente padece de insomnio u otro trastorno que implica conciliar el sueño.
- 5. Actividad Física/Recreativa:** marque con X si el/la paciente realiza actividad física o recreativa, si la respuesta es “**Sí**” anote el tiempo en minutos y la frecuencia semanal con que lo realiza.

## 27. CAUSA EXTERNA DE TRAUMATISMO Aplica No Aplica

Marque con X “**Aplica**” si el motivo de ingreso se refiere a una causa externa. En este caso, complete lo siguiente:

**27.1. PRODUCIDO POR:** Accidente de tránsito, Agresión, Lesión Autoinfligida o Quemadura.

1. Si la causa fue un **Accidente de Tránsito**, marque con X si éste fue en un vehículo particular o publico y el tipo de vehículo involucrado, marque con X el uso de elementos de seguridad.
2. Si la causa fue una **Agresión**, marque con X si ésta fue física (puño, patada), con arma blanca, con arma de fuego u otro (arma contundente) que el/la paciente declare.
3. Si la causa fue una **Lesión Autoinfligida**, marque con X si fue con arma blanca, arma de fuego u otro (arma contundente).
4. Si la causa fue una lesión por **Quemadura**, marque con X si fue con agua caliente, aceite, fuego, químicos, electricidad, petardo u otros.
5. **Otros Accidentes** pueden ser caídas (mismo nivel, silla, árbol, etc.), picaduras o mordeduras (serpiente, alacrán, perro, etc.)
6. La alternativa “**Se ignora**” se aplica cuando se desconoce la intencionalidad.

**27.2 SITIO DE OCURRENCIA:** marque con X si el sitio de ocurrencia fue el hogar, la escuela, en el trabajo, en el lugar de recreo en la vía pública o en otro lugar.



Marque con X **“No Aplica”** cuando el motivo de ingreso no se refiere a una causa externa, en este caso dejar en blanco los ítems del bloque 27.

## 28. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS (marque con X, puede ser más de una opción)

Los Factores de Riesgo pueden, al ir sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

*“La justificación de esta variable está dada por el gran aporte clínico y epidemiológico que nos otorga como trazador predictivo, diagnóstico y preventivo”.*

Al marcar uno o varios Factores de Riesgo Asociados clasifique en:

- 1. Ambiental:** influencia de ciertos agentes que aumentan el riesgo de adquirir enfermedades. Exposición al ruido, polvo o aerosoles, agua contaminada, agroquímicos, radiación u otros
- 2. Tóxico y/o dependencia:** Droga, Alcohol, Tabaco, otros.
- 3. Biológico-Genético:** como antecedentes familiares de enfermedades de tipo hereditarias como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, infecciosos u otros.
- 4. Laboral:** es la posibilidad de que un objeto o sustancia material o fenómeno pueda desencadenar alguna perturbación en la salud o integridad física del trabajador relacionado con características propias del trabajo como exposición: al ruido, polvo, temperatura extrema, sustancias químicas, radiación, fluidos u otros.
- 5. Conductual o Social:** relacionado con los trastornos conductuales o sociales como sedentarismo, maltrato, violencia intrafamiliar, adopción, judiciales, niño/a en situación de calle, madre y/o padre adolescente, otros.
- 6.** En caso de no conocer el Factor de Riesgo se marca la opción **“No se establece”**.

## 29. ANTECEDENTES SOCIO-ECONÓMICOS

Es importante para determinar la calidad de vida y las condiciones de la vivienda como el tipo de construcción, el origen del abastecimiento de agua y servicios higiénicos. Además para obtener información sobre las diferentes maneras de eliminación de la basura generada en el hogar.

### 29.1 Vivienda

Marque con X el tipo de material de las paredes, techo, piso y dependencias de la vivienda, escriba el número de dormitorios y el número de personas en el hogar.



Se considera **Hacinamiento** cuando hay más de 3 personas por dormitorio, excluyendo cocina, baño o piezas destinadas al comercio o industria.

Para determinar si hay o no hacinamiento, utilice la fórmula: 
$$\frac{\text{Nº de Personas en el Hogar}}{\text{Nº de Dormitorios}}$$

### 29.2 Servicios Sanitarios

- Marque con X si posee servicios como Agua: ESSAP/SENASA, pozo sin bomba, pozo con bomba, red privada, tajamar, nacimiento, río o arroyo, aljibe u otro.
- En cuanto a la Eliminación de Basura: puede ser a través de la quema, recolección pública o carrito de basura, tira en el hoyo, tira en el patio, baldío, zanja, calle, tira en la chacra, en el arroyo, río o laguna u otro lugar.
- En cuanto al desagüe del baño marque con X si este se desagua en un Hoyo o pozo, Pozo ciego, Red pública (Cloaca) o en la superficie de la tierra, arroyo, río, etc.

### 29.3. Servicios Básicos

Marque con X si cuenta con luz eléctrica, teléfono línea baja, teléfono celular, heladera, TV, otros (cocina, lavarropas, etc.)

## 30. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Marque con X las opciones **Si** o **No** de acuerdo a las patologías que presente el/la paciente en el momento de la internación.

Cuando marque **Si** describa en el apartado de **Detalles**: la clasificación, el estadio de la enfermedad, evolución, complicaciones, tratamiento médico o intervenciones quirúrgicas.

Marque **No Sabe** (n/s) si no se puede recabar datos del/la paciente o de la persona que lo acompaña.

**1. Cardiovasculares:** hipertensión arterial; insuficiencia cardiaca; arritmias; cardiopatías congénitas o adquiridas; valvulopatías; antecedentes de fiebre reumática; endocarditis; historia de *Ángor pectoris* o infarto agudo de miocardio. Escriba estadíos, grados, secuelas o complicaciones de las enfermedades citadas, medicación: dosis, consumo regular o irregular de medicamentos. Si hubo Internaciones: fecha aproximada y diagnóstico al alta.

Si no tiene diagnóstico clínico de dichas enfermedades anote los Signos o Síntomas de cierta data que orienten al diagnóstico de la enfermedad. **Ej.** edemas de miembros inferiores, disnea y sus grados, etc.



**2. Respiratorios:** malformaciones congénitas; antecedentes de patologías pulmonares relevantes y/o sus complicaciones: neumonía, bronquitis a repetición, asma bronquial, tuberculosis pulmonar, contacto con bacilar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis quística, neumoconiosis, sinusitis crónicas, amigdalitis a repetición, historia de tos crónica, productiva o no, etc. Medicación recibida: dosis y tiempo.

**3. Digestivos:** malformaciones congénitas; diarrea aguda o crónica; esteatorrea; constipación; intolerancias o alergias alimentarias; síndrome de mal absorción; hemorragia digestiva alta o baja o signos sugestivos tales como hematemesis, melena, rectorragia. Anote tiempo de evolución, medicación recibida, complicaciones.

**4. Genitourinarios:** malformaciones congénitas; antecedentes de patologías urinarias y/o sus complicaciones; infección urinaria; síndrome nefrítico o nefrótico; cólico renoureteral, insuficiencia renal aguda o crónica; edemas, úlceras, tumores. etc. Trastornos de la micción: incontinencia urinaria, orina por rebosamiento, disuria, poliuria, nicturia, enuresis, etc. Anote tratamiento: dosis, duración.

**5. Osteoartromuscular:** malformaciones congénitas o adquiridas; antecedentes de patologías osteoartromusculares y/o sus complicaciones: artritis, artrosis, osteomielitis, fracturas, deformaciones: cifosis, escoliosis, posiciones viciosas, atrofiás musculares, etc.

**6. Hemolinfopoyético:** antecedentes de enfermedades hematológicas: leucemia, lupus eritematoso; púrpura o síndromes hemorragíparos; aplasia o anemia crónica refractaria al tratamiento. Anote clase, estadio y complicaciones; medicación: dosis y fase de tratamiento.

**7. Endócrinos:** diabetes; hipotiroidismo; hipertiroidismo, síndrome adrenal, Síndrome de Cushing; hipogonadismo; hiperprolactinemia, etc.

**8. Neurosiquiátricos:** trastornos mentales o de conducta, aquellos relacionados a la percepción como las alucinaciones visuales, auditivas, olfativas. Los relacionados al pensamiento como las ideas delirantes, paranoicas, megalomaniacas, místicas o de suicidio.

**Neurológicas:** malformaciones congénitas; accidente cerebrovascular, causas y secuelas; parálisis flácida o espástica; tumores, malformaciones; enfermedades degenerativas y sus consecuencias: Atrofia cerebral, Enfermedad de Alzheimer, Demencia Senil, etc.

Historia de cefalea, convulsiones, antecedentes de status epiléptico, internaciones por convulsión; desde cuándo, evolución, complicaciones. Medicación: drogas, dosis, consumo regular o irregular, efectos colaterales.

**9. Psicológicos:** antecedentes psicológicos, conductas agresivas, depresivas, conflictivas, intento de suicidio. Los estados de ánimo deprimido o exaltado, etc.

**10. Odontológicos:** detalle si presenta caries, raigones, afecciones de las encías, periodontal, o molestias en la articulación de la mandíbula; tratamiento ortodóncico, etc.

**11. Audiovisuales:** describa los trastornos de la agudeza visual y/o de acomodación, miopía,



hipermetropía, astigmatismo, estrabismo, etc.; visión borrosa diplopía, fosfenos, dolor ocular, fotofobia, xeroftalmia, amaurosis; hipoacusia, otalgia, otorrea, otorragia, tinitus, etc.

**12. Metabólicos:** trastornos del metabolismo que pueden ser congénitos o adquiridos, debidos a: deficiencia enzimática o alérgica, hiper producción o acumulación por trastornos de eliminación. Trastorno del metabolismo de los glúcidos: glucosa, lactosa, fructosa, etc., de los lípidos: colesterol, triglicéridos; trastornos del metabolismo de las proteínas: albúmina, globulina, caseína, etc.; trastorno del metabolismo de los minerales: calcio, ácido úrico, fósforo, magnesio, etc.

**13. Alérgicos:** historia de alergia a fármacos, alimentos o factores ambientales: hongos, polvos, ácaros, etc.

**14. Infeciosos:** enfermedades por bacterias, virus, hongos, parásitos, etc. Ej. estafilococcias, estreptococcias, leishmaniosis, Infección por virus de inmunodeficiencia humana, HIV, tuberculosis, dengue, lepra. etc.

**15. Neoplásicos:** antecedentes o portadores de alguna neoplasia o enfermedad tumoral maligna y los órganos afectados: mama, colon, tiroides, hígado, etc.

**16. Malformaciones Congénitas:** Síndrome de Down; Tetralogía de Fallot; Enfermedad de Hirschsprung; Espina Bífida; Atresia Anal, etc.

**17. Traumatismos y/o Quemaduras:** registre fecha, áreas lesionadas, grados de la lesión y secuelas.

**18. Internaciones:** interrogue sobre internaciones anteriores, fechas en las que se realizaron y causas patológicas que llevaron a la internación, si no se puede precisar el/los diagnóstico/s.

**19. Cirugías:** interrogue sobre cirugías anteriores, causas de intervenciones y fechas en las que se realizaron

**20. Transfusiones:** interrogue si fue o no transfundido, tipo de sangre o hemoderivado recibido, grupo y factor Rh del/los donante/s, fecha de las transfusiones, motivo de la transfusión, si ocurrió o no reacción postransfusional.

**21. Otro/s:** cualquier antecedente personal, que considere relevante para una mejor evaluación del paciente como:

**Nefrológicas:** antecedentes de Infecciones de vías urinarias a repetición u otros, si no se consignó en la casilla N° 4 o 14.

**Reumatológicas:** historia de artralgias, mono, oligo o poli articulares, migratorias o no, simétricos o asimétricos, articulaciones distales o proximales. Colagenopatías, asociada a Lupus, Artritis reumatoidea; desde cuándo, complicaciones, tratamientos: drogas, dosis, efectos colaterales, etc.

Alteraciones del olfato o del tacto que no fueron abordados a través de las patologías o los



síndromes: alteraciones olfativas, anosmia, cacosmia, parosmia. Pérdida de la sensibilidad táctil, térmica o dolorosa, etc.

