

MODELOS E INSTRUCTIVOS DE MEDICINA FAMILIAR

Dirección de Servicios ambulatorios
Dirección Nacional de Estadísticas

Descriptores DeCS: **MEDICINA FAMILIAR; REGISTROS.**
Subject headings: **FAMILY PRACTICE; RECORDS.**

En cumplimiento a las estrategias de desarrollo adoptadas por el Ministerio de Salud Pública contenidas en la Carpeta Metodológica, y específicamente las referidas a la desburocratización del Médico de la Familia, al subsistema de urgencia en la atención primaria de salud y al ingreso en el hogar, se acometió la revisión de los registros y documentos primarios que se han venido utilizando en los consultorios de Medicina Familiar con la finalidad de disminuir la carga burocrática a ese nivel. También se diseñaron los registros y modelos que permitirán medir las actividades de urgencia e ingreso en el hogar a nivel primario.

Resultado de todo este trabajo es el presente documento, que contiene el diseño de todos los registros y modelos diseñados, así como su correspondiente instructivo con las orientaciones metodológicas para su correcto llenado.

Dra. Cristina Valdivia Onega
Directora Nacional de Servicios Ambulatorios

Dr. Eduardo Zacca Peña
Director Nacional de Estadísticas

GRUPO DE REVISIÓN Y DISEÑO

Dra. Ana Margarita Muñiz Roque
Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios

Dra. María Esther Álvarez Lauzarique
Jefa del Departamento de Estadísticas Sanitaria y Vitales
Dirección Nacional de Estadísticas

Técnico José D. Ramil Valdés
Especialista de Sistemas
Dirección Nacional de Estadísticas

Dr. Felix José Sansó Soberats
Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Policlínico "Plaza de la Revolución"

Dr. Pablo A. Feal Cañizarez
Unidad Nacional de Análisis y Tendencias de Salud

Dr. Ricardo Batista Moliner
Unidad Nacional de Análisis y Tendencias de Salud

Dra. Mirna Ortega
Profesora de Obstetricia
Policlínico "Plaza de la Revolución"

Dr. José Díaz Novas
Profesor de Medicina Interna
Policlínico "Lawton"

Técnico Pablo Venero
Jefe de Estadísticas
Municipio Centro Habana

Técnica Alicia Márquez
Jefa de Estadísticas
Policlínico "Lawton"

Lic. Raisa Estrada Muñoz
Departamento Nacional de Enfermería

Dra. Vivian Moreira Socorro
Especialista de I Grado en Bioestadística
Dirección Nacional de Estadísticas

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos los valiosos aportes realizados a este trabajo por el Grupo Nacional de Medicina General Integral, los Jefes Provinciales de Estadística, los Jefes de Programas Nacionales, así como de todos aquellos que de una forma u otra han brindado sus ideas y sugerencias.

TABLA DE CONTENIDOS

Instructivo del modelo 54 49 **Información General de Salud.**
Modelo 54 49 **Información General de Salud.**

Instructivo del modelo 54 50 **Historia de Salud Familiar.**
Modelo 54 50 **Historia de Salud Familiar.**

Instructivo del modelo 54 51 **Evolución de la Familia.**
Modelo 54 51 **Evolución de la Familia.**

Instructivo del modelo 54 02 1 **Historia clínica individual en la APS (carátula).**
Modelo 54 02 1 **Historia Clínica Individual en la APS (carátula).**

Instructivo del modelo 54 04 1 **Historia clínica general. APS.**
Modelo 54-04-1 **Historia Clínica General. APS.**

Instructivo del modelo 18 145 **Actividades de Medicina Familiar.**
Modelo 18 145 **Actividades de Medicina Familiar.**

Instructivo del modelo 18 196 **Hoja de actividades del subsistema de urgencia en la APS.**
Modelo 18 196 **Hoja de actividades del subsistema de urgencia en la APS.**

Instructivo del modelo 53 67. **Planificación de acciones de salud.**
Modelo 53 67 **Planificación de acciones de salud.**

MODELO 54 49
INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD
INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL MODELO

OBJETIVO: Registrar información relacionada con las características higiénicas de cada CDR correspondiente a un consultorio.

GENERALIDADES:

- La Información General de Salud será confeccionada para cada una de las cuadras de forma independiente correspondiente a un consultorio.
- El médico registrará las características higiénicas que son comunes a la cuadra, y realizará como mínimo una evolución cada año de la misma; cuando considere necesario realizará ésta con una periodicidad menor por modificación de algunas de las características.

CABEZA DEL MODELO

Consultorio: Anotar el número que identifica al consultorio.

CDR: Anotar el número del CDR ubicado en la cuadra.

Entorno: Anotar el número consecutivo que le corresponde al entorno a que pertenece la familia. Se entenderá por entorno el medio geográfico común a un grupo de familia, pudiendo ser este una cuadra o CDR, un caserío, un batey, localidad, etcétera.

Circunscripción: Anotar el número de la circunscripción al que pertenece el CDR.

Consejo Popular: Anotar el número o nombre que identifica al Consejo Popular en el que está ubicado el CDR.

Zona: Marcar con una X, según corresponda a Urbana, Rural o Plan Turquino, el tipo de zona a la cual pertenece el Consejo Popular.

Área de salud: Anotar el nombre del área de salud a que pertenece el consultorio médico.

Localidad, barrio, reparto o finca: Anotar el nombre de la localidad, barrio, reparto o finca en el que se encuentra ubicada la cuadra.

Municipio y provincia: Anotar el nombre del municipio y provincia donde se encuentra ubicada el área de salud.

CUERPO DEL MODELO

Fecha: Anotar día, mes y año en el cual se realiza la evolución del entorno.

Abasto de agua: Marcar con una X en la columna que corresponda si el agua proviene del acueducto o de otra fuente.

Presencia de desechos sólidos: Marcar con una X, según corresponda a S (Sí) o N (No), a la presencia o no de microvertederos, acumulación de escombros o aglomeración de desecho sólido que afecte la higiene de la cuadra, y constituyan riesgos para la salud de los habitantes.

Desbordamiento de residuales líquidos: Marcar con una X, según corresponda S (Sí) o N (No), a la presencia o no de desbordamientos de aguas albañales u otras que afecten la higiene de la cuadra, y constituyan riesgos para la salud de los habitantes de la cuadra.

Presencia de contaminación atmosférica: Marcar con una X, según corresponda a S (Sí) o N (No), a la presencia o no de contaminantes atmosféricos, tales como: polvo excesivo, humo, hollín o emanaciones de sustancias tóxicas que constituyan riesgos para la salud de los habitantes de la cuadra.

Deficiente iluminación: Marcar con una X, según corresponda S (Sí) o N (No), a una iluminación deficiente o no del entorno.

Presencia de ruidos: Marcar con una X, según corresponda S (Sí) o N (No), a la existencia o no de ruidos dañinos a la salud para los habitantes del entorno.

Peligros potenciales de accidentes: Marcar con una X, según corresponda S (Sí) o N (No), a la existencia de condiciones estructurales o ambientales que constituyan riesgos de accidentes, tales como: vías en mal estado, alcantarillas sin tapas, deficiencias del tendido eléctrico u otros.

Presencia de perros u otros animales en la vía: Marcar con una X, según corresponda S (Sí) o N (No), a la existencia de perros callejeros u otros animales que constituyan riesgo para la salud de los habitantes del entorno.

Vectores: Marcar con una X donde dice NO cuando no existan vectores en la cuadra. Marcar con una X, según corresponda, cuando exista presencia de uno o varios vectores en el entorno (moscas, mosquitos, cucarachas, roedores y otros).

Observaciones: Anotar cualquier especificación referida a los acápite señalados en la evolución que el médico considere necesario realizar.

MODELO 54 50
HISTORIA DE SALUD FAMILIAR
INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL MODELO

OBJETIVO:

Registrar la información relacionada con las características biológicas, socioeconómicas e higiénicas de la familia y sus integrantes.