### **31. ANTECEDENTES FAMILIARES**

Interrogue sobre las enfermedades que presenten o hayan presentado los familiares: padre, madre, hermanos o hijos por la posibilidad que alguna/s, tengan transmisión hereditaria o manifiesten predisposición genética. Es importante investigar la presencia de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, alteraciones en el metabolismo de los lípidos, Intolerancia al Gluten, antecedentes de enfermedades coronarias, cánceres de distintos tipos (de mamas, de colon), enfermedades cerebro-vasculares, alergias, asma, trastornos psiquiátricos, enfermedades genéticas y otras (gota, hemofilia), etc.

Especifique antecedentes de la enfermedad de importancia clínica del padre y/o la madre, marque con X si los mismos están vivos o muertos. Si alguno de los dos o ambos fallecieron, especifique las causas de muerte y anote la edad al fallecimiento.

Escriba el número de hermanos y/o hijos, especifique antecedentes de la enfermedad de importancia clínica, escriba el número de hermanos y/o hijos vivos o muertos, en el caso de que el/los mismo/s fallecieron, especifique las causas de muerte y anote la edad al fallecimiento.

### **32. FAMILIGRAMA**

Es la representación gráfica de los antecedentes del/la paciente a partir de los datos obtenidos en el interrogatorio, usando símbolos simples y visibles. Contiene la síntesis de la estructura familiar, el tipo de relaciones familiares, antecedente de enfermedades, conducta, creencias. Identificar dentro del esquema: quién se interna, la fecha de nacimiento, edad, estado civil, los miembros de su familia, las relaciones intrafamiliares, los miembros muertos, enfermedades padecidas y causas de muerte.

#### **SIMBOLOS:**

1. Cada miembro de la familia según el género está representado por: un cuadrado (Hombre) o por un círculo (Mujer).
2. Si una pareja tiene hijos, ellos cuelgan de la línea que conecta a la pareja.
3. En familias más numerosas que tienen más de un hijo como los gemelos están representados por dos círculos o cuadrados que están conectados por una misma línea.
4. Si son hijos adoptivos se utiliza la misma descripción gráfica que el punto 2 pero con líneas discontinuas: cuadrado (Hombre) o círculo (Mujer).



5. Para una persona fallecida se coloca una X dentro del cuadrado o círculo dependiendo del género.
6. El embarazo está representado por un triángulo, del mismo cuelga una línea vertical.
7. El aborto provocado esta representado por un círculo negro y una X y los espontáneos por una X.
8. El caso Índice, la persona clave o paciente identificado alrededor del cual se construye el Familigrama, se indica con un cuadrado o círculo doble dependiendo del género.
9. Dos personas casadas están conectadas por una línea que baja y cruza con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha.
10. El divorcio se indica con dos líneas oblicuas. La separación se marca con una línea diagonal. Las líneas oblicuas significan una interrupción en el matrimonio.
11. La pareja no casada se señala igual que las casadas pero con una línea de segmento.

**Relaciones Interpersonales Familiares:** claramente una cronología familiar puede variar en detalle dependiendo del alcance y profundidad de la información disponible. El nivel de relaciones en la familia es el elemento más inferencial de un familigrama: esto involucra delinear las relaciones entre miembros de la familia. Tales caracterizaciones se basan en informes de los miembros de la familia y observación directa.

12. La relación conflictiva está representado por una línea quebrada que une a los dos componentes de la familia
13. La relación cercana entre dos miembros de la familia se representa por dos líneas horizontales y paralelas.
14. La relación muy estrecha se representa por tres líneas horizontales y paralelas.
15. La relación muy estrecha pero conflictiva entre dos miembros de la familia se representa por tres líneas horizontales-paralelas y una línea quebrada sobre las mismas.
16. El quiebre de la relación entre dos miembros está representado por una línea horizontal que es detenida y atravesada por dos líneas perpendiculares.
17. Cuando la relación entre dos miembros se halla distante se la representa por una línea horizontal discontinua.

### 33. ESQUEMA DE VACUNACIÓN

Porta:1. Tarjeta de Vacunación 1. Si  2. No  2. Libreta de Salud del Niño/a 1. Si  2. No

Es importante señalar en el esquema de vacunación las vacunas que el/la paciente ha recibido durante su vida, con el propósito de conocer su nivel de inmunización.

Las fechas de vacunación podrán ser recopiladas de la Tarjeta de Vacunación, de la Libreta de Salud del Niño/a o de los registros de la institución si es conocido en el Establecimiento de Salud.



Marque con X si el/la paciente porta o no la Tarjeta de Vacunación, Libreta de Salud del Niño/a, en el momento de la internación.

Anote las fechas de aplicación de las dosis recibidas, **no tildar** dentro de los casilleros.

**Enfermedades contra las que protege las siguientes vacunas:**

**BCG:** formas graves de tuberculosis: meningitis tuberculosa, tuberculosis miliar

**OPV (Sabin Oral):** poliomielitis o parálisis infantil

**Pentavalente:** difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B, meningitis, neumonía y otras por Hib

**DPT:** difteria, tétanos, tos ferina

**ROTAVIRUS:** diarreas por rotavirus – previene la deshidratación severa y complicaciones.

**SPR:** sarampión, parotiditis (paperas), rubéola

**AA (Anti Amarílica):** fiebre amarilla

**Anti Influenza:** complicaciones por influenza

**Td:** tétanos, difteria

**HB:** Hepatitis B

**34. ANTECEDENTES GÍNECO-OBSTÉTRICOS**  Aplica  No Aplica

Marque con X “**Aplica**”, cuando el/la paciente es un/a, adolescente, mujer o varón adulto/a.

Complete lo que corresponda:

**Estadio de Tanner:** escriba en números arábigos el Estadio de Tanner, de mamas y vello pubiano de ser mujer, y de vello pubiano y de genitales de ser varón. Si existe retraso de la pubertad, realizar una evaluación más completa.

**Menarca:** anote la edad en años de la primera menstruación.

**Ritmo:** registre cada cuántos días se presenta la menstruación. En cuanto a la duración registre número de días de sangrado. Ej: 30/3, 30/5, 28/2.

**Gestación (G):** escriba el número de embarazos que ha tenido independientemente del resultado del mismo.

**Partos (P):** escriba el número de partos vaginales que ha tenido la gestante.

**Cesárea (C):** escriba el número de nacimientos resueltos por vía abdominal.

**Aborto (A):** escriba número de abortos que ha tenido la gestante.

**FUM:** anote la fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos) y año (dos últimos dígitos) en que tuvo su última menstruación.

**FUC:** registre fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos) y año (dos últimos dígitos) de la última cesárea.

**FUP:** registre fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos) y año (dos últimos dígitos) del último parto.



**FUA:** registre fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos) y año (dos últimos dígitos) del último aborto.

**Menopausia:** escriba la edad en que la mujer dejó de menstruar, natural o quirúrgicamente.

**Terapia Anticonceptiva:** marque con X si utilizó métodos anticonceptivos y especifique el método: inyectables, orales; DIU (dispositivo intrauterino); condón o preservativo, etc. Si no utilizó marque con X la opción No.

**Inicio Vida Sexual Activa:** anote la edad en años en que inició la actividad sexual.

**N° de Parejas:** anote número de parejas.

**Cirugía Pelviana:** procedimiento quirúrgico para examinar y tratar órganos abdominales y pélvicos. Se utiliza tanto para el diagnóstico como para el tratamiento (dolor pélvico debido a endometriosis, quiste ovárico, adherencias, enfermedad pélvica inflamatoria, otros). Describa tipo de patología que presenta.

**PAP:** examen en el que se toman células del cuello uterino y se examina. Escriba fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos) y año (dos últimos dígitos) y resultado del examen.

**Colposcopia:** procedimiento médico consistente en la observación microscópica del epitelio cuello uterino, paredes vaginales así como entrada a la vagina, que permite identificar lesiones precancerosas con gran precisión. Describa lo que para el profesional sea relevante.

**Biopsia:** es la extracción o extirpación de una pequeña porción de tejido para examinarla luego en el laboratorio. Describa lo que para el profesional sea relevante.

**Mamografía o Ecografía Mamaria:** *“la ecografía permite el estudio diferencial de nódulos o tumores que se palpa en exploración clínica o que se visualiza en mamografía, esta informa si hay lesión benigna o maligna. La ecografía nos dice si el contenido del nódulo es sólido (fibroadenoma) o líquido quiste”*. La ecografía no sustituye a la mamografía, no duplica la información sino que es una evaluación complementaria.<sup>2</sup> Describa lo que para el profesional sea relevante.

**Esquema de Kaltenbach:** esquema para recoger el calendario menstrual, hace referencia a la duración y cantidad (intensidad) de la hemorragia menstrual.

### 35. DATOS DEL PADRE Aplica No Aplica

Marque con X la opción “**Aplica**” cuando el/la paciente es menor de edad, ó mayor de edad soltero/a o casado/a que se encuentre en grave estado de salud, trastorno mental, etc. y requiera la designación de su Padre como responsable.

En este caso complete lo siguiente:

<sup>2</sup> La Ecografía Mamaria. Instituto Marqués. Pág. 1. [www.institutomarques.com/mamografia\\_ecografia.html](http://www.institutomarques.com/mamografia_ecografia.html) - 5k -



1. Apellido(s) y Nombre(s) del Padre.
2. Registre el tipo de Documento de Identificación ya sea Cédula de Identidad o Pasaporte. Marque el tipo de documento y también el casillero “**No porta**”, en caso de que no porte dicho documento.  
Marque el casillero “**No tiene**”, cuando el padre no tiene documento.  
Marque el tipo de documento y la opción “**No se conoce**” cuando no porta y no recuerda el número de documento.
3. Escriba la edad en años cumplidos.
4. Marque con X el estado civil actual del padre, sea soltero, casado, viudo, unido, separado, divorciado. Marque con X la opción “No Sabe” cuando se desconoce el estado civil del padre.
5. Escriba el último nivel educativo alcanzado **Ejemplo:** 6to. grado, 6to. curso, etc.
6. Especifique la ocupación actual del padre.
7. Marque con X si el padre asume o no el sustento económico de la familia.
8. Marque la opción Otro si el padre está fallecido o desaparecido.

Marque con X la opción “**No Aplica**” cuando el/la paciente mayor de edad no requiera la designación de su Padre como responsable, en este caso dejar en blanco los ítems del bloque 35.

### 36. DATOS DE LA MADRE Aplica No Aplica

Marque con X la opción “**Aplica**” cuando el/la paciente es menor de edad ó mayor de edad soltero/a o casado/a que se encuentre en grave estado de salud, trastorno mental, etc. y requiera la designación de su Madre como responsable. En este caso complete lo siguiente:

1. Apellido(s) y Nombre(s).
2. Registre el tipo de Documento de Identificación ya sea Cédula de Identidad o Pasaporte. Marque el tipo de documento y también el casillero “**No porta**”, en caso de que no porte dicho documento.  
Marque el casillero “**No tiene**”, cuando el padre no tiene documento.  
Marque el tipo de documento y la opción “**No se conoce**” cuando no porta y no recuerda el número de documento.
3. Escriba la edad en años cumplidos.
4. Marque con X el estado civil actual de la madre, sea soltera, casada, viuda, unida, separada, divorciada. Marque con X la opción “**No Sabe**” cuando se desconoce el estado civil de la madre.
5. Escriba el último nivel educativo alcanzado. Ejemplo: 6to. grado, 6to. curso, etc.



6. Especifique la ocupación actual de la madre.
7. Marque con X si la madre asume o no el sustento económico de la familia.
8. Marque la opción Otro si la madre está fallecida o desaparecida.

Marque con X la opción “**No Aplica**” cuando el/la paciente mayor de edad no requiera la designación de su Madre como responsable, en este caso dejar en blanco los ítems del bloque 36.

### 37. ANTECEDENTES PERINATALES Aplica No Aplica

Marque con X la opción “**Aplica**” cuando la paciente es mujer o una gestante con antecedentes de embarazos previos. En este caso complete lo siguiente:

#### 37. 1 ANTECEDENTES MATERNOS

1. **FUM (Fecha de Última Menstruación):** escriba fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos) y año (dos últimos dígitos) de último sangrado menstrual
2. **Número de:**
  - Gestación:** escriba el número de embarazos que ha tenido independientemente del resultado del mismo.
  - Partos:** escriba el número de partos vaginales que ha tenido la gestante.
  - Abortos:** escriba número de abortos que ha tenido la gestante.
- 3 **Número de Controles Prenatales:** registre el número de controles prenatales realizados en el transcurso de esa gestación.
4. **1era. Consulta Prenatal:** escriba en números en qué mes de embarazo realizó la primera consulta prenatal.
5. Determine **Grupo Sanguíneo y RH** de la madre para dar respuesta inmediata ante una emergencia obstétrica (hemorragia, otros)
6. **Test de Coombs Indirecto:** anote si el resultado fue positivo o negativo y fecha.
7. **Recibió Inmunoglobulina Anti D (Rh):** la inyección de inmunoglobulina Anti-D administrada a las mujeres Rh negativas a las 28 y 34 semanas de embarazo, es efectiva para detener la formación de anticuerpos RhD después del nacimiento. Marque con X si la madre recibió la vacuna y escriba la fecha (día, mes y año) en que la recibió. En caso contrario marque con X la opción No.
8. **Patologías:** marque con X las patologías de la madre pre-existentes y/o durante el embarazo como hipertensión arterial, eclampsia, cardiopatías y otras.



**9. Ingesta de Medicamentos y/o tóxicos:** escriba si la madre consumió medicamento/s prescritos o no por el médico, especifique cuáles, en qué cantidad y por cuánto tiempo. Investigue probables efectos teratogénicos o tóxicos.

Escriba si la madre fumó cigarrillo o tabaco, precise la cantidad; promedio diario de consumo de café; tipo de bebida alcohólica: cerveza, ron, vino, etc., cantidad y frecuencia en días o por semana.

**10. Corticoides Antenatales:** *“se administra a embarazadas entre 24 y 34 semanas de gestación con las siguientes indicaciones: amenaza de parto prematuro, hemorragia ante parto, ruptura prematura de membranas, cualquier condición que requiera un parto prematuro electivo”*.<sup>3</sup>

Marque con X si se le administró corticoides antenatales en dosis completa o incompleta, en cualquiera de los casos escriba la semana en que se inició la administración. Marque con X “**Ninguna**” si no recibió dosis de corticoides o **n/c** si no corresponde, debido a que no está indicada su administración.

**11. Vacunas de la Madre:** en el esquema de vacunación, anote las fechas de aplicación de las dosis correspondientes a las vacunas recibidas.

**12. Infecciones Perinatales:** marque con X si la madre se realizó o no las pruebas de laboratorio, en el caso de marcar “SI”, escriba fecha y resultado. Detalle tratamiento a seguir y fecha del mismo.

### **13. PARTO**

**1. Lugar de Nacimiento:** marque con X si el parto ocurrió en una Institución de Salud o Domiciliaria con parteras tradicionales (empíricas) u otro.

**2. Tipo de Nacimiento:** marque con X cuando el nacimiento es:

**Único:** cuando nace un solo producto de la gestación vivo o muerto.

**Múltiple:** cuando nacen 2 o más productos de la gestación vivos o muertos.

**3. Tipo de Parto:** marque con X si es:

**Vaginal:** expulsión del feto por la vía natural, también denominada parto normal.

**Instrumental:** especifique: vacum, fórceps

**Cesárea:** operación quirúrgica, extracción del feto por la sección de las paredes abdominales y uterina.

**4. Asistido por:** marque con X el tipo de profesional que asistió al parto.

<sup>3</sup> Centro de Información en Medicina. Ministerio de Salud. Complejo Nacional de Salud, Dra. Concepción Palacios. Módulo 1. Oficina No. 392. Managua Nicaragua ni [http://www.minsa.gob.ni/bns/cimed/banco/corticoides\\_SDR.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/cimed/banco/corticoides_SDR.pdf)



**5. Anestesia:** marque con X si se administró o no anestesia a la madre. Si marca "Si" tilde con X el tipo de anestesia utilizada en el procedimiento o intervención quirúrgica. En caso contrario marque "No".

**6. Ruptura de Membranas:** se identifica por la pérdida o salida del líquido amniótico por vagina. Marque con X si fue espontánea o artificial (uso de un instrumental), escriba fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos), año (dos dígitos), hora y minutos (cuatro dígitos) de la ruptura.

**7. Características del líquido:** especifique si el **líquido** que sale por la vagina es claro ó teñido. En este último caso, marque con X además si fue sanguinolento, meconial o purulento.

**8. Condición:** marque con X el estado actual de salud de la madre: estable, crítica o fallecida.

**9. Conoció a su Hijo:** marque con X si la madre conoció o no a su hijo/a. (Si la madre se encuentra en condiciones de responder)

**10. La madre se encuentra en:** marque con X la opción correspondiente, si se encuentra en el mismo hospital donde se produjo el parto, referido a otro establecimiento, domicilio o fallecida.

### 37.2 DATOS DEL RN

**1. Tiene pulsera de identificación:** verifique que el recién nacido porte la pulsera de identificación. Destacar que, aunque hay pocos casos de confusiones en la identificación de recién nacido, las pulseras y brazaletes colocados alrededor de la mano o pie es una medida que garantizará la individualización del recién nacido. Marque con X la opción correspondiente. No tener en cuenta en reingresos hospitalarios.

**2. Peso en gramos o kilogramos**

**3. Talla en centímetros**

**4. Perímetro Cefálico en centímetros**

**5. Apgar** en minutos, al 1º y 5º minuto de vida.

**6. Edad gestacional en semanas:** marque con X, si para calcular la edad gestacional del bebé, se utilizó el Test de Capurro, Test de Ballard, FUM o Ecografía en el primer trimestre.

- **Test de Capurro:** utilizar si está dentro de las 48 hs. de vida. Se aplicará para mayores de 28 semanas (*Véase Tabla Complementaria: Tabla 2*)

- **Test de Ballard:** usar si está dentro de la 1ra. Semana. Se aplicará para menores de 28 semanas. (*Véase Tabla Complementaria: Tabla 3*).

- **FUM:** este dato es esencial para estimar la edad gestacional y la fecha probable de parto.

---



- **Ecografía:** cuando la fecha de última menstruación no está disponible, una posibilidad es estimarla a partir de una ecografía fetal temprana.

**7. Salud Fetal comprometida:** el concepto de salud fetal es un enfoque orientado a la evaluación de las condiciones en que se está desarrollando el feto. Estas condiciones están determinadas por causas propias del feto, como los factores genéticos, y que provienen de enfermedades maternas o de agentes del medio ambiente que, a través de la madre y la placenta, alcanzan al niño/a en gestación. Marque con X si la salud del feto está o no comprometida.

**8. Primera Valoración:** el objetivo de la primera valoración al momento de nacer es proporcionar una evaluación del estado de desarrollo y bienestar del recién nacido y describir cualquier manifestación de desviación de lo normal en la forma o en la función que pudiera requerir un tratamiento inmediato o en un periodo más tardío. Proporciona un punto de partida con el que podrá valorar el progreso y establecer comparaciones en exámenes posteriores, incluido el que se hará al alta.

Marque con X cualquiera de estas manifestaciones de anormalidad que presente el neonato en la primera valoración.

Marque X la opción “**No Aplica**” si el/la paciente es un/a adolescente, adulto/a y/o anciano/a, en este caso deje en blanco los ítems del bloque 37.

### 38. TAMIZAJE NEONATAL Aplica No Aplica

Marque con X la opción “**Aplica**” cuando el/la paciente es un/a recién nacido.

Es fundamental la realización de un tamizaje en los recién nacidos para la prevención de un daño severo a través del inicio de un tratamiento oportuno.

Marque con X las opciones correspondientes, de acuerdo a las pruebas de tamizaje, para detectar a tiempo enfermedades de consecuencias graves e irreversibles como hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, etc. En este caso marque con X si el resultado fue normal ó anormal. Marque la opción **No**, si no se realizó la prueba.

**TSH:** exámenes de laboratorio T3 (Tiroxina) y T4 (Triyodotironina) que mide la cantidad de hormonas estimulante de las tiroides en sangre. Valores normales son de 0.4 a 4.0 mIU/L. Actividad tiroidea baja con valor por encima de 2.0 mIU/L pero niveles normales de T4 pueden desarrollar hipotiroidismo. Con tratamiento el nivel de hormona debe estar entre 0.5 y 2.0 mIU/L.



**FENILALANINA:** altos niveles son dañinas para el sistema nervioso central y ocasionan daño cerebral.

**TIR:** una prueba de detección estándar para fibrosis quística en recién nacidos, busca un aumento en los niveles de tripsinógeno inmunorreactivo que es una enzima producida por el páncreas.

**AUDITIVO:** el bebé necesitan oír bien para aprender a hablar, si tiene dificultad no podrá desarrollar su lenguaje, el habla y su habilidad cognoscitiva. La mayoría de las veces solo se investiga la agudeza auditiva con un historial familiar de déficit auditivo, prematuridad o enfermedades graves que requieren tratamiento en terapia intensiva. La tamización se realiza mediante un procedimiento conocido como A-ABR (respuestas evocadas automatizadas del tallo cerebral).

**VISUAL:** un examen ocular al recién nacido permite detectar problemas visuales que se pueden corregir a tiempo y prevenir fallas en el desarrollo de la visión como miopía, astigmatismo o hipermetropía. Además se mira el alineamiento de los ejes visuales para descartar estrabismo.

Marque con X la opción “**No Aplica**” cuando el/la paciente no es un/a recién nacido.

### 39. PROMOCIÓN DE SALUD

Marque con X todas las informaciones con Si o No, en base a las orientaciones que ha recibido la madre al momento del alta del recién nacido.

### 40. PATOLOGÍAS DEL/LA RN

Marque con X la/s patología/s que presentó el recién nacido previo al motivo de consulta actual, pudiendo describir con mayor detalle en el espacio destinado para el mismo. No llenar si el RN ingresa directamente de la sala de maternidad.

### 41. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS Aplica No Aplica

Marque con X la opción “**Aplica**” cuando el/la paciente es un/a niño/a. En este caso complete lo siguiente:

**1. Lactancia:** marque con X el tipo de alimentación que recibe el/la niño/a.

- **Materna exclusiva:** sólo ha recibido leche materna y ningún otro líquido o leche artificial.



Especifique el tiempo.

- **Mixta:** recibió leche materna y además, líquidos o leche artificial.

- **Artificial:** leche artificial. Escriba la edad de iniciación.

**2. Ablactación:** escriba la edad de inicio de alimentos sólidos.

Es importante señalar que no se debe eliminar la leche materna mientras se incorporen estos nuevos alimentos.

**3. Alimentación Actual:** especifique tipo de alimentación actual, calidad, cantidad y periodicidad.

Marque con X la opción “**No Aplica**” si el/la paciente es un adulto/a y deje en blanco los ítems correspondientes al bloque 41.

#### **42. DESARROLLO MADURATIVO** **Aplica** **No Aplica**

Marque con X la opción “**Aplica**” cuando el/la paciente es un/a niño/a.

El desarrollo psicomotor es muy importante por sus numerosas implicaciones de orden neurológico, porque la capacitación motora del/la niño/a constituye un punto de partida natural en la estimación de la madurez.

El lenguaje incluye toda forma de comunicación visible y audible, vocalizaciones de palabras y oraciones como imitación, comprensión y movimientos posturales en relación al sonido.

En cuanto al desarrollo social, incluye las reacciones individuales del/la niño/a frente a otras personas, estímulos culturales, su adaptación a la vida doméstica y grupos sociales.

Especifique la edad en que ocurre cada uno de los eventos.

Marque con X la opción “**No Aplica**” si el/la paciente no es un/a niño/a y deje en blanco los ítems correspondientes al bloque 42.

#### **43. ASPECTO GENERAL (ECTOSCOPIA)**

Observación global y metódica de las particularidades del/la paciente, morfológicas y dinámicas, que se inicia durante el interrogatorio. Es percepción del estado general del/la paciente.

Describa en los renglones correspondientes con letra clara y legible el aspecto general del/la paciente.