GENERALIDADES:

- La historia de salud familiar será confeccionada a cada núcleo familiar, y permanecerá en el consultorio médico como instrumento de trabajo básico para éste.
- Las historias de salud familiar correspondientes a las familias que residen en una cuadra, serán archivadas en la Información General de Salud que les corresponda, asignándoles a cada una un número consecutivo a partir de 1 dentro de cada cuadra.
- En caso de traslado de una familia a otro consultorio dentro de la localidad o fuera de ésta, se le entregará al jefe de núcleo para hacerla llegar al nuevo médico.
- Cuando se incorpore una familia en el consultorio, en sustitución de otra, le será asignado el número de familia que ocupaba la anterior; en caso de tratarse de incrementos por construcciones de vivienda, se le asignará el número consecutivo que corresponda después del último asignado en la cuadra.

FORMA DE LLENAR EL MODELO

Entorno número: Anotar el número consecutivo que le corresponde al entorno a que pertenece la familia. Se entenderá por entorno el medio geográfico común a un grupo de familia, pudiendo ser éste una cuadra, un caserío, un batey, localidad, etcétera.

Familia número: Anotar el número consecutivo que le corresponde a la familia dentro del entorno.

Dirección de la vivienda: (calle, entre calles, número y apartamento): Anotar la dirección completa de la vivienda.

Número de historia de salud: Anotar el número que corresponda a la circunscripción, CDR y consultorio respectivamente.

Número de historia clínica individual: Consignar el número de historia clínica individual de cada uno de los miembros del núcleo familiar. Este número se compone

con el número del consultorio y el día, mes y año de nacimiento de la persona; en caso de que dentro del mismo núcleo 2 o más personas hayan nacido en la misma fecha, se consignará después de la fecha de nacimiento un consecutivo que permita distinguir una persona de otra.

Nombre y apellidos: Anotar el nombre y los apellidos de cada integrante de la familia en orden decreciente de edad.

Sexo: Anotar F (femenino) o M (masculino), de acuerdo con el sexo de cada integrante de la familia.

Fecha de nacimiento: Anotar día, mes y año de nacimiento de cada integrante.

Nivel educacional: Anotar el nivel de escolaridad que corresponda a cada integrante de acuerdo con la siguiente clasificación:

1. Primaria sin terminar
2. Primaria terminada
3. Secundaria terminada
4. Técnico medio terminado (especificar la especialidad)
5. Preuniversitario terminado
6. Universitario terminado (especificar especialidad)
7. Incapacitado (retraso mental, oligofrenia u otro)
8. Círculo o jardín infantil
9. Vías no formales
10. Preescolar no institucionalizado
11. No escolarizado

Profesión u oficio: Anotar la profesión u oficio, o ambas, que cada integrante de la familia tenga, ej., albañil, médico, ingeniero, carpintero u otro.

Labor que realiza: Anotar la actividad laboral que desempeña cada integrante de la familia. Puede coincidir o no con la profesión u oficio. Ej. oficio: carpintero, labor que realiza: chofer; oficio: ingeniero, labor que realiza: constructor de transporte; oficio: ama de casa, labor que realiza: trabajador por cuenta propia.

Grupo dispensarial: Anotar el grupo dispensarial que corresponda a cada integrante, de acuerdo con la clasificación de dispensarización.

Factores de riesgo y/o enfermedades: Anotar las entidades nosológicas y/o factores de riesgos que presente cada integrante de la familia; en el caso de la secuela, especificar cuál.

Características higiénicas de la vivienda: En esta sección el médico registrará la evaluación de los aspectos higiénicos de la vivienda en donde habita la familia, realizándola las veces que se considere necesario, pero como mínimo 1 vez por año.

Fecha: Anotar día, mes y año en que se realiza la evolución.

Índice de hacinamiento y aislamiento de los habitantes: Marcar con una X, según corresponda a B, R o M, en dependencia de:

	Índice de hacinamiento	Aislamiento de habitantes
B	Índice bajo cuando es menor o igual a 2, y tiene la vivienda sala y comedor.	Posible aislamiento de los habitantes y separación por dormitorios de los adolescentes y adultos de distintos sexos, excepto matrimonios.
R	Índice bajo cuando es menor o igual a 2, y tiene la vivienda sala y comedor.	No hay posibilidad de aislamiento de los habitantes o no hay separación de dormitorios.
M	Índice alto cuando es mayor de 2, y la vivienda carece de sala y comedor.	No hay posibilidad de aislamiento de los habitantes o no hay separación de dormitorios.

Índice de hacinamiento: $\frac{\text{Personas que duermen en la vivienda}}{\text{Número de locales en que duermen las personas}}$

Riesgos por accidentes: Marcar con una X S (Sí) o N (No), según corresponda, de haber o no en el hogar riesgos que puedan ocasionar accidentes a los integrantes de la familia.

Condiciones del medio ambiente: Marcar con una X B, R o M, según corresponda, en dependencia de:

- B No hay agente agresor; o de estarlo, no origina afectaciones a la salud.
- R Presencia de agentes agresores y originan afectaciones a la salud que pueden eliminarse con relativa facilidad.
- M Presencia de agentes agresores, y originan afecciones a la salud graves que no pueden eliminarse fácilmente.

Agentes agresores: Presencia de calor, humedad, ruidos, vibraciones, polvo, hollín.

Animales en la vivienda: Marcar con una X B, R o M, según corresponda, en dependencia de:

- B No hay animales, o los que hay no afectan la higiene (no incluye animales de corral).
- R Hay animales y se requieren medidas para evitar un problema higiénico.
- M Hay animales y constituyen un problema higiénico.

Condiciones estructurales de la vivienda: Marcar con una X, según corresponda a B, R o M, en dependencia de:

- B Sólida, puntal de 2,5 metros y más; elementos diferenciados, buen mantenimiento y buena ventilación e iluminación.
- R Sólida, puntal de 2,5 metros y más; elementos diferenciados, buena ventilación e iluminación, pero requiere reparación.
- M Insegura (grietas y/o apuntalamientos); puntal bajo sin clara separación entre los elementos, con mala ventilación e iluminación.

Observaciones: Consignar cualquiera información de interés sobre algunos de los acápite anteriores.

Factores socioeconómicos

Cultura sanitaria: Anotar el código que corresponda de acuerdo con los criterios de clasificación establecidos al realizar cada evolución.

- Buena: Aceptan la orientación médica, conocen las orientaciones sobre promoción de salud y las prácticas, y tienen una higiene personal y colectiva buena.
- Regular: Aceptan parcialmente las orientaciones médicas sobre promoción de salud, pero no las practican. La higiene personal o colectiva no es buena.
- Mala: No aceptan consejo médico, ni se orientan a través de los programas de promoción. La higiene personal y colectiva son deficientes.

Características psicosociales: Marcar con una X B, R ó M, según corresponda, en dependencia de:

- B Todos los miembros en edad laboral trabajan y los de edad escolar estudian; mantiene la familia relaciones armónicas con los vecinos y participa regularmente en tareas de las organizaciones de masas.
- R Por lo menos 1 no trabaja o no estudia de acuerdo con su edad por causas ajenas; tiene conflictos con los vecinos por patrones de conducta inadecuados, y participa a veces en tareas de las organizaciones de masas.
- M Por lo menos 1 no trabaja o no estudia de acuerdo con su edad por inclinación propia; tiene conflictos con los vecinos por patrones de conducta inadecuados, inclusive actividades delictivas, y casi nunca participa en tareas de las organizaciones de masas.

Satisfacción de las necesidades básicas: Para evaluar este acápite deben tenerse en cuenta las entradas económicas del núcleo familiar, y su utilización en función de la satisfacción de las necesidades básicas de la familia.

B Satisfacen sus necesidades de alimentación, recreación, instrucción y de medios para garantizar la higiene personal y ambiental.

R No satisfacen alguna de las necesidades básicas o la satisfacen parcialmente.

M Presentan serias dificultades para satisfacer sus necesidades de alimentación, recreación, instrucción, y de medios para garantizar la higiene personal y ambiental.

Observaciones: Consignar cualquier información de interés sobre algunos de los acápites anteriores.

Descripción y funcionamiento de la familia

Fecha: Consignar el día, mes y año en que se evoluciona este acápite.

Tipo de familia: Consignar el tipo de familia que se describe, pudiendo ser:

1. Nucleada, cuando conviven 2 generaciones.
2. Extensa, cuando conviven 3 o más generaciones.
3. Ampliada, cuando conviven varias generaciones y además otras personas que viven bajo el mismo techo.

Etapas del ciclo vital: Consignar una X en la casilla que corresponda según la familia se encuentre:

- Etapa de formación: Es la etapa comprendida desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.
- Etapa de extensión: Es la comprendida desde el nacimiento del primer hijo hasta que uno de los hijos (sea éste el primogénito o no), se independiza.
- Etapa de contracción y disolución: Es la comprendida desde la independencia del primer hijo que lo hace, hasta la muerte de ambos cónyuges.

Crisis no relacionada con el ciclo vital: Se refiere a aquellas crisis familiares que no son transitorias y que no están relacionadas con el ciclo vital, y se consignará una X en la columna correspondiente a:

Desorganización: Será la crisis debida a la presencia de embarazo en la adolescencia, enfermedades y otros daños a la salud, deterioro de las relaciones familiares, familia infértil.

Desmembramiento: Será la crisis debida a la presencia de hospitalización de uno o varios miembros, divorcio, separación o abandono, muerte de un hijo. Este desmembramiento puede ser esperado o abrupto.

Incremento: Será la crisis debida a la presencia de regreso de algún miembro que estaba ausente, reuniones en situaciones de emergencia, adopciones o llegada de familiares huérfanos. Este incremento puede ser esperado o abrupto.

Familiograma: Será la representación gráfica de la estructura de la familia, la cual deberá ser escrita con lápiz para facilitar su actualización y utilizarán los siguientes símbolos:

Hombre		Cuadrado
Mujer		Círculo
Unión matrimonial		Unión por debajo
Unión libre		
Divorcio o separación		
Unión entre hermanos		Unión por encima
Ausencia de un miembro no por muerte		Símbolo de hombre o mujer en línea de puntos
Ausencia de un miembro por muerte		Una x dentro del símbolo correspondiente
Edad de los integrantes		Se anota la edad dentro del símbolo del integrante
Comunicación afectiva fuerte		Doble enlace
Rechazo afectivo		Línea sinuosa

MODELO 54 51
EVOLUCIÓN DE LA FAMILIA
INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL MODELO

OBJETIVO: Registrar la evolución del estado de la familia.

Familia número: Anotar el número consecutivo que le corresponde a la familia dentro del entorno.

Fecha: Anotar día, mes y año en que se realiza la evolución a la familia.

Familia funcional o disfuncional: La primera es la expresión positiva de la relación dinámica y sistemática que se establece entre las categorías: comunicación, roles, afectividad, cohesión, adaptación, permeabilidad y armonía. Disfuncional: Es la que presenta una expresión negativa de las categorías anteriores.

Fecha de diagnóstico: Anotar día, mes y año en que se realice la identificación de los problemas.

Identificación de los problemas:

En este proceso, el Médico de la Familia debe desarrollar capacidades que le permitan identificar los problemas que inciden en la familia, y poder establecer prioridades en la solución de las situaciones que han detectado, considerando que un mismo problema en 2 familias diferentes, tiene una magnitud y solución distinta.

Para lograr esto el médico debe tener en cuenta la valoración de cada integrante de la familia en relación con la edad, sexo, ocupación, escolaridad, enfermedad o riesgo que presentan, y valorar de forma integrada estos aspectos de orden individual cómo son influidos por la integración social, la situación económica, el funcionamiento familiar, etcétera.

Esta valoración sólo será posible en la medida en que el médico, además de registrar los elementos en la historia clínica de cada familia, interactúe de forma dinámica y sistemática con los miembros y el núcleo familiar, lo que le permitirá delimitar mejor los problemas, ver las posibilidades de solución y el tiempo que requerirá para ello. Por ejemplo:

Una familia con elementos de enfermedades poco relevantes, prácticamente gozan de buena salud o afecciones poco relevantes; sin embargo, entre sus miembros existen adolescentes desvinculados del estudio y el trabajo, sólo el padre trabaja, la madre tiene creencias religiosas arraigadas que interfieren con las acciones de salud.

Esta familia debe ser considerada con problemas; pues éstos, que se refieren a su integración social y situación económica, afectan la estabilidad familiar desde el punto de vista socioeconómico.

Otra familia, en cambio, puede tener varios miembros afectados de diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc., pero en el plano social y económico se desenvuelven sin mayores dificultades y estos enfermos están compensados en el orden biológico y social.

En este caso la familia no presenta problemas psicológicos, pues lo antes expuesto no provoca afectación ni desequilibrio en ésta.

Medidas:

Anotar la fecha en que debe dársele solución al problema. Ello estará en relación con la medida que se plantee, y con la participación que el médico y/o el Grupo Básico de trabajo y la familia tengan en la ejecución de la misma.

Plazo de cumplimiento: corto (C); mediano (M) y largo (L):

Marcar con una X, según corresponda C, M o L, de acuerdo con el tiempo en que deben ser cumplidas las medidas indicadas por el médico para la solución de los problemas de la familia.

Modelo 54-02-1 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA HISTORIA CLINICA	HISTORIA CLINICA INDIVIDUAL ATENCION PRIMARIA DE SALUD	FAM No. _____ _____ _____ _____
---	---	--

DATOS GENERALES DEL PACIENTE					
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre (s)	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	No. C. de Ident.	
Color de la piel B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Escolaridad Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria Básica <input type="checkbox"/> Técnico Medio <input type="checkbox"/> Pre - universitario <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>			Grupo Sangíneo	Factor RH

ALERGIA:

--

DOMICILIO

Núm. HC del Paciente Consultorio	Fecha Nac.	Área de salud	FECHA		Dirección del domicilio
			Alta	Baja	

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

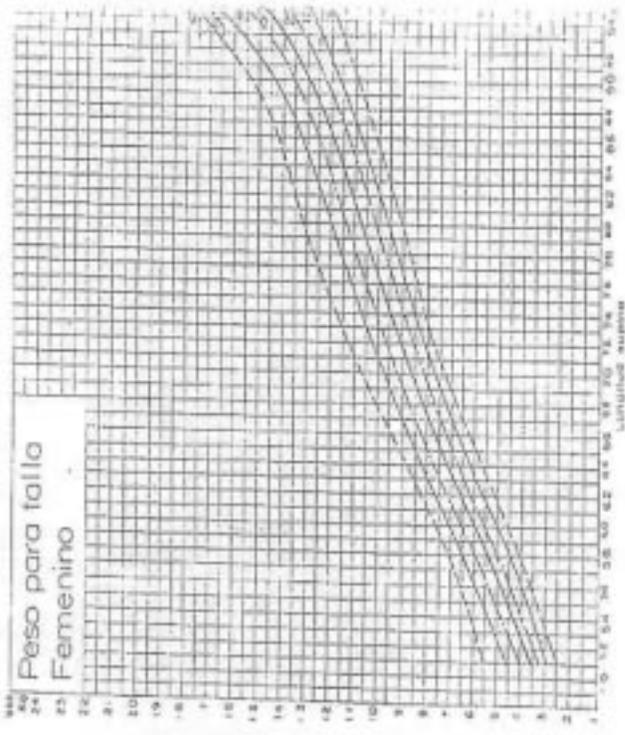
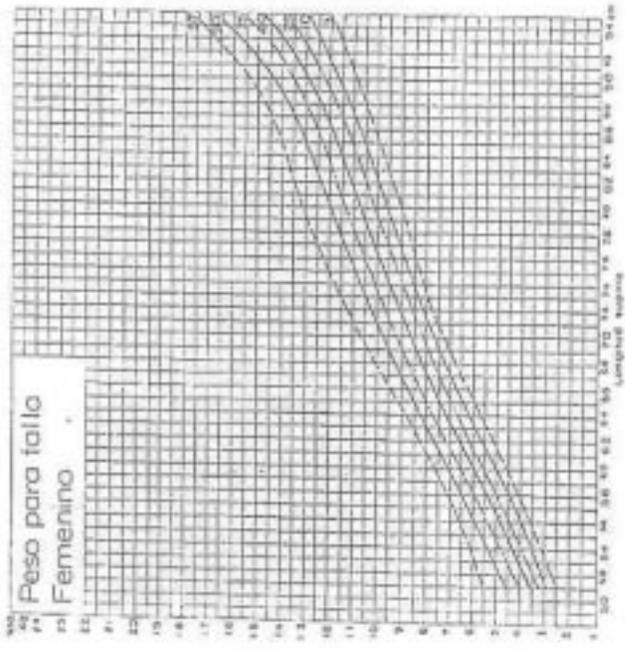
Vacunas/dosis			Edad	Fecha	Vacunas/dosis			Edad	Fecha
B.C.G	Ira.	Alta Maternidad			PR8	Ira.	12 meses		
	DT 1er. Gdo.	React			5 - 6 años				
H.B.V	2da.	1 mes			AT 5to. Gdo.	Ira.	9-10 años		
	3ra.	2 meses			AT 8vo. Gdo.	2da.	9-10 años		
	React	12 meses			AT 8vo. Gdo.	React	12-13 años		
H.B.V	Ira.	Entre 12-24 hrs. nacido			T.T 9no. Gdo.	React	13-14 años		
	2da.	1 mes			AT 11no. Gdo.	React	15-16 años		
D.P.T	3ra.	6 meses			ANTI POLIO Campaña				
	Ira.	2 meses							
	2da.	4 meses							
	3ra.	6 meses							
	React	15 meses							
H.IIb	Ira.	2 meses			TT	React			
	2da.	4 meses				React			
	3ra.	6 meses				React			
	React	15 meses				React			
A.M-BC	Ira.	3 meses							
	2da.	5 meses							