### III PARTE: EXAMEN FÍSICO

#### 44. SIGNOS VITALES Y DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Escriba en el casillero correspondiente los signos vitales y datos antropométricos, según la edad del/la paciente:

1. Presión Arterial (PA): miembros superiores máxima y mínima en milímetros de mercurio –mmHg-. Escriba el percentil correspondiente.
2. Pulsos en latidos por minuto.
3. Frecuencia Respiratoria (FR) en minutos
4. Frecuencia Cardíaca (FC) en latidos por minutos.
5. T° Axilar en centígrados C°
6. Peso en kilogramos. Escriba el percentil correspondiente.
7. Talla en centímetros. Escriba el percentil correspondiente.
8. Perímetro Cefálico en centímetros. Escriba el percentil correspondiente.
9. Índice de Masa Corporal en Kg/m<sup>2</sup>. Utilice la fórmula:  $\frac{\text{Peso}}{(\text{Talla})^2}$
10. Circunferencia Abdominal en centímetros.

#### 45. ESTADO NUTRICIONAL

Marque con X el estado nutricional del/la paciente, según el resultado que arroje la tabla.

**(Véase Tabla Complementaria: Tabla 4).**

**En el Examen Físico intervienen los 4 métodos de la exploración clínica: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación.**

**Inspección:** es la apreciación con la vista del aumento, aspecto, color, forma y movimiento del cuerpo y de su superficie externa, como también de algunas cavidades o conductos accesibles por su amplia comunicación, ejemplo: boca y facies.

**Palpación:** es la apreciación manual de la sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño, situación y movimientos de la región explorada, ello valiéndonos de la sensibilidad táctil, térmica y vibratoria, así como de los sentidos de presión y estereognosico de las manos.

**Percusión:** consiste en la apreciación por el oído, de los fenómenos acústicos, generalmente ruidos que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo. Puede ser practicada golpeando la superficie externa del cuerpo con las manos desnudas, o valiéndose de un martillo especial.



**Auscultación:** consiste en la apreciación con el sentido de la audición, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del corazón, o por la entrada y salida de aire en el sistema respiratorio, o por el tránsito en el tubo digestivo, o finalmente por cualquier otra causa.

#### **46. CABEZA**

**Cráneo:** **Forma:** Braquicéfalo, dolicocefalo; **Tamaño:** Normocéfalo, Macrocefalo, Microcefalo

**Fontanela:** importante para conocer el estado de la presión intracraneal mediante la palpación. Permite hacer una valoración del crecimiento del cráneo y su cierre prematuro hará sospechar craneosinostosis

- **Ojos:** Globo Ocular: tamaño: exoftalmía, enoftalmía, tensión. Motilidad. Conjuntiva ocular y palpebral, escleróticas, iris, pupila, córnea, reflejo fotomotor, movimientos oculares, fondo de ojo, agudeza visual.
- **Oídos:** forma, tamaño, posición, simetría, pabellón auricular, conducto auditivo externo, membrana timpánica. Higiene, presencia de secreciones, dificultad en la audición, dolor, secreción, infección de oído, otros.
- **Naríz:** fosas nasales, senos paranasales, tamaño, posición del tabique nasal, mucosa nasal, permeabilidad, olfato, coriza, aleteo nasal, lesiones.
- **Amígdalas y faringe:** lesiones, congestión, gusto.
- **Cavidad Bucal:** labios (coloración, humedad, lesiones), dientes (presencia de prótesis, estado de conservación, caries, piezas faltantes), lengua (humedad, lesiones, movimientos), paladar duro y blando (lesiones, congestión),

**ODONTOGRAMA:**<sup>4</sup> denominado también **diagrama dentario**. Para hacer referencia a ello en la historia clínica se han ideado formas de registro por medio de signos, que sustituyen los nombres de cada uno de los dientes.

El primer dígito especifica uno de los cuatro cuadrantes de la boca, empezando con el maxilar derecho y siguiendo la dirección de las agujas del reloj. Las piezas dentales permanentes son las más tratadas y los cuadrantes se definen con los dígitos del 1 al 4. Para las piezas deciduales, de leche o temporales los cuadrantes van del 5 al 8.

El segundo dígito indica el diente dentro del cuadrante empezando por el incisivo central y acabando por el tercer molar. Para describir una pieza dental se utilizan siempre dos dígitos, los primeros describen los cuadrantes y los segundos los dientes en concreto.

---

<sup>4</sup> Investigación Criminológica I. Universidad de Murcia (Facultad de Derecho). Juan Ballester.



### **Dientes Desiduales**

El 51 y el 61 son incisivos centrales, 52 y 62 son incisivos laterales, 53 y 63 son colmillos, 54 y 64 primer molar primario, 55 y 65 son segundo molar primario.

### **Dientes permanentes superiores**

El 11 y 21 son incisivos centrales, 12 y 22 incisivos laterales, 13 y 23 colmillos, 14 y 24 son el primer premolar, 15 y 25 son el segundo premolar, 16 y 26 son el primer molar, 17 y 27 son el segundo molar, 18 y 28 son el tercer molar.

### **Dientes permanentes inferiores**

El 38 y 48 son tercer molar (inferiores), 37 y 47 segundo molar, 36 y 46 primer molar, 35 y 45 el segundo premolar, 34 y 44 primer premolar, 33 y 43 son colmillos, el 32 y 42 incisivos laterales, 31 y 41 son incisivos centrales.

## **47. CUELLO**

**Cuello:** aspecto, simetría, forma y tamaño (ancho y corto, delgado y largo); movilidad (flexión, extensión, lateralización, rotación), ingurgitación yugular, pulso carotideo (presencia o ausencia, simetría, intensidad), sensibilidad, aumentos de volumen localizados (tumores, bocio, adenopatías), masa, rigidez

**a) Tiroides:** aumentado de tamaño u otras alteraciones vasculares, presencia de lóbulos.

## **48. TÓRAX**

**Conformación Ósea:** simetría, uso musculatura accesoria, retracción o abombamiento de espacios intercostales, elasticidad, expansión, movilidad de la caja torácica, dolor, masas, lesiones, cicatrices, cambios de coloración.

**Mamas:** tamaño, simetría, forma, lesiones de piel, pezones, areolas, retracciones, tumoraciones, conductos galactófaros, cola de Spence, tejido adiposo

**Axilas:** búsqueda de ganglios linfáticos de la zona. Aspecto: consistencia, tamaño, adherencia a planos profundos y movilidad así como compromiso de la piel suprayacente.<sup>5</sup>

### **48.1 AP. RESPIRATORIO**

Frecuencia respiratoria, movimientos respiratorios, expansibilidad torácica, ritmo respiratorio, describir el tipo, quejido, estridor, tiraje, abovedamientos, retracciones.

Expansibilidad torácica, vibraciones vocales (conservados, aumentados, disminuidas o abolidas).

Sonoridad pulmonar normal, hipersonoridad, timpanismo, submatidez, matidez.

---

<sup>5</sup> *Semiología Médica Integral*. Escrito por Diego Luis Álvarez Montoya, Luis Guillermo Duque Ramírez, Humberto Rubio Vanegas. [books.google.com.py/books?isbn=9586559157...](https://books.google.com.py/books?isbn=9586559157...)



Murmullo vesicular (normal, disminuido, ausente), ruidos adventicios o estertores, auscultación de la tos, auscultación de la voz (pectoriloquia, broncofonia).

#### **49. AP. CARDIOVASCULAR**

**a) Área Periférica:** característica del pulso radial: sincronismo, amplitud, intensidad, determinar la presencia o ausencia de pulsos periféricos o disminución de la amplitud de los mismos (pulsos temporales superficiales, carotídeos, humerales, radiales, femorales, poplíteos, tibiales posteriores, pedios); Precisar la presencia de várices o microvárices.

**b) Área Central:**

Ictus cordis: localización, extensión, intensidad, determinar los ruidos cardiacos en los focos de auscultación (punta, nórdico, pulmonar, tricuspideo y mosocardio). Precisar la presencia de: ritmo de galope, chasquido de apertura de la mitral, acentuación o desdoblamiento de los ruidos, clicks, soplos, arrastre. En el caso de soplos deben precisarse sus características (momento, localización, intensidad, tono, timbre, irradiación y modificación con diferentes maniobras).

#### **50. ABDOMEN Y PELVIS**

Aspecto, simetría, abombamientos, circulación colateral, cicatrices, ombligo, \*Maniobra de Valsalva, hernias, eventraciones. Dolor, tumoraciones, visceromegalias, signo de irritación peritoneal. Ascitis, distensión por gases, globo vesical, tumores de la pared o intraabdominal, sonoridad normal. Ruidos hidroaéreos (aumentados, disminuidos o ausentes).

**\*Maniobra de Valsalva:** *se utiliza para determinar control reflejo autonómico de la función cardiovascular. Es un ejercicio usado para asistir a vaciar la vejiga y a veces, dentro del contexto de la terapia sexual. También puede corregir algunos latidos del corazón rápidos que se originan en los atrios.*

**Tacto Rectal:** Inspección de región peri anal, lesiones, tumores, vesículas, fístulas. Tonismo de esfínter, pliegues anales, ampolla rectal, consistencia, Fondo de Saco de Douglas (doloroso o no), fecaloma, tipo de heces por guante.

#### **51. APARATO GÉNITO-URINARIO**

**1. Puñopercusión de fosas lumbares:** aumento de volumen, cambios inflamatorios, dolorosa o no.



## 2. Genitales Femeninos

Se comienzan examinando los genitales externos, observando caracteres sexuales secundarios, aspectos de labios mayores y menores, desarrollo del clítoris, desembocadura de la uretra, coloración de la mucosa e identificar si existe alguna lesión o abultamiento localizado anormal.

**Especuloscopia:** con el espéculo vaginal se toman muestras cervicales para estudios microscópicos o realizar cultivos. Esta maniobra permite conocer la orientación largo y ancho de la vagina.

**Cérvix:** observar en cuello uterino características de las estructuras, si hay secreciones tomar muestras para realizar el extendido citológico (tinción de Papanicolau). Interesa fijarse en: color o cambios de coloración localizados, suavidad de la superficie y/o secreción vaginal, si existen lesiones, úlceras o proliferaciones anormales.

**Tacto Vaginal:** permite conocer paredes vaginales, temperatura, cuello uterino, orificio (puntiforme, transversal), tumoración, Maniobra de Fraënkel, Fondo de Saco de Douglas (dolorosa o no, abombado o no), secreciones por guante.

**Palpación Bimanual:** se debe palpar el cuello cervical y Fondos de Sacos que lo rodean, identificar características del cuello uterino, posición, tamaño, consistencia, movilidad y sensibilidad con los movimientos. Normalmente no debe producir dolor.

**Útero:** se precisa determinar tamaño (aumento de tamaño puede deberse a embarazo, tumor benigno-mioma o un cáncer). Es importante determinar forma, consistencia, inclinación, movilidad y dolor que se pueda generar. Altura, tono, dinámica, Bolsa de las Aguas, Latidos Fetales

**Anexos:** palpar específicamente los ovarios. Se examinará si hay **masa palpable**, precisar tamaño, forma, consistencia movilidad y sensibilidad.

**Fondo de Saco:** *“El peritoneo cubre el cuerpo uterino parcialmente en cara anterior y posterior y al continuar hacia el recto deja un bolsillo recto-uterino llamado **Fondo de Saco de Douglas**”.*<sup>6</sup>

**Secresiones:** determinar características, color, fetidez, cantidad. Toma para secreción vaginal.

---

<sup>6</sup> Manual de Semiología. Dr. Ricardo Gazitúa Edición 2007. Profesor Adjunto Departamento de Medicina Interna Profesor encargado del Curso de **Semiología** ...[escuela.med.puc.cl/Publ/ManualSemiologia/](http://escuela.med.puc.cl/Publ/ManualSemiologia/) - 6k



**Tacto Rectal:** Inspección de región peri anal, lesiones, tumores, vesículas, fístulas. Tonismo de esfínter, paredes rectales, consistencia, fondo de saco de Douglas (doloroso o no), fecaloma, tipo de heces por guante.