GRUPO DISPENSARIAL:

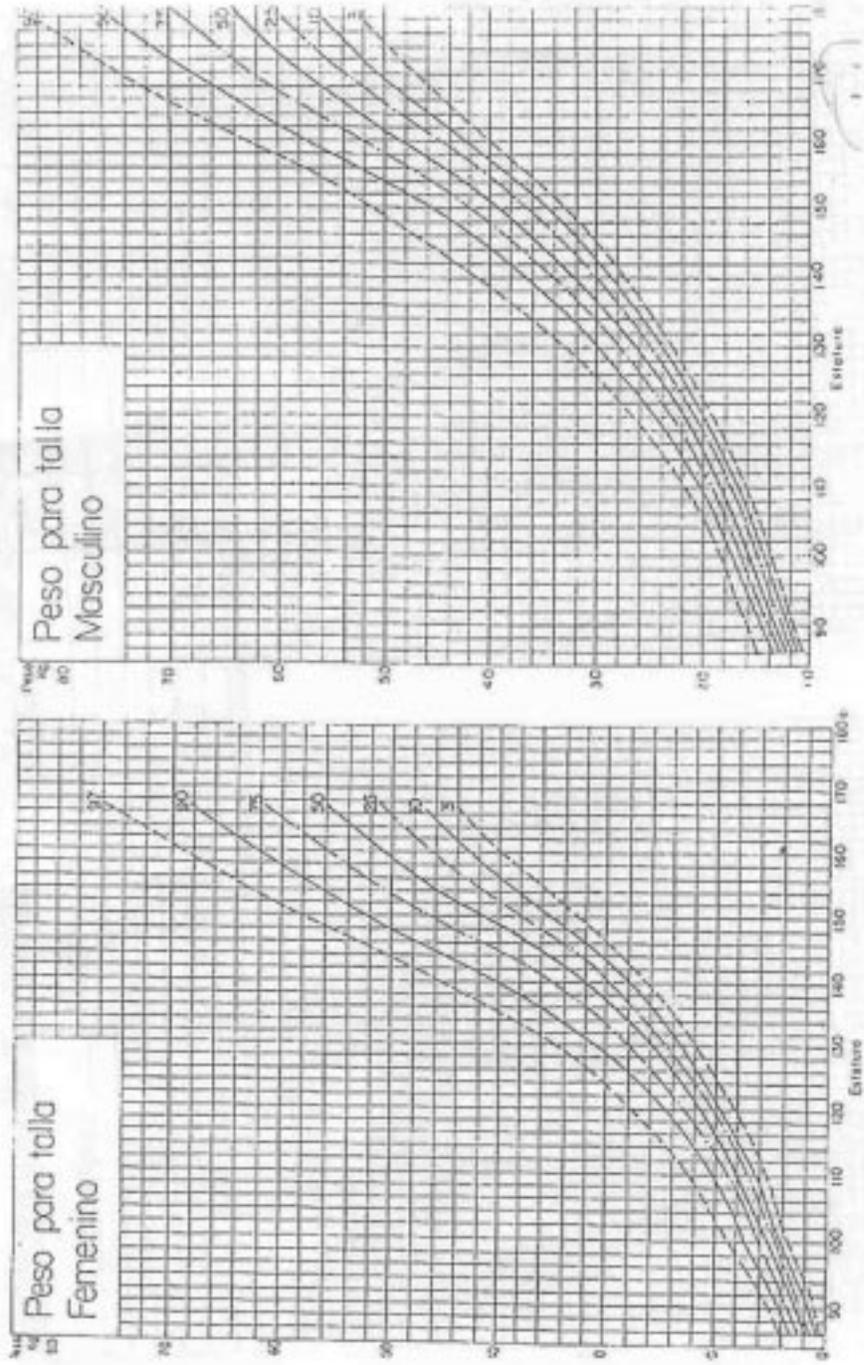
--

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES		ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES					
Diagnóstico	Parentesco	Diagnóstico	Año	Operaciones - Tipo	Año	Secuelas	
						Si	No

CURVAS DE PESO PARA LONGITUD SUPINA



CURVAS DE PESO PARA ESTATURA



Índice de masa corporal (IMC) para adulto: peso corporal correspondiente a un valor específico de IMC, para una talla dada.

IMC									
16,0 17,0 18,5 20,0 22,0 25,0 30,0 40,0									
Talla (cm)	Peso corporal (kg)								Talla (cm)
140	31,4	33,3	36,2	39,2	43,1	49,0	58,8	78,4	140
141	31,8	33,8	36,8	39,8	43,7	49,7	59,6	79,5	141
142	32,3	34,3	37,3	40,3	44,4	50,4	60,5	80,7	142
143	32,7	34,8	37,8	40,9	45,0	51,1	61,3	81,8	143
144	33,2	35,3	38,4	41,5	45,6	51,8	62,2	82,9	144
145	33,6	35,7	38,9	42,1	46,3	52,6	63,1	84,1	145
146	34,1	36,2	39,4	42,6	46,9	53,3	63,9	85,3	146
147	34,6	36,7	40,0	43,2	47,5	54,0	64,8	86,4	147
148	35,0	37,2	40,5	43,8	48,2	54,8	65,7	87,6	148
149	35,5	37,7	41,1	44,4	48,8	55,5	66,6	88,8	149
150	36,0	38,2	41,6	45,0	49,5	56,3	67,5	90,0	150
151	36,5	38,8	42,2	45,6	50,2	57,0	68,4	91,2	151
152	37,0	39,3	42,7	46,2	50,8	57,8	69,3	92,4	152
153	37,5	39,8	43,3	46,8	51,5	58,5	70,2	93,6	153
154	37,9	40,3	43,9	47,4	52,2	59,3	71,1	94,9	154
155	38,4	40,8	44,4	48,1	52,9	60,1	72,1	96,1	155
156	38,9	41,4	45,0	48,7	53,5	60,8	73,0	97,3	156
157	39,4	41,9	45,6	49,3	54,2	61,6	73,9	98,6	157
158	39,9	42,4	46,2	49,9	54,9	62,4	74,9	99,9	158
159	40,4	43,0	46,8	50,6	55,6	63,2	75,8	101,1	159
160	41,0	43,5	47,4	51,2	56,3	64,0	76,8	102,4	160
161	41,5	44,1	48,0	51,8	57,0	64,8	77,8	103,7	161
162	42,0	44,6	48,6	52,5	57,7	65,6	78,7	105,0	162
163	42,5	45,2	49,2	53,1	58,5	66,4	79,7	106,3	163
164	43,0	45,7	49,8	53,8	59,2	67,2	80,7	107,6	164
165	43,6	46,3	50,4	54,5	59,9	68,1	81,7	108,9	165
166	44,1	46,8	51,0	55,1	60,6	68,9	82,7	110,2	166
167	44,6	47,4	51,6	55,8	61,4	69,7	83,7	111,6	167
168	45,2	48,0	52,2	56,4	62,1	70,6	84,7	112,9	168
169	45,7	48,6	52,8	57,1	62,8	71,4	85,7	114,2	169
170	46,2	49,1	53,5	57,8	63,6	72,3	86,7	115,6	170
171	46,8	49,7	54,1	58,5	64,3	73,1	87,8	117,0	171
172	47,3	50,3	54,7	59,2	65,1	74,0	88,8	118,3	172
173	47,9	50,9	55,5	59,9	65,8	74,8	89,8	119,7	173
174	48,4	51,5	56,0	60,6	66,6	75,7	90,8	121,1	174
175	49,0	52,1	56,7	61,3	67,4	76,6	91,9	122,5	175
176	49,6	52,7	57,3	62,0	68,1	77,4	92,9	123,9	176
177	50,1	53,3	58,0	62,7	68,9	78,3	94,0	125,3	177
178	50,7	53,9	58,6	63,4	69,7	79,2	95,0	126,7	178
179	51,3	54,5	59,3	64,1	70,5	80,1	96,1	128,2	179
180	51,8	55,1	59,9	64,8	71,3	81,0	97,2	129,6	180
181	52,4	55,7	60,6	65,5	72,1	81,9	98,3	131,0	181
182	53,0	56,3	61,3	66,2	72,9	82,8	99,4	132,5	182
183	53,6	57,0	62,0	67,0	73,7	83,7	100,5	134,0	183
184	54,2	57,6	62,6	67,7	74,5	84,6	101,6	135,4	184
	D	C	B	A	B*	C*	D*		

a)IMC= peso en kg/talla en m²

b)IMC<16,0(intervalo D)=delgadez severa: IMC 16,0-16,9(intervalo C)=delgadez moderada: IMC 17,0-18,4(intervalo B)=delgadez marginal:

IMC 18,5-24,9(intervalo A)=rango normal para un individuo: IMC 20,0-21,9=rango normal promedio de IMC para una población:

IMC 25,0-29,9 (intervalo B*)=sobre peso ligero, grado 1: IMC 30,0-39,9(intervalo C*)= sobre peso moderado, grado 2:

IMC>=40(intervalo D*)=sobre peso severo, grado 3

WHO BOLLETTIN OMS vol 73 1995

MODELO 54 02 01
HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

OBJETIVO: Confeccionar una historia clínica integral que responda a las necesidades de la atención primaria de salud.

UNIVERSO: Será utilizada por todos los Médicos de la Familia ubicados en comunidad, escuelas, círculos infantiles y centros de trabajo.

GENERALIDADES:

Se confeccionará 1 para cada paciente.

Se archivará por número consecutivo agrupadas por familiar.

Se realizará 1 resumen de la historia clínica anterior del paciente, que se incluirá en esta nueva historia.

Familia número: Consigne el número de la familia, en caso de traslado consigne en la próxima línea en blanco el nuevo número que le corresponda a la familia.

Datos generales del paciente:

Nombre y apellidos del paciente: Consignar con letra clara y legible los nombres y 2 apellidos del paciente.

Sexo: Marcar con una X F (femenino) o M (masculino).

No. de Carné de Identidad: Consignar el número de identidad permanente del paciente.

Color de la piel: Marcar con una X según sea el color de la piel del paciente: B (blanca), N (negra), M (mestiza), A (amarilla).

Escolaridad: Marcar con una X el nivel de escolaridad vencido.

Grupo sanguíneo: Se consignará el grupo sanguíneo del paciente.

RH: Se consignará el factor RH del paciente.

Alergia: Consignar el tipo de alergia que padezca el paciente, ya sea alimenticia, a medicamentos u otra.

Domicilio: En este acápite se irán consignando el número de HC del paciente, compuesto por el número de consultorio y la fecha de nacimiento, agregando en esta última un consecutivo en caso de partos múltiples, las áreas de salud donde se atiende el paciente, la

fecha del alta y baja cuando se incorpore o abandone la misma, y la dirección del domicilio donde reside el paciente.

Esquema de vacunación: Se consignará la edad y fecha del paciente en el momento de efectuar la vacunación o reactivación.

Grupo dispensarial: Se consignará el grupo dispensarial del paciente.

Antecedentes patológicos familiares:

Diagnóstico: Consignar la entidad nosológica que padece el familiar del paciente.

Parentesco: Consignar el parentesco del familiar con el paciente.

Antecedentes patológicos personales:

Diagnóstico: Consignar los antecedentes patológicos personales del paciente.

Año: Consignar el año del diagnóstico.

Operaciones Tipo: Consignar las operaciones a las que ha sido sometido el paciente.

Año: Consignar el año en que se realizó la operación.

Secuelas: Marcar con una X en la columna correspondiente a si la operación dejó secuelas o no.

Curvas de peso para longitud supina y para estatura en menores de un año: Se reflejará en la figura el seguimiento del paciente para la talla según sexo. En la tabla se consignará:

Fecha: Fecha de la consulta.

Peso: Peso en kg del paciente.

Talla: Talla en cm del paciente.

CC: Circunferencia cefálica del paciente.

CT: Circunferencia torácica del paciente.

VN: Valoración nutricional del paciente, según las tablas de peso para talla según sexo.

Nota: En las guías prácticas de pediatría aparecen las tablas de edad para la talla y se debe reflejar la valoración nutricional en la hoja de historia clínica general de APS en la nota de la consulta de puericultura.

Factores de riesgo mayor de 15 años:

Índice de masa corporal para mayores de 15 años: Se realizará la valoración del índice de masa corporal (IMC) al menos 1 vez cada trimestre.

Fecha: Consignar la fecha en que se realiza la valoración.

Teniendo en cuenta la tabla de IMC para mayores de 15 años, que se encuentra en la última cara de la carátula de la historia clínica, se seguirán los siguientes pasos:

- Localizar la fila que refleja en su primera columna la talla del paciente.
- Dentro de la fila correspondiente a la talla del paciente, buscar en las columnas de la derecha la que refleja el peso.
- Una vez realizados los 2 pasos anteriores, se baja por la columna correspondiente al peso hasta la última fila, y se observa qué intervalo le corresponde.
- Colorear en la tabla de factores de riesgo de la penúltima página el «escaque» que corresponda a dicho intervalo en la fecha de la valoración.
- En caso de que el peso del paciente esté entre 2 intervalos de índice de masa corporal, debe aproximarse al intervalo que más cerca esté de su peso.

Tensión arterial: Se reflejará dentro de la columna correspondiente a la fecha de la valoración las cifras tensionales mínimas y máximas del paciente, coloreando el espacio entre las mismas.

Otros factores de riesgo:

Tabaquismo: Se consignará:

- N..... Si el paciente no tiene hábito de fumar.
- A..... Si fuma menos de 10 cigarrillos al día.
- B..... Si fuma entre 10 y 20.
- C..... Fumador de más de 20 cigarrillos.

Ingestión de alcohol: Consignar:

- AT Abstinente total.
- BS Bebedor social.
- BA Bebedor abusivo sin dependencia.
- DA Dependiente alcohólico.
- DAC Dependiente alcohólico complicado.
- AC Alcohólico complicado en fase final.

Incremento de lípidos sanguíneos: Consigne el resultado de los lípidos sanguíneos cuando estén elevados, cuando dicho resultado sea normal consigne una «N».

Sedentarismo: Consignar Sí o No en base a si el paciente realiza ejercicios físicos o no. Debe tenerse en cuenta la actividad laboral del paciente al momento de hacer la valoración.

Detección precoz: En este bloque se consigna la fecha de practicado el examen en la primera columna, y en la segunda, el resultado.