### **3) Genitales Masculinos:**

Distribución pilosa, pene, prepucio, glande, bolsas escrotales, testículos, cordón espermático, próstata, etc.

## **52. PIEL Y FANERAS**

**Coloración general y sus alteraciones:** palidez, rubicundez, cianosis, coloración amarilla (ictericia y pseudoictericia), melanodermia.

**Superficie:** lustrosidad, humedad, descamaciones, grosor, nevos, efélides, manchas, pliegues, estrias, estado trófico, etc.

**Faneras:** pelo (cantidad, distribución, implantación, calidad, color, largo, grosor, resistencia), uñas (forma, aspecto, resistencia, crecimiento y color).

**Tejido celular subcutáneo:** determinar si está infiltrado o no por edema, mixedema o enfisema subcutáneo, características (distribución, color, temperatura, sensibilidad y consistencia)

## **53. SISTEMA HEMOLINFOPOYÉTICO**

**Ganglios Linfáticos:** palpación meticulosa de las regiones ganglionares (retroauriculares, occipitales, submentonianas, submaxilares, cervicales, supraclaviculares, axilares, epitrocleares, inguinales), forma, consistencia, delimitación, movilidad, sensibilidad o dolor.

**Hígado:** normalmente no visible a la inspección, pero presumible por abombamiento del hipocondrio derecho. Se explora a la palpación superficial y profunda para determinar el tamaño, la consistencia, característica de su superficie si es lisa o nodular, delimitación de los bordes, etc.

**Bazo:** aumento de volumen del hipocondrio izquierdo (en grandes esplenomegalias). Realice la palpación en posición de Schuster, búsqueda de manifestaciones hemorrágicas: petequias, equimosis, vibices, hematomas, etc.



#### 54. APARATO OSTEOARTROMUSCULAR:

**Columna Vertebral:** determine la presencia de cifosis, lordosis, escoliosis, cifoescoliosis, palpación de las apófisis espinosas en busca de dolor y de los puntos entre dos apófisis espinosas (a 2 cm. a ambos lados de la línea media).

**Articulaciones:** precisar aumento de volumen, deformidad, cambios de coloración, grado de flexión y extensión, desviaciones articulares en uno u otro sentido, etc.

**Miembros:** aspecto, simetría                      **Motilidad:** activa, pasiva

**Músculos:** volumen muscular, atrofiadas, tumoraciones, simetría, forma y movimiento, dolor consistencia.

#### 55. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

**Estado de Conciencia:** lúcido/a, desorientado/a en tiempo o espacio, somnoliento/a, obnubilado/a, estuporoso/a,

**Escala de Glasgow** utilizada para proporcionar registro y monitorización del Nivel de Conciencia en paciente con traumatismo craneoencefálico. Se asigna un valor numérico a tres componentes: capacidad de apertura ocular, respuesta motora y verbal.

**(Véase Tabla Complementaria: Tabla Nº 5)**

**Lenguaje y habla:** afasia y disfasias, disartria y anartria, polilalia, bradilalia y ecolalia, tipos especiales de voz que pueden ver en algunas afecciones: voz farfullante, voz escandida de pájaro, voz cuchicheada.

**Marcha:** aspectos fundamentales a precisar en la marcha del/la paciente.

- Capacidad de flexión y extensión de los segmentos de las extremidades inferiores.
- Movimientos coordinados entre las extremidades superiores y el tronco.
- Marcha en línea recta o no
- Si el enfermo mira hacia delante, si mira al suelo y donde pone los pies o un punto fijo.
- Si la marcha es rápida o lenta.
- Si aumenta la base de sustentación.
- Si al deambular apoya primero el talón o la punta del pie.

**Tono y Trofismo muscular:** aspecto, consistencia, relieve, contorno aumentado o disminuido, actitud de las extremidades. Resistencia de los músculos a la manipulación pasiva de los miembros, tronco y cabeza. El tono muscular puede estar normal, aumentado (hipertonía), disminuido (hipotonía), recurrir a la medición para identificar atrofia muscular.

**Pares Craneales:** I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII rama coclear y vestibular IX-X-XI-XII.



Las lesiones de los pares craneales aportarán información respecto al lugar donde se localiza la lesión, más cuando se afecta varios nervios craneales a la vez (multineuritis craneal en caso de lesiones periféricas) o se asocian a síntomas o signos centrales como hemiparesia o ataxia.

**Reflejos:** cutáneos, osteotendinosos, clonus

**Signos Menígeos:** rigidez de la nuca, Kernig, Brudzinski

## 56. SEMIOLOGIA PSIQUIÁTRICA

1. **Orientación**: es el conocimiento del medio ambiente y de sí mismo en un momento determinado, y que permite al sujeto dirigir las actividades de acuerdo a sus intereses y necesidades.

Tipo de alteración que comprende como:

***Desorientación autopsíquica:*** es aquella que se refiere a la persona por ejemplo no saber quién es, puede estar relacionada con un trastorno de conciencia, de la memoria o con una interpretación delusiva.

***Desorientación alopsíquica:*** cuando se refiere al tiempo (fecha) o lugar (ubicación).

***Desorientación en el cálculo del tiempo:*** se presenta la lentificación o aceleración del tiempo transcurrido.

2. **Percepción**: es la organización e interpretación de los estímulos que llegan al organismo a través del órgano de los sentidos.

**Alucinación:** percepción sensorial de cualquier tipo sin un estímulo externo, es decir, es una percepción que entra por cualquiera de los cinco sentidos sin que haya una razón. Generalmente son causadas por drogas, privación de sueño, psicosis, estrés y otros trastornos mentales.

**Tipos de Alucinaciones:**

- **Auditivo-verbales.** Aparecen en relación a determinados estímulos reales como ser el ruido de un motor en funcionamiento, el canto de un ave, el ruido de una canilla que gotea agua. El paciente percibe voces que dialogan entre sí sobre su persona o pensamiento o comentan sus actividades.
- **Visuales u ópticas.** Las elementales se dan como vivencias ópticas amorfas (fotomas), se caracterizan por su falta de figuración como luces, colores, centelleos o figuras geométricas, que en ocasiones adquieren movimiento. En las alucinaciones visuales complejas la visión adquiere características semejantes a la realidad, el paciente ve objetos o seres reconocibles.



- **Táctiles.** Están referidas a sensaciones cutáneas. El paciente experimenta sensaciones de que le tocan, agarran, estrangulan, pinchan o atraviesan, etc.
- **Somáticas.** Afectan o están referidas al interior del cuerpo o a alguna de sus partes. El paciente tiene sensaciones de estar petrificado, hueco, vacío, lleno de líquido.
- **Olfativo-gustativas.** se trata de sabores u olores generalmente desagradables.
- **Extracámpicas.** son experiencias alucinatorias que están referidas a un lugar fuera del campo visual, del sujeto.
- **Pseudoalucinaciones.** a diferencia de las alucinaciones verdaderas no se las relaciona con ninguna modalidad sensorial (visión, audición, tacto, etc.). Suceden en la mente del enfermo y son difíciles de diferenciar de otros procesos de pensamiento como los delirios.

3. **Pensamiento:** proceso complejo por el cual se aprehende un objeto o un aspecto de un objeto o situación. Se reconoce a través del lenguaje oral, escrito o mímico.

**Curso:**

**3.1 Enlentecido:** dificultad en su fluidez, las asociaciones son escasas y existe una franca dificultad en la elaboración mental con una pobre variedad de ideas, sin embargo, con esfuerzo logra un pensamiento completo.

**3.2 Acelerado:** asociación y facilidad de pasar de un tema a otro se oponen a la alteración anterior.

**3.3 Fuga de Ideas:** sucesión rápida de pensamientos fragmentarios o del habla en la cual el contenido cambia abruptamente y el habla puede ser incoherente. Marque con X si hubo o no fuga de ideas.

**Contenido:**

**3.4 Ideas delusivas o delirantes:** se trata de una idea falsa, extraña, fija en la mente de la paciente y que por más que se le explique que esto no es posible, para ella es una vivencia real.

**3.5 Paranoides:** Existe una preocupación por una o más ideas delirantes (sobre todo de las del complejo paranoide), alucinaciones auditivas (voces de terceras personas que comentan los actos del paciente); no se presenta lenguaje desorganizado.

**3.6 Megalomaniacas o Mesíánicas:** la persona cree que tiene una misión en la vida.

**3.7 Místicas:** la persona cree que Dios o algún santo se comunica con el/ella, que comparten su vida.



**4. Humor:** un rasgo de madurez que hace posible que el ser humano pueda soportar la separación entre lo ideal y lo real de la existencia, así como responder de forma positiva a la vida y a las frustraciones cotidianas.

**4.1 Tristeza:** es un sentimiento desagradable, penoso y aflictivo que se acompaña de relajación con pobreza de los gestos y movimientos y de un tono monótono, cansado, lento o quejumbroso de la voz, puede no existir llanto, pero cuando existe es muy significativo.

**4.2 Exaltado:** estado anímico de inestable euforia con elación, la presión para verbalizar puede llegar al pensamiento ideofugal y el aumento de la actividad motora.

**4.3 Ideas de suicidio:** los que tienen ideas suicidas están, además, deprimidos. Los principales motivos por los que una persona se deprime son, en primer lugar, la pérdida del control sobre su situación vital y sus emociones y, en segundo lugar, la pérdida de toda visión positiva del futuro (desesperación).

**5. Agitación Psicomotora:** excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, manosear los vestidos e incapacidad para permanecer sentado.

## IV PARTE: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

### 57. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Una vez recogida y ordenada la exhaustiva información aportada por la anamnesis, las pruebas somáticas, psicológicas y la exploración psicopatológica se debe analizar, interpretar, para establecer un diagnóstico inicial pero no concluyente, porque depende de la evolución posterior del/la paciente que podrán sufrir modificaciones para la elaboración de un diagnóstico definitivo. Escriba en el espacio correspondiente, la impresión diagnóstica principal, secundarios y justifique ambos.

En base a la patología que presente el/la paciente se hará la notificación obligatoria de la enfermedad, remitiendo el diagnóstico en la brevedad posible para tomas de medidas preventivas. (*Véase Tabla Complementaria: Tabla N° 6*)

### 58. PLAN DE TRABAJO

El Plan de Trabajo deberá basarse en un diagnóstico inicial o en caso de una sintomatología compleja que confirmarán por revisiones posteriores, se tendrán en cuenta el/los diagnóstico/s diferencial/es.



El Plan determinará el **tratamiento** que se le administrará al/la paciente, deberá valorarse si la respuesta terapéutica es favorable o no o si precisan reorientar el tratamiento por la aparición de efectos secundarios o desfavorables.

Registre Firma, Aclaración, Sello del Profesional Médico que realizó la historia.

## V PARTE: DATOS AL ALTA

### 59. DIAGNÓSTICOS AL EGRESO

**Diagnóstico Principal al Egreso:** *“Se define como la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal”<sup>7</sup>.*

**Otros Diagnósticos:** *“Se definen como aquellas que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de atención y afectaron el tratamiento del paciente. Las afecciones que hayan afectado anteriormente al paciente pero que no inciden en el episodio actual no se deben registrar”. (1)*

Escriba en los renglones correspondientes con letra clara y legible el diagnóstico principal al Egreso del/la paciente. No utilizar ABREVIATURAS ni SIGLAS.

Codifique utilizando la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).

### 60. TRATAMIENTO NEONATAL Aplica No Aplica

Marque con X la opción **“Aplica”** cuando el/la paciente es un/a recién nacido.

Establecido el diagnóstico, marque con X las opciones Si o No, los elementos que figuran tanto en tratamientos, cuidados respiratorios como cirugía.

Marque con X la opción **“No Aplica”** cuando el/la paciente no es un/a recién nacido, en este

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), Vol.2, Pág. 97



caso dejar en blanco los ítems del bloque 60.

### 61. CONDICIÓN AL EGRESO

Marque con X la condición del/la paciente al Egreso ya sea curado/a, mejorado/a, estacionario/a, empeorado/a ó fallecido/a.

### 62. TIPO DE EGRESO

Marque con una (X) la opción correspondiente de acuerdo al tipo de egreso del/la paciente que puede darse por:

- 1. Alta Médica:** acto médico que determina la finalización de la modalidad de la asistencia que venía siendo prestado/a al/la paciente hasta el momento, por cura, mejoría o situación estacionaria del caso.
- 2. Traslado a otro Establecimiento:** referencia de un/a paciente internado/a a otro establecimiento de Salud, al momento del Egreso.
- 3. Retiro voluntario:** cuando el/la paciente suspende la internación por propia voluntad. Deberá quedar registrado este hecho en la hoja de enfermería de la Historia Clínica con la firma del/la paciente, de un/a persona autorizada o acompañante.
- 4. Fuga:** cuando el/la paciente abandona inesperadamente la internación hospitalaria.
- 5. Defunción:** si se produce el fallecimiento del/la paciente anote el Número del Certificado de Defunción expedido.

### 63. ¿Está inscripto en el Registro Civil?

Marque con X si el/la paciente está o no inscripto en el Registro Civil. Si porta la autorización de nacimiento motivar a que lo inscriban.

### 64. EPICRISIS

Cuando el/la paciente hospitalizado sale de alta es importante efectuar la epicrisis o resumen de egreso. El médico responsable preparará un resumen de los hallazgos y hechos (investigaciones diagnósticas, evolución, tratamientos) significativos registrados durante la hospitalización como también los diagnósticos de egreso y las recomendaciones formuladas para la futura atención del/la paciente. De esta forma el nuevo profesional que atienda al/la paciente tendrá una visión objetiva y general del proceso patológico.



## **65. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y OBSTÉTRICOS**

**PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS:** Cualquier manipulación física de la estructura del cuerpo con fines diagnóstico, preventivo o curativo que lo realiza un profesional para restaurar, separar, reunir lo que se ha dividido o reparar los defectos de la naturaleza, utilizando instrumentos que requieran administración de anestesia local o general y se realizan dentro o fuera de un quirófano o sala de procedimiento. Ejemplos: Apendicectomía, Herniorrafia, Trasplante Renal, etc.

**PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS:** Se realiza con fines de extraer el producto de la concepción por una incisión en el útero para la extracción completa del cuerpo de la madre del producto de la gestación o con utilización del instrumento. Ejemplos: Cesárea, Parto con Forceps, Legrado, etc.

Escriba los procedimientos realizados durante la presente internación.

## **66. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**

Estudio de diagnóstico que permite detectar la presencia de enfermedad. El profesional decidirá qué estudio deberá realizarse según síntomas y antecedentes médicos del/la paciente.

Ejemplos: Rayos X, Tomografía, Resonancia Magnética, Centellografía, Espirometría, Ecocardiografía, Biopsia endoscópica, etc.

Escriba los procedimientos realizados durante la presente internación.

## **67. PROCEDIMIENTOS MÉDICOS**

Es el tratamiento que el profesional médico administra al paciente cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. Ejemplos: Antibiótico, Diurético, Transfusión de Sangre, Luminoterapia, Cobaltoterapia, etc.

Escriba los procedimientos realizados durante la presente internación.

## **68. FECHA DE EGRESO**

Escriba el día, mes, año, hora y minutos en que terminó el período de internación.

**FIRMA, ACLARACIÓN, SELLO DEL MÉDICO AL ALTA**

Registre Firma, Aclaración y Sello del Profesional Médico al alta del/la paciente



## TABLAS COMPLEMENTARIAS

**TABLA Nº 1: LISTADO DE ETNIAS**

<b>Familia Lingüística Guaraní</b>	12. Etnia Guaná
1. Etnia Aché	13. Etnia Toba Maskoy
2. Etnia Avá Guaraní	<b>Familia Lingüística Mataco Mataguayo</b>
3. Etnia Mbyá	14. Etnia Nivaclé
4. Etnia Pái Tavyterâ	15. Etnia Maká
5. Etnia Guaraní Occidental	16. Etnia Manjui
6. Etnia Guaraní Ñandeva	<b>Familia Lingüística Zamuco</b>
<b>Familia Lingüística Lengua Maskoy</b>	17. Etnia Ayoreo
7. Etnia Enlhet Norte	18. Etnia Yvytoso
8. Etnia Enxet Sur	19. Etnia Tomárâho
9. Etnia Sanapaná	<b>Familia Lingüística Guaicuru</b>
10. Etnia Toba	20. Etnia Toba-Qom
11. Etnia Angaité	

**Fuente:** Atlas de las Comunidad Indígenas en el Paraguay. Censo Nacional de Población y Viviendas 2002. DGEEC.


**TABLA 2:** Valoración de la madurez del Recién Nacido Test de Haroldo Capurro

<b>A. Físicas</b>					
<b>Incurvación del pabellón auricular</b>	Chato liso, sin curvación = 0	Incurvación del borde superior = 8	Incurvación del borde superior = 16	Incurvación total del pabellón = 24	
<b>Características de la piel</b>	Lisa y gelatinosa = 0	Fina y lisa = 5	Más gruesa, escasa de descamación = 10	Gruesa descamación abundante = 15	Gruesa, fisurada y con descamación = 20
<b>Nódulo mamario</b>	No palpable = 0	Palpable < de 5 mm = 5	Palpable entre 5-10 mm = 10	Palpable > de 10 mm = 15	
<b>Formación del pezón</b>	Apenas visible, sin areola = 0	Diámetro < 7,5 mm = 5	Areola visible, lisa chata, diámetro > 7,5 mm = 10	Areola punteada, borde no levantado, diámetro > de 7,5 mm = 15	
<b>Pliegues Plantares</b>	Planta lisa, sin pliegues = 0	Marcas mal definidas sobre la parte anterior = 5	Marcas bien definidas sobre la parte anterior y surcos en 1/3 anterior = 10	Surcos en la mitad anterior = 15	Surcos en más de la mitad de la planta = 20
<b>B. Neurológicas</b>					
<b>Maniobra de la bufanda</b>	El codo alcanza la línea axilar anterior del lado opuesto = 0	Codo entre la línea media y la línea axilar anterior = 12	El codo alcanza la línea media = 12	El codo no alcanza la línea media = 18	
<b>Sostén cefálico</b>	Deflexión total de la cabeza ángulos mayores de 270° = 0	Control cefálico parcial, ángulo entre 180° - 270° = 4	Capaz de mantener cabeza en línea con el cuerpo 180° = 8	Lleva la cabeza anterior al cuerpo ángulo menor 180° = 12	



**TABLA 3:** Esquema de puntuación según signos neuromusculares y físicos para determinar EG según el método de Ballard expandido. La suma total debe relacionarse con la EG según la tabla adjunta.

Madurez neuromuscular	-1	0	1	2	3	4	5
Postura							
Ventana cuadrada (muñeca)							
Rebote de brazos							
Ángulo poplíteo							
Signo de la Bufanda							
Talón a Oído							

Madurez Física	-1	0	1	2	3	4	5
<b>Piel</b>	Pegajosa friable transparente	Gelatinosa roja transparente	Lisa rosada venas visibles	Descamación superficial y/o erupción pocas venas	Surcos superficiales y descamación, áreas pálidas, venas escasas	Mayor descamación, surcos profundos, no se observan vasos	Piel arrugada se sale en placas
<b>Lanugo</b>	No	Escaso	Abundante	Fino	Áreas lampiñas	Sin lanugo	
<b>Superficie Plantar</b>	Tamaño: 40-50 mm: -1 <40 mm.: -2	< 50 mm. Sin surcos	Ligeras marcas rojas	Surcos transversos en ½ anterior	Surcos en 2/3 anterior	Surcos en toda la planta	
<b>Botón mamario</b>	Imperceptible	Apenas perceptible	Pequeña aréola plana, no se palpa tejido mamario	Aréola y pezón definidos, tejido mamario de 1-2 mm.	Aréola granulada, borde elevado tejido mamario de 3-4 mm.	Pezón y aréola completos, tejido mamario de 5-10 mm.	
<b>Ojos y oídos</b>	Párpados fusionados: sueltos (-1) firmemente (-2)	Párpados abiertos, pabellón plano permanece plegado	Pabellón blando con ligeras incurvaciones, se endereza con lentitud	Pabellón bien incurvado, pero blando, se endereza con facilidad	Pabellón bien formado firme, se endereza al instante	Pabellón firme con cartílago grueso y duro	
<b>Genitales masculinos</b>	Escroto plano y liso	Escroto vacío, arrugas finas	Testículos en canal inguinal, escasas arrugas	Testículos descendiendo, algunas arrugas	Testículos abajo, arrugas ++	Testículos pendulares, arrugas profundas	
<b>Genitales femeninos</b>	Clítoris prominente, labios planos	Clítoris prominente, pequeños labios menores	Clítoris prominente labios menores creciendo	Labios mayores y menores igualmente prominentes	Labios mayores grandes, cubren parcialmente a los menores	Labios mayores cubren completamente a los menores	

**Rango de Madurez**

<b>Puntaje</b>	-10	-5	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
<b>Semanas</b>	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44

**TABLA 4:** Clasificación del Estado Nutricional según Índice de Masa Corporal.**Mujeres de 10 a 18 años**

Edad (años)	Bajo Peso Kg/m <sup>2</sup>	Normal Kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso Kg/m <sup>2</sup>	Obesidad Kg/m <sup>2</sup>
10	≤ 14.6	14.7-19.8	19.9-22.8	≥ 22.9
11	≤ 14.9	15.0-20.7	20.8-24.0	≥ 24.1
12	≤ 15.4	15.5-21.7	21.8-25.1	≥ 25.2
13	≤ 15.9	16.0-22.4	22.5-26.2	≥ 26.3
14	≤ 16.4	16.5-23.2	23.3-27.2	≥ 27.3
15	≤ 16.9	17.0-23.9	24.0-28.0	≥ 28.1
16	≤ 17.4	17.5-24.6	24.7-28.8	≥ 28.9
17	≤ 17.8	17.9-25.1	25.2-29.5	≥ 29.6
18	≤ 18.2	18.3-25.5	25.2-30.2	≥ 30.3

**Varones de 10 a 18 años**

Edad (años)	Bajo Peso Kg/m <sup>2</sup>	Normal Kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso Kg/m <sup>2</sup>	Obesidad Kg/m <sup>2</sup>
10	≤ 14.6	14.7-19.3	19.4-22.0	≥ 22.1
11	≤ 15.0	15.1-20.1	20.2-23.1	≥ 23.2
12	≤ 15.4	15.5-20.9	21.0-24.1	≥ 24.2
13	≤ 16.0	16.1-21.7	21.8-25.0	≥ 25.1
14	≤ 16.5	16.6-22.5	22.6-25.9	≥ 26.0
15	≤ 17.2	17.3-23.3	23.4-26.7	≥ 26.8
16	≤ 17.7	17.6-24.1	24.2-27.4	≥ 27.5
17	≤ 18.3	18.4-24.8	24.9-28.1	≥ 28.2
18	≤ 18.9	19.0-25.1	25.6-28.9	≥ 29.0

**Fuente:** Libreta de Salud del Niño/a. Pág. 16-17. Dirección Gral. de Programas de Salud. MSPyBS

**TABLA 5:** Escala de Glasgow

<b>Respuesta Ocular</b>	Espontánea	4
	A la voz	3
	Al dolor	2
	Ninguna	1
<b>Respuesta Verbal</b>	Orientado	5
	Confuso	4
	Palabras inapropiadas	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Ninguna	1
<b>Respuesta Motora</b>	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retira al dolor	4
	Flexión al dolor	3
	Extensión al dolor	2
	Ninguna	1
<b>TOTAL</b>		3- 15


**TABLA 6:** Enfermedades de Notificación Obligatoria<sup>8</sup>

Lista de Enfermedades de Notificación Obligatoria		
N°	Código	Enfermedad
1	(A00)	Cólera
2	(A95)	Fiebre Amarilla
3	(A20)	Peste
4	(A80)	Poliomielitis
5		Parotiditis
6		Parálisis Aguda Flácida
7	(B05-B06)	Enf. Febril Eruptiva
8	(A33)	Tétanos Neonatal
9	(A98.5)	Hantavirus (S.P.H.)
10	(B55)	Leshmaniasis Visceral
11	(U04.9)	SARS
12	(G00)	Meningitis Bacteriana
13	(G00.0)	Mening. Haemophilus Inf. Tipo B
14	(A39)	Meningitis Meningocócica
15	(A87)	Meningitis Viral
16	(A17)	Meningitis a T.B.C. < 5a.
17	(A23)	Brucelosis
18	(A22)	Carbunco Humano
19	(A90)	Dengue Clásico
20	(A91)	Fiebre Hemorrágica Dengue (FHD)
21	(A36)	Difteria
22	(A03 y A05)	Enf. Transmit. por Alimentos (ETA)
23	(B65)	Esquistosomiasis
24	(A01)	Fiebre Tifoidea
25	(T60)	Intoxicación por Pesticidas
26	(A35)	Tétanos Otras Edades
27	(A82)	Rabia Humana
28	(A37)	Tos Convulsa
29		Muerte Materna
30		Rabia Canina
31		S.R.I.
32		S.R.E.