Riesgo preconcepcional: Consignar la fecha de cada evolución, marque con una X si la paciente está controlada o no y consigne el método que utiliza en caso de que esté controlada.

Modelo 54-04-1 Ministerio de Salud Pública Historia Clínica	HISTORIA CLÍNICA GENERAL APS	Lugar de Consulta: <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Terreno
FECHA	MOTIVO DE CONSULTA	
<p> <u>. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL</u> . EXAMEN FÍSICO . IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA . CONDUCTA Y TRATAMIENTO </p>		
Nombre y Apellidos del Paciente:	No. HC individual:	No. Familia:

LUGAR DE CONSULTA:		<input type="checkbox"/> Consultorio	<input type="checkbox"/> Terreno
FECHA	MOTIVO DE CONSULTA		
. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL . EXAMEN FÍSICO . IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA . CONDUCTA Y TRATAMIENTO			

MODELO 54-04-1
HISTORIA CLÍNICA GENERAL. APS
INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL MODELO

OBJETIVO: Consignar la anotación de la consulta realizada.

UNIVERSO: Será utilizada en los consultorios de Medicina Familiar.

GENERALIDADES:

- Se utilizará un modelo para reflejar 2 consultas (1 en el anverso y otra en el reverso), y se utilizarán tantas como sean necesarias para la atención médica del paciente.
- El modelo será de utilización tanto para las consultas en el consultorio, como en el terreno; así como también las consultas de primera vez, y las de seguimiento.
- En caso de que un paciente acuda a consulta por cualquier motivo, además de consultarlo por el motivo expresado, se le debe realizar el control de dispensarización en caso de que la fecha del mismo esté próxima.

Lugar de Consulta: Marque con una X en el "escaque" correspondiente, si ésta se realizó en el consultorio o en el terreno.

Fecha: Anotar el día, mes y año en que se realiza la consulta.

Motivo de consulta: Consignar los síntomas, signos o condición que provocan la atención del paciente. En caso de que la consulta sea por un control de la dispensarización, consignar esto en este espacio.

Historia de la enfermedad actual: Describir de forma resumida los principales síntomas referidos por el paciente, su momento y tiempo de aparición y antecedentes personales o familiares asociados al cuadro clínico actual.

Examen físico: Describir de forma resumida el resultado del examen físico realizado, haciendo énfasis en el aparato afectado.

Impresión diagnóstica: Consignar las conclusiones diagnósticas a las cuales ha llegado el médico como resultado del interrogatorio y el examen físico del paciente. Pueden éstas ser presuntivas o confirmadas.

Conducta: Consignar los procedimientos médicos que sean necesarios para lograr una certeza diagnóstica.

Tratamiento: Consignar el tratamiento indicado al paciente, sea este medicamento u otro.

Nombre y apellidos del paciente: Consignar el nombre y 2 apellidos del paciente consultado.

No. de historia clínica individual: Consignar el número de la historia clínica individual del paciente.

No. Familia: Consignar el número de la familia a que pertenezca el paciente.

Nota: En la parte inferior de cada página del modelo, el médico debe consignar su firma y poner el número de registro profesional.

MODELO 18-145
ACTIVIDADES DE MEDICINA FAMILIAR
INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL MODELO

OBJETIVO: Registrar información estadística que permita conocer la actividad de consulta médica realizada en los consultorios de medicina familiar, así como también otras actividades realizadas por el Médico y la Enfermera de la Familia. Servirá además, para conocer aspectos de la morbilidad de los pacientes.

UNIVERSO: Será utilizado en los consultorios de medicina familiar, ya sean éstos de la comunidad (urbanos, rurales, de montaña y CPA), como los ubicados en escuelas, círculos infantiles o centros de trabajo.

GENERALIDADES:

- Utilizar 1 para cada día, siguiendo las orientaciones específicas dirigidas a llenar cada parte del modelo.
- El modelo consta de 3 bloques: el primero se encuentra en el anverso y se utilizará **únicamente para registrar las consultas médicas realizadas**, el segundo bloque se utilizará para registrar **otras actividades que se realizan en el consultorio que no son consultas**, tanto por el Médico de Familia como por éste y la enfermera de forma conjunta; por último el tercer bloque será utilizado por la enfermera **para registrar aquellas actividades que ella desempeña como parte del proceso de atención de enfermería**, y en las cuales no participa en su realización el Médico de la Familia.
- Este modelo será utilizado para toda actividad de consulta médica ambulatoria, tanto la realizada en el local del consultorio como la realizada en terreno.
- Para cada problema de salud existirá una sola posibilidad de respuesta posible de las consignadas en el modelo, y que corresponden a las columnas G, H, I, J, K, L, M, N y Ñ. Esto quiere decir que no pueden ocurrir 2 o más variantes a la vez para cada afección o problema de salud.

INSTRUCCIONES DE LLENADO Y REVISIÓN

Anverso

Cabeza del Modelo

Tipo de Consultorio: Marque con una X en la casilla correspondiente al tipo de consultorio a que pertenece el modelo, pudiendo ser: comunidad (los urbanos, rurales, de montaña y CPA), escuela, círculo infantil o centro de trabajo.

Fecha: Consigne el día, mes y año a que pertenecen las actividades registradas en el modelo.

Consultorio: Consignar los 2 dígitos que identifican al consultorio.

Médico(nombre y apellidos): Consignar los nombres y apellidos del médico que realiza la consulta.

Registro de profesionales: Consignar el número del registro de profesionales del médico que realiza la consulta y de la enfermera del consultorio, si procede.

Enfermera (nombres y apellidos): Consignar los nombres y apellidos de la enfermera del consultorio.

Cuerpo del Modelo

Bloque. Consultas Médicas: Este bloque será utilizado únicamente por el Médico de Familia para registrar los casos atendidos en consulta, tanto en el local del consultorio como en el terreno.

Historia clínica (columna A):

En esta columna se consignará el número de la historia clínica del paciente atendido, el cual estará compuesto por 5 dígitos. Los 2 primeros identifican al consultorio, seguido de 6 dígitos correspondientes al día, mes y año de nacimiento del paciente. En caso de que dentro del mismo núcleo haya 2 o más personas nacidas en la misma fecha, se consignará después de la fecha de nacimiento un consecutivo que permita distinguir una persona de otra. El número de historia clínica siempre debe consignarse completo.

Si se atiende un caso correspondiente a otro consultorio del área de salud y se conoce el número completo de su historia clínica se consignará de forma completa dicho número, y de sólo conocerse los dígitos del número del consultorio se consignará éste seguido de 3 cruces (ej. 23 XXX). Si el paciente pertenece a otra área de salud se consignarán las siglas CE (caso eventual).

Nombre y apellidos del paciente (columna B):

Consinar el nombre y apellidos del paciente de forma completa y legible.

Edad (columna C):

Anotar la edad del paciente (si es en meses consignar los cumplidos y una letra m, si es en años consignar los cumplidos y una letra a, si fuere menor de 1 mes anotar el número de días y una letra d).

Sexo (columna D):

Anotar una F (femenino) o una M (masculino) según corresponda.

Problema de salud (columna E):

Esta columna se utilizará para registrar diagnósticos o situaciones diferentes de las enfermedades o traumatismos, pero que dieron motivo a la consulta. El problema de salud estará dado cuando:

- El motivo de consulta es una enfermedad o traumatismo.
- La situación o problema presente influye en el estado de salud de la persona, sin llegar a constituir una enfermedad o traumatismo.
- Una persona en realidad no se encuentra enferma, pero concurre a la consulta con un propósito específico; ejemplo, hablar de un problema que en sí mismo no es una enfermedad, ni traumatismo, solicitud de receta médica, etcétera.

Anotar el nombre completo y legible del problema de salud que motivó la consulta, teniendo en cuenta los aspectos siguientes:

- a) Deberá evitarse siempre que sea posible la anotación de estados morbosos mal definidos; es decir, síntomas y síndromes, ya que la anotación de un diagnóstico, aunque sea presuntivo, es mucho más valioso que la de un signo o síntoma.
- b) Los diagnósticos a consignar deben ser aquellos que motivaron la consulta, ajustándose a las variantes siguientes:
 - Cuando un paciente con un diagnóstico conocido concurre a la consulta por otro diagnóstico, y en la consulta se atiende dicho diagnóstico y se controla además el conocido, entonces deberán anotarse ambos diagnósticos.
 - Cuando un paciente con un diagnóstico conocido concurre a la consulta por otro diagnóstico.
Ej. Paciente sicklémico que concurre por catarro debe consignarse el catarro.
Ej. Paciente diabético que concurre por complicación de la diabetes (insuficiencia renal, catarata, gangrena diabética, etc.), debe especificarse la diabetes y su complicación: nefropatía diabética, retinopatía diabética, gangrena diabética, etc.
 - Cuando un paciente con un diagnóstico conocido concurre a la consulta por dicho diagnóstico, entonces se anotará éste.

- c) No deben utilizarse abreviaturas en el diagnóstico, salvo aquellas aceptadas en los documentos de los programas y sistemas establecidos. Puede utilizarse SR+14 (sintomático respiratorio de más de 14 días) o SRAS (sífilis reciente adquirida sintomática). No puede utilizarse EDA e IRA, debido a que estos rubros son muy generales y abarcan varios diagnósticos que van a distintos códigos de la clasificación. Por ejemplo, un paciente con enterocolitis anotar ésta, y no EDA; paciente con catarro común, poner éste, y no IRA.
- d) Cuando un paciente presenta determinados síndromes, síntomas y signos y el médico presume un diagnóstico, debe anotarse el diagnóstico presuntivo, y no los síndromes, síntomas y signos.
- e) En caso de existir más el médico deberá anotarlos todos y utilizar una línea del modelo para cada uno. Los diagnósticos deben ser lo más completos posible. Ejemplos:
Una diarrea producida por *E.coli*, se anotará: diarrea por *E.coli*, y no EDA o diarrea.
En el caso de una tuberculosis, debe aclararse si ésta es pulmonar, renal, ganglionar, etcétera.
En el caso de tumores, aclarar el sitio, y si es maligno, de evolución incierta, *in situ*, etcétera.
- f) Puede consignarse como problema de salud o diagnóstico aquellas consultas para solicitar una dieta, adquisición de un certificado de enfermedad ordenado con anterioridad, niño con problemas de aprendizaje o conducta, otros problemas de índole administrativa, etcétera.
- g) En las consultas de obstetricia deberá consignarse como diagnóstico "embarazo normal" si lo fuera. En caso de que la paciente sea portadora de alguna enfermedad, condición o antecedente de riesgo obstétrico, deberá anotarse "embarazo de riesgo", y especificar cuál es el riesgo.
- h) Un paciente con traumatismo por caída se consignará la lesión producida y la circunstancia que la produjo. Ejemplo: fractura cerrada del tobillo por caída de una bicicleta. Deberá anotarse "fractura cerrada del tobillo por caída de bicicleta".
- i) En caso de un paciente que ha ingerido sustancia tóxica (sulfamán, luz brillante, etc.), y presenta vómitos de sangre, consignar "vómitos de sangre por ingestión de sulfamán o luz brillante".

Código (columna F):

Será utilizado por estadística para consignar el código correspondiente a cada uno de los problemas de salud consignados en la columna E.

Diagnóstico presuntivo (P) (columna G):

Marcar con una X si el diagnóstico consignado en la columna E es presuntivo.

Diagnóstico confirmado (C) (columna H):

Marcar con una X si el diagnóstico consignado en la columna E es confirmado en esta consulta.

Tipo de consulta:

Primera consulta (1ra.) (columna I):

Marcar con una X la ocasión en que una persona es atendida en consulta por primera vez por un control en caso de un paciente sano, o por una determinada enfermedad, secuela de una enfermedad, traumatismo, incapacidad o situación capaz de crear condiciones para la aparición de alteraciones de la salud. La consulta de primera vez no necesariamente tiene que ser sinónimo de diagnóstico confirmado.

Seguimiento (S) (columna J):

Marcar con una X la ocasión en que una persona es atendida en consulta como seguimiento de una determinada enfermedad, secuela de una enfermedad, traumatismo, incapacidad o situación capaz de crear condiciones para la aparición de alteraciones de la salud.

Alta (A) (columna K):

Marcar con una X la consulta en la cual se da el alta médica del paciente por el episodio de la enfermedad que se ha venido tratando. Ejemplos:

- a) Paciente que padece 2 veces de sífilis. En la primera recibe 4 consultas en los días 3, 10, 23 de marzo y 4 de abril; la consulta del 3 de marzo será la primera vez por este episodio de la enfermedad, las de los días 10 y 23 son consultas de seguimiento, y la del día 4 de abril es la consulta de alta. En el segundo episodio de la enfermedad recibe 5 consultas los días 7, 17, 23, 30 de julio y 10 de agosto, siendo la consulta del 7 de julio la de primera vez por este nuevo episodio, las de los días 17, 23 y 30 de julio las consultas de seguimiento, y la del 10 de agosto la consulta de alta.
- b) Paciente que presenta una enfermedad crónica cualquiera, la consulta de primera vez será aquella en que consulta por primera vez por la enfermedad en cuestión en su vida, el resto de las consultas siempre serán de seguimiento.

Estado del paciente:

Marcar con una X en la columna que corresponda al estado del paciente en caso de enfermedad crónica.

Compensado (C) (columna L):

Será cuando el paciente presente esta condición en base a los criterios establecidos para la enfermedad.

Descompensado (D) (columna M):

Será cuando el paciente presente esta condición en base a los criterios establecidos para la enfermedad.

Lugar de la consulta:

Consultorio (C) (columna N):

Marcar con una X cuando la consulta se realice en el consultorio.

Terreno (T) (columna Ñ):

Marcar con una X cuando la consulta se realice fuera del consultorio.

Conducta (columna O):

Esta columna será utilizada para la recolección de información sobre la conducta seguida por el médico con el paciente, u otro aspecto de interés, y deberá consignarse el código que corresponda a cada una de las conductas siguientes:

- Tratamiento ambulatorio 01
- Ingreso en el hogar 02
- Alta de ingreso en el hogar 03
- Necesidad de interconsulta 04
- Remisión al especialista (tanto al policlínico como al hospital) 05
- Remisión al policlínico principal de urgencia 06
- Rehabilitación 07
- Embarazada captada en el 1er. trimestre, especificando las semanas de gestación 08
- Embarazada captada en el 2do. trimestre, especificando las semanas de gestación 09
- Embarazada captada en el 3er trimestre, especificando las semanas de gestación 10
- Accidente en el hogar 11
- Examinado de Programa de Detección del Cáncer Bucal 12
- Examinada de mama. Normal 13
- Examinada de mama. Sospechosa 14
- Examinada de mama. Positiva 15
- Consulta de puericultura a recién nacido bajo peso 16
- Recién nacido captado que no fue bajo peso al nacer ni patológico 17
- Recién nacido captado que fue bajo peso al nacer 18
- Recién nacido captado que fue patológico 19

Se podrá consignar más de un código, si están presentes varias de las condiciones señaladas en un mismo caso.

Reverso

Otras actividades realizadas por el consultorio (excluye las consultas) (columna P):

En este bloque se incluyen otras actividades que realiza el Médico de la Familia o, el médico y la enfermera conjuntamente y que no son consultas, como pueden ser por ejemplo: visitas al hospital, visitas a la familia (no la consulta a algún(os) miembro(s) de la familia, etc.); dinámicas familiares, consignando el número de la historia clínica familiar cuando la acción esté dirigida a una familia.

Proceso de atención de enfermería:

Identificación de la entidad (columna Q):

Consignar en el caso de un paciente su número de historia clínica individual, si es una familia el número de su historia de salud familiar, y si es un grupo social el número correlativo que corresponda al mismo. Se entenderá como grupo social a un conjunto de personas con características comunes y que se tratan como colectivo y no por cada individuo. Ejemplo: adolescentes o ancianos.