<sup>8</sup> Dirección General de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.



# ANEXO





**30. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES**

1. Cardiovasculares Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	2. Respiratorios Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	3. Digestivos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	4. Genitourinarios Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	5. Osteoartromuscular Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	6. Hemolinfopoyético Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	7. Endocrinos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>
8. Neuropsiquiátricos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	9. Psicológicos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	10. Odontológicos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	11. Audiovisuales Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	12. Metabólicos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	13. Alérgicos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	14. Infecciosos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>
15. Neoplásicos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	16. Malformaciones Congénitas Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	17. Traumatismos y/o Quemaduras Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	18. Internaciones Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/> Fecha ___/___/___ Dx _____			
19. Cirugías Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/> Fecha ___/___/___ Dx _____			20. Transfusiones Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/> Fecha ___/___/___ Dx _____			21. Otros Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>

Detalles: \_\_\_\_\_

**31. ANTECEDENTES FAMILIARES**

Parentesco	N°	Enfermedad	Vivo	Muerto	Causa de Muerte	Edad al fallecer
Padre						
Madre						
Hermanos						
Hijos						

**32. FAMILIGRAMA**

(Diagrama con Padres, Hermanos y Abuelos)

**33. ESQUEMA DE VACUNACIÓN**

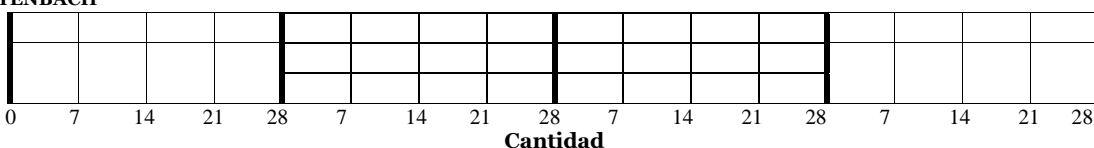
Porta: 1. Tarjeta de Vacunación 1. Si  2. No  2. Libreta de Salud del Niño/a 1. Si  2. No

Vacunas - Desde el nacimiento hasta los 10 años				A partir de los 10 años según antecedentes previos					
Vacunas	Dosis	Edad de Vacunación	Fecha	Vacunas	Indicaciones	Dosis	Fecha		
BCG	Única	Recién Nacido		Td	En vacunados con Penta/DPT	A los 10 años	Refuerzo		
OPV	Primera Dosis	2 meses			En no vacunados o con esquema incompleto - iniciar o completar 5 dosis	Cada 10 años	Refuerzo		
Pentavalente						Al contacto	1ra. Dosis		
Rotavirus	Segunda Dosis	4 meses				1 mes de la 1ra. dosis	2da. Dosis		
OPV						1 año de la 2da. dosis	3ra. Dosis		
Pentavalente						1 año de la 3ra. dosis	4ta. Dosis		
Rotavirus				1 año de la 4ta. dosis		5ta. Dosis			
OPV	Tercera Dosis	6 meses		SR	En no vacunados o que sólo tienen 1 dosis SPR	Una dosis			
Pentavalente				AA	En no vacunados o viajeros internacionales	Una dosis			
SPR	Dosis de Esquema	12 meses (1 año)		<b>Vacunas para grupos de pacientes de riesgo y situaciones especiales</b>					
AA				HB	En no vacunados con penta	Trabajadores de salud: pacientes renales, inmunodeprimidos y pacientes con indicación específica	1ra. Dosis		
OPV	Primer Refuerzo	18 meses (o un año después de la 3° dosis)					2da. Dosis		
DPT							3ra. Dosis		
OPV	Segundo Refuerzo	4 años		Anti Influenza	Trabajadores de salud: adultos mayores; enfermos crónicos; inmunodeprimidos; embarazadas y grupos de riesgo específicos	1 por año			
DPT									
SPR	Refuerzo						Otras	Según indicación de médico tratante conforme a criterios de riesgo definidos	
Anti Influeza	Primera		6 a 17 meses						
	Segunda	6 a 17 meses							
	Refuerzo	18 a 23 meses							
	Refuerzo	24 a 35 meses							

**34. ANTECEDENTES GÍNECO-OBSTÉTRICOS**  Aplica  No Aplica

Estadio de Tanner \_\_\_\_\_ Menarca \_\_\_\_\_ Ritmo \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ FUM \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ FUC \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ FUP \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ FUA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Menopausia \_\_\_\_\_ Terapia Anticonceptiva: Si  No  ¿Qué Método? \_\_\_\_\_ Inicio Vida Sexual Activa \_\_\_\_\_ N° de Parejas \_\_\_\_\_  
 Cirugía Pelviana \_\_\_\_\_  
 PAP a) Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_ Colposcopia \_\_\_\_\_ Biopsia \_\_\_\_\_  
 Mamografía o Ecografía Mamaria \_\_\_\_\_

**ESQUEMA DE KALTENBACH**



**35. DATOS DEL PADRE**  Aplica  No Aplica

1. Apellido (s) y Nombre (s): \_\_\_\_\_  
 2. Documento de Identificación: 1.  C. Identidad 2.  Pasaporte N°           3.  No Porta 4.  No tiene 5.  No se conoce  
 3. Edad:   4. Estado Civil: 1.  Soltero 2.  Casado 3.  Viudo 4.  Unido 5.  Separado 6.  Divorciado 7.  No se sabe  
 5. Escolaridad: \_\_\_\_\_ 6. Ocupación: \_\_\_\_\_ 7. Asume el sustento de la familia: 1.  Si 2.  No  
 8.  Otro, especificar \_\_\_\_\_

**36. DATOS DE LA MADRE**  Aplica  No Aplica

1. Apellido (s) y Nombre (s): \_\_\_\_\_  
 2. Documento de Identificación: 1.  C. Identidad 2.  Pasaporte N°           3.  No Porta 4.  No tiene 5.  No se conoce  
 3. Edad:   4. Estado Civil: 1.  Soltera 2.  Casada 3.  Viuda 4.  Unida 5.  Separada 6.  Divorciada 7.  No se sabe  
 5. Escolaridad: \_\_\_\_\_ 6. Ocupación: \_\_\_\_\_ 7. Asume el sustento de la familia: 1.  Si 2.  No  
 8.  Otro, especificar \_\_\_\_\_

**37. ANTECEDENTES PERINATALES**  Aplica  No Aplica

**37.1. ANTECEDENTES MATERNOS**

1. FUM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3. N° de Controles Prenatales   6. Test de Coombs Indirecto  
 2. NÚMERO DE: Resultado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Gestación   Partos   Abortos   4. 1era. Consulta Prenatal    
 5. Grupo Sanguíneo y RH \_\_\_\_\_ 7. Recibió Inmunoglobulina Anti D(Rh)  
 8. PATOLOGÍAS: 8.1. Pre-existentes: 1.  Hipertensión Crónica 2.  Diabetes Mellitus 3.  Cardiopatías 4.  Nefropatías  
 5.  Epilepsia 6.  Psiquiátricas 7.  Inmunológicas 8.  Otros, especificar \_\_\_\_\_  
 8.2. Durante el Embarazo: 1.  Pre eclampsia 2.  Eclampsia 3.  Infección Urinaria 4.  Hemorragia  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ 5.  Diabetes Gestacional 6.  Otros, especificar \_\_\_\_\_  
 9. INGESTA DE MEDICAMENTOS Y/O TÓXICOS \_\_\_\_\_  
 10. CORTICOIDES ANTENATALES: 1.  Completo 2.  Incompleto   (Semana Inicio) 3.  Ninguna 4.  n/c  
 11. VACUNAS DE LA MADRE

Fecha	Td	SR	AA	HB	Anti Influenza	Otros		
1ra. Dosis								
2da. Dosis								
3ra. Dosis								
1er. Ref.								
2do. Ref.								

12. INFECCIONES PERINATALES	Laboratorio		Fecha	Resultado	Tratamiento	Fecha
	Si	No				
1. Sífilis						
2. VIH						
3. Toxoplasmosis						
4. Citomegalovirus						
5. Hepatitis B						
6. Chagas						
7. Rubéola						
8. Dengue						
9. Tuberculosis						
10. Otros, especificar _____						

**13. PARTO:**

1. Lugar de Nacimiento: 1. <input type="radio"/> Institucional 2. <input type="radio"/> Domiciliario 3. <input type="radio"/> Otro _____	3. Tipo de Parto: 1. <input type="radio"/> Vaginal 1.1 <input type="radio"/> Instrumental 2. <input type="radio"/> Cesárea Motivo _____	4. Asistido por: 1. <input type="radio"/> Médico/a 2. <input type="radio"/> Obstetra 3. <input type="radio"/> Enfermero/a 4. <input type="radio"/> Auxiliar 5. <input type="radio"/> Otro _____	5. Anestesia: 1. <input type="radio"/> Si 2. <input type="radio"/> No Tipo: 1. <input type="radio"/> Peridural 2. <input type="radio"/> Raquídea 3. <input type="radio"/> General	6. Ruptura de Membranas: 1. <input type="radio"/> Espontánea 2. <input type="radio"/> Artificial Fecha ____/____/____ Hora _____	7. Características del Líquido: 1. <input type="radio"/> Claro 2. <input type="radio"/> Teñido 2.1 <input type="radio"/> Sanguinolento 2.2 <input type="radio"/> Meconial 2.3 <input type="radio"/> Purulento	8. Condición: 1. <input type="radio"/> Estable 2. <input type="radio"/> Crítica 3. <input type="radio"/> Fallecida 9. Conoció a su Hijo/a: 1. <input type="radio"/> No 2. <input type="radio"/> Si
---	---	--	--	--	--	--

10. La madre se encuentra en: 1.  Mismo Hospital 2.  Otro Hospital 3.  Domicilio 4. Otros \_\_\_\_\_

**37.2. DATOS DEL RN** 1. Tiene pulsera de identificación 1.  Si 2.  No

2. Peso al nacer     3. Talla   4. Perímetro Cefálico   5. Apgar: 1' \_\_\_\_ 5' \_\_\_\_  
 6. Edad Gestacional   6.1  Test de Capurro 6.2  Test de Ballard 6.3  Por FUM 6.4  Ecografía 1er. trimestre  
 7. Salud Fetal comprometida: 7.1  Si 7.2  No  
 8. Primera Valoración: 1.  Cianosis 2.  SDR 3.  Palidez 4.  Diuresis (1ra. 6 hs.) 5.  Eliminación de Meconio 6.  Tono Muscular

**38. TAMIZAJE NEONATAL**  Aplica  No Aplica

1. TSH: 1.  Si 1.1  Normal 1.2.  Anormal 2.  No 3.  Sin datos  
 2. Fenilalanina: 1.  Si 1.1  Normal 1.2.  Anormal 2.  No 3.  Sin datos  
 3. TIR: 1.  Si 1.1  Normal 1.2.  Anormal 2.  No 3.  Sin datos  
 4. Auditivo: 1.  Si 1.1  Normal 1.2.  Anormal 2.  No 3.  Sin datos  
 5. Visual: 1.  Si 1.1  Normal 1.2.  Anormal 2.  No 3.  Sin datos

**39. PROMOCIÓN DE LA SALUD**

1. Lavado de manos alcohol/gel: 1.  Si 2.  No 2. Lactancia Materna Exclusiva: 1.  Si 2.  No 3. Dormir boca arriba: 1.  Si 2.  No  
 4. Prevención contagio respiravirus: 1.  Si 2.  No 5. Derechos/ protect. social: 1.  Si 2.  No 6. Entrega de libreta del niño: 1.  Si 2.  No

40. PATOLOGÍAS DEL/LA RN			1. Prematurez Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	2. Bajo Peso Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	3. Asfixia al nacer Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	4. SDR asoc. meconio Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
5. Membrana hialina Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	6. Hipert. pulmonar Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	7. Apneas Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	8. Neumotórax Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	9. Ductus art. tratado Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	10. ECN confirmada Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	11. Hiperbilirrubinemia Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
12. Malformaciones Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	13. Convulsiones Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	14. Hem. Intracraneana Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	15. Leucomalacia Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	16. Alt. Metabólicas Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	17. Sífilis Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	18. HIV perinatal Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
19. Sepsis Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	20. Meningitis Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	21. Osteoartritis Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	22. Neumonía Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	23. Infección Urinaria Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	24. Retinopatía Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	25. Otros Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Detalles: \_\_\_\_\_

**41. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS**  Aplica  No Aplica

1. Lactancia: 1.  Materna Exclusiva (tiempo) \_\_\_\_\_ 2.  Mixta 3.  Artificial Edad de Inicio \_\_\_\_\_ 2. Ablactación \_\_\_\_\_  
3. Alimentación actual \_\_\_\_\_

**42. DESARROLLO MADURATIVO**  Aplica  No Aplica

1. Sonrisa Social \_\_\_\_\_ 2. Fija y sigue con la mirada \_\_\_\_\_ 3. Reacción al Sonido \_\_\_\_\_ 4. Sostén Cefálico \_\_\_\_\_  
5. Emite Sonidos \_\_\_\_\_ 6. Sentado con apoyo \_\_\_\_\_ 7. Sentado s/apoyo \_\_\_\_\_ 8. Gatea \_\_\_\_\_  
9. Parado c/apoyo \_\_\_\_\_ 10. Camina c/s apoyo \_\_\_\_\_ 11. Garabatea \_\_\_\_\_ 12. Palabras \_\_\_\_\_

**43. ASPECTO GENERAL (ECTOSCOPIA)**

**III PARTE: EXAMEN FÍSICO**

**44. SIGNOS VITALES Y DATOS ANTROPOMÉTRICOS**

PA Miembros Superiores Máx. Min.		Pulsos	FR	FC	Tº Axilar	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	IMC = $\frac{\text{Peso}}{(\text{Talla})^2}$	Circunferencia Abdominal
Der.						Kg	cm.	cm.		
Izq.						Percent. DE	Percent. DE	Percent. DE		
Percent.										

**45. Estado Nutricional:** 1.  No tiene Desnutrición 2.  Riesgo de Desnutrición 3.  Desnutrición Moderada 4.  Desnutrición Grave  
5.  Sobrepeso 6.  Obesidad

**Inspección, Palpación, Percusión, Auscultación (I.P.P.A)**

<p><b>46. CABEZA</b>  <b>Cráneo:</b> forma, fontanela, tamaño, etc.  <b>Ojos:</b> párpados, globo ocular, motilidad, conjuntivas, escleróticas, córnea, iris, pupila, reflejo fotomotor, fondo de ojo, etc.  <b>Oídos:</b> pabellón auricular, otoscopía: conducto auditivo externo; membrana timpánica, etc.  <b>Nariz:</b> fosas nasales, tabiques, cornetes, senos paranasales, etc.  <b>Amígdalas y Faringe</b>  <b>Cavidad bucal:</b> labios, lengua, paladar duro, paladar blando, piso bucal, piezas dentarias, etc.</p>	<p>Dientes Permanentes Superior Derecha (18-28)      Dientes Permanentes Superior Izquierda (76-86)  Dientes Deciduales, de Leche o Temporales Derecha (55-65)      Dientes Deciduales, de Leche o Temporales Izquierda (91-101)  Dientes Permanentes Inferior Derecha (48-38)      Dientes Permanentes Inferior Izquierda (98-88)</p> <p><b>CONVENCIONES:</b> Superficie cariada: color rojo; Superficie obturada: color azul; Dientes Ausentes: X (cruz)</p>
<p><b>47. CUELLO:</b> Aspecto, simetría, relieves musculares, ganglios, pulso carotideo, ingurgitación yugular, etc.  <b>Tiroides:</b> forma, tamaño, lóbulos, etc.</p>	
<p><b>48. TÓRAX</b>  <b>Conformación ósea:</b> normal, en quilla, pectus excavatum, relieves musculares, etc.  <b>Mamas:</b> cuadrantes  <b>Axilas</b></p>	

<p><b>48.1 AP. RESPIRATORIO</b> Frecuencia respiratoria, tiraje, retracciones, tipo de respiración, quejido, estridor etc.</p>	
<p><b>49. AP. CARDIOVASCULAR</b> <b>Área Periférica: Pulso:</b> en cuatro miembros, frecuencia; regularidad; amplitud; igualdad; isocronía; sincronía; llenado capilar; várices, etc. <b>Área Central:</b> ictus cordis: ubicación, extensión, intensidad, frémito, ritmo, ruidos cardiacos, soplos, galope, etc.</p>	
<p><b>50. ABDOMEN Y PELVIS</b> Aspecto, simetría, lesiones de la piel, cicatrices, circulación colateral, ombligo, etc. Orificios herniarios, visceromegalias, ascitis, ruidos hidroaéreos, etc. <b>Tacto Rectal:</b> pliegues anales, tono del esfínter, fisuras, ampolla rectal, parametrios, fondo de saco, etc.</p>	
<p><b>51. AP. GÉNITO URINARIO</b> <b>1. Puño percusión,</b> puntos ureterales, <b>2. Genitales Femeninos</b> Periné, vulva <b>Especuloscopia:</b> paredes, cervix, <b>Tacto vaginal:</b> introito; paredes; temperatura; cérvix, consistencia <b>Útero:</b> altura, tono, dinámica, Bolsa de las Aguas, Latidos Fetales <b>Palpación Bimanual:</b> cérvix, útero, anexos, Fraënkel, Fondo de Saco Secresiones: características <b>3. Genitales Masculinos:</b> pene, prepucio, glande, meato uretral, bolsas escrotales, testículos, cordón espermático, próstata, etc.</p>	
<p><b>52. PIEL Y FANERAS</b> Turgencia, elasticidad, edema, etc. <b>Faneras:</b> color, trofismo, etc.</p>	
<p><b>53. SISTEMA HEMOLINFOPOYÉTICO</b> Ganglios, hígado, bazo, etc.</p>	
<p><b>54. APARATO OSTEOARTROMUSCULAR</b> <b>Columna vertebral:</b> cifosis, lordosis, escoliosis, puntos dolorosos apófisis espinosa, etc. <b>Articulación:</b> simetría, funcionalidad, etc. <b>Miembros:</b> simetría, motilidad activa y pasiva, trofismo, fuerza, tono, signos, etc.</p>	
<p><b>55. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b> Estado de conciencia, Escala de Glasgow, palabra y lenguaje, motilidad (activa, pasiva, tono, fuerza muscular), trofismo, marcha, taxia, reflejos, pares craneales, sensibilidad, movimientos involuntarios, etc. <b>Signos meningeos:</b> Kernig, Brudzinski</p>	
<p><b>56. SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA</b> Orientación; Percepción: alucinaciones; Pensamiento: enlentecido, acelerado, fuga de ideas, ideas delusivas o delirantes, paranoides, etc.; Humor: tristeza, exaltado, ideas de suicidio; etc.</p>	

**IV PARTE: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

**57. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

**Principal:** \_\_\_\_\_

**Secundarios** \_\_\_\_\_

**Justificación** \_\_\_\_\_

57.1 NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA: 1.  Si      2.  No

**58. Plan de Trabajo**

**Tratamiento** \_\_\_\_\_

FIRMA, ACLARACIÓN Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA HISTORIA

**V PARTE: DATOS AL ALTA**

**59. DIAGNÓSTICOS AL EGRESO**

<b>Diagnóstico Principal al Egreso</b> _____ _____	<b>Códigos CIE-10</b> 
<b>Otros Diagnósticos</b> a) _____           b) _____           c) _____           d) _____           e) _____	

**60. TRATAMIENTO NEONATAL**       Aplica       No Aplica

1. TRATAMIENTOS	Edad ira. Dosis	2. CUIDADOS RESPIRATORIOS	3. CIRUGÍA
	Si No Horas Minut.		Si No
1. Surfactante	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____:	1. CPAP pre venil	1. Neurológicos
2. Indomet. Profil	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	2. Ventilado ET	2. Cardiovasculares
3. Indo/ibup.trat.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	3. CPAP	3. Respiratorios
4. Luminoterapia	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	4. Oxígeno	4. Abdominales
5. Antibióticos	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ días	5. Transfusiones	5. Genitourinarias
Esquema		6. Exanguineotransfusión	6. Osteoartromuscular
6. Amino/cafeína	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ días	7. Otros, esp. _____	7. Otros
7. Alimentación parenteral	<input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ días		

**Detalle** \_\_\_\_\_

**61. CONDICIÓN AL EGRESO**

1.  Curado/a      2.  Mejorado/a  
 3.  Estacionario/a      4.  Empeorado/a  
 5.  Fallecido/a

**62. TIPO DE EGRESO**

1.  Alta Médica      2.  Traslado a otro Establecimiento  
 3.  Retiro Voluntario      4.  Fuga  
 5.  Defunción N° del Certificado de Defunción \_\_\_\_\_

**63. ¿Está inscripto en el Registro Civil?**

1.  Si      2.  No





## GLOSARIO

**ÁREA URBANA:** definida conforme a las leyes administrativas, todas las localidades o parajes que se presentan en forma amanzanada, sin tener ninguna consideración especial. Son tales, todas las cabeceras de distritos especiales.

**ÁREA RURAL:** áreas que no se encuentran amanzanadas sin tomar en cuenta la cantidad de habitantes. Sin límite inferior de habitantes.

**REFERENCIA:** acto formal de envío de un paciente atendido en un determinado establecimiento de salud para otro de mayor complejidad. La referencia siempre debe ser hecha después de constatarse la insuficiencia de la capacidad resolutive, según normas y mecanismos preestablecidos.

**CONTRA-REFERENCIA:** acto formal de retorno de un paciente al establecimiento de origen (que lo ha referido) tras resolución de la causa responsable por la referencia, y siempre acompañado de las informaciones necesarias al seguimiento del mismo, en el establecimiento de origen”.

**FAMILIGRAMA:** instrumento que permite valorar la dinámica, la composición, estructura, el tipo de familia, relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual está cursando la familia en un momento determinado.

**OCUPACIÓN:** tarea o función que desempeña en el puesto de trabajo y que puede estar relacionado o no con la profesión.

**PROFESIÓN:** actividad especializada del trabajo, realizada por un profesional que requiere estudios universitarios.



## BIBLIOGRAFÍA

Simini F, Franco S, Pasqualini D, Lammers C. Sistema informático del adolescente con historia de salud sexual y reproductiva.. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano; 2000

Fescina RH, Butrón B., De Mucio B., Martínez G, Díaz Rosello JL, Camacho V, Simini F, Mainero L. Sistema Informático Perinatal. Historia Clínica Perinatal. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano; 2007

El Departamento de Registros Médicos: Guía para su organización. Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares N° 19. OPS/OMS

Llanio, R. Propedeutica Clínica y Fisiopatología. Ciudad de la Habana. Edit. Pueblo y Educación. t1 y t2, 1985. Págs. 1 al 20.

Humberto Rotondo. Semiología Psiquiátrica: Manual de Psiquiatría. 2da. Edición. Capítulo 5. [sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/.../cap-5.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/.../cap-5.htm)

Rogelio Bazúa O'Connor, Víctor García Navarro, Javier Medrano Palafox. Alberto Íñiguez Aceves y Sergio Javier Villaseñor Bayardo. Revista Universidad de Guadalajara. *Mitos y realidades de la psiquiatría.*

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud ( CIE-10), Vol.2, Pág. 97

Manual del Censista 2002. DGSEC. Pág 23 al 29.