Entidad (columna R):

Consignar la entidad que presente un problema de salud identificado por la enfermera que será objeto de trabajo de ésta con vistas a su solución. Dicha entidad podrá ser un paciente (nombre y apellidos), una familia (consignar la palabra "familia" seguida de los apellidos del jefe del núcleo; ej., familia Ramírez González), o un grupo social, en este último caso se pondrá la sigla GS seguida del grupo social en cuestión; ej., GS de adolescentes, GS de ancianos.

Diagnóstico de enfermería (columna S): Anotar el diagnóstico de enfermería que motivó la realización del proceso de atención, teniendo en cuenta la lista de problemas que aparece en el anexo de este documento.

Código (columna T):

Será utilizado por estadística para consignar el código correspondiente a cada uno de los problemas de salud consignados en la columna S.

Plazo de solución

Será el plazo en que se pretende dar solución al problema señalado.

Corto (columna U):

Marcar con una X como de corto plazo de solución (columna U) aquellos diagnósticos en que el tiempo desde que se realiza el mismo por la enfermera, hasta su solución, es de 72 horas.

Mediano (columna V):

Marcar con una X como de mediano plazo de solución (columna V) aquellos diagnósticos en que el tiempo desde que se realiza el mismo por la enfermera, hasta su solución, está entre 3 días y 1 mes.

Largo (columna W):

Marcar con una X como de largo plazo de solución (columna W) aquellos diagnósticos en que el tiempo desde que se realiza el mismo por la enfermera, hasta su solución, está entre 1 y 6 meses.

Alta:**Satisfactoria (columna X):**

Marcar con una X en esta columna cuando se logra lo esperado en la expectativa y pudo cumplirse con éxito el plan de cuidado.

Insatisfactorio (columna Y):

Marcar con una X en esta columna cuando no se logran las expectativas u objetivos trazados.

Por cambio de problema (columna Z):

Marcar con una X en esta columna cuando se ha dado inicio al proceso de atención de enfermería, y después se hace necesario cambiar el diagnóstico inicial y formular uno nuevo por no haber sido real el primero.

ACLARACIONES ESPECÍFICAS

- Especificar en la columna de problema de salud cuando un paciente inicie (o concluya) el tratamiento radical antipalúdico establecido para los viajeros internacionalistas.
- Los casos de puericultura se señalarán anotando la palabra "puericultura" o "niño sano" en problema de salud.

ANEXO. Aceptado por *North American Nursing Association* (NANDA) 1994. Agrupados bajo los PATRONES FUNCIONALES DE SALUD.

1. Percepción de salud-control de salud

- Alteración del crecimiento y desarrollo.
- Alteración del mantenimiento de la salud.
- Alto riesgo de lesión, asfixia, traumatismo, intoxicación.
- Conductas generadoras de salud.
- Incumplimiento del tratamiento (especificar).
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

2. Nutricional-metabólico

- Alteración de la nutrición por exceso.
- Alteración de la nutrición por defecto.
- Deterioro de la deglución.
- Interrupción de la lactancia materna.
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante.
- Alteración de la mucosa oral.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro de la integridad hística.
- Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal.
 - a) Hipertermia
 - b) Hipotermia
 - c) Termorregulación ineficaz
- Alto riesgo de infección.
- Déficit de volumen de líquidos.
- Exceso de volumen de líquidos.
- Lactancia materna ineficaz.

3. Eliminación

- Alteración del patrón intestinal.
 - a) Diarrea
 - b) Estreñimiento
 - c) Estreñimiento de origen colónico
 - d) Estreñimiento de origen subjetivo
 - e) Incontinencia fecal.
- Alteraciones de los patrones de eliminación urinaria.
 - a) Incontinencia urinaria de esfuerzo
 - b) Incontinencia urinaria funcional
 - c) Incontinencia urinaria de urgencia
 - d) Incontinencia urinaria refleja
 - e) Incontinencia urinaria total
 - f) Retención urinaria
 - g) Enuresis de maduración

4. Actividad-ejercicio

- Alteración de la perfusión tisular (especificar tipo: cerebral, cardiopulmonar, renal, gastrointestinal, periférica).
- Alto riesgo de alteración de la función respiratoria.

- a) Limpieza ineficaz de las vías respiratorias
- b) Deterioro del intercambio gaseoso
- c) Patrón respiratorio ineficaz
- d) Respuesta ventilatoria disfuncional al destete
- e) Incapacidad para mantener la respiración espontánea
- Síndrome del desuso.
- Déficit de las actividades recreativas.
- Déficit del mantenimiento del hogar.
- Déficit de la movilidad física.
- Disminución del gasto cardíaco.
- Intolerancia a la actividad.
- Déficit del autocuidado (total).
- Déficit del autocuidado (higiene).
- Déficit del autocuidado (vestirse y acicalarse).
- Déficit del autocuidado (alimentarse).
- Déficit del autocuidado (utilizar el baño).
- Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica.

5. Sueño-descanso

- Alteración del patrón de sueño.

6. Cognitivo-perceptivo

- Alteración del bienestar.
 - a) Dolor
 - b) Dolor crónico
- Alteración de los procesos del pensamiento.
- Alteración sensorial (especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, olfatoria, táctil).
- Conflicto en la toma de decisiones.
- Déficit de conocimiento (especificar).
- Desatención unilateral.
- Disreflexia.
- Ansiedad.
- Desesperanza.
- Fatiga.
- Impotencia.
- Temor.
- Trastorno de la autoestima.
- Baja autoestima crónica.
- Trastorno de la imagen corporal.
- Trastorno del autoconcepto.

7. Rol-relación

- Aislamiento social.
- Alteración de la comunicación.
- Alteración de la comunicación (verbal).
- Alteración del desempeño del rol y la conducta.
- Alteración de los procesos familiares.
- Conflictos en el rol parenteral.
- Deterioro de la interacción social.
- Duelo anticipado.
- Duelo disfuncional.
- Alteraciones de la maternidad-paternidad.

8. Sexualidad-reproducción

- Disfunción sexual.
- Alteración de los patrones de sexualidad.

9. Afrontamiento-tolerancia al stress

- Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido.
- Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante.
- Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo.
- Afrontamiento individual: ineficaz.
- Afrontamiento defensivo.
- Negación ineficaz.
- Alto riesgo de autolesionarse.
- Alto riesgo de autoabuso.
- Alto riesgo de automutilación.
- Alto riesgo de suicidio.
- Alto riesgo de violencia hacia otros.
- Deterioro de la adaptación.
- Respuesta postraumática.
- Síndrome traumático de violación.
- Síndrome traumático de violación (reacción compuesta).
- Síndrome traumático de violación (reacción de silencio).
- Síndrome de *stress* del traslado.
- Tensión en el desempeño del rol de cuidados.

10. Valoración-creencias

- Angustia espiritual (sufrimiento del espíritu humano).

MODELO 18 196
HOJA DE ACTIVIDADES
SUBSISTEMA DE URGENCIA EN LA APS

Objetivo: Registrar información que permita conocer las actividades realizadas en el subsistema de urgencia en la atención primaria de salud.

Universo: Será utilizado para el subsistema urgencia en los policlínicos principales de urgencia y en los consultorios de urgencia.

Generalidades:

Utilizar 1 por cada médico de guardia en las unidades del subsistema de urgencia en la APS.

Instrucciones de llenado y revisión

Cabeza del modelo

Fecha: Consignar el día, mes y año a que pertenecen los casos registrados en el modelo.

Horario: Consignar la hora exacta de inicio y de terminación de la guardia por el médico en cuestión, señalando si éstas son a.m. o p.m.

Lugar de consulta: Marque con una X en la casilla correspondiente si el lugar de la consulta es el policlínico principal de urgencia o un consultorio de urgencia, consignando en la línea que corresponda la identificación de dicho lugar.

Médico. Nombre y apellidos: Consignar el nombre(s) y apellidos del médico que realiza la guardia.

Número de registro profesional: Consignar el número del registro de profesionales del médico.

CUERPO DEL MODELO

Nombre y apellidos del paciente: Consignar el nombre(s) y apellidos

del paciente de forma completa y legible.

Dirección del paciente: Consignar la dirección completa del paciente, o en su defecto la identificación del consultorio del Médico de la Familia que le pertenece.

Policlínico: Consignar el nombre del policlínico que le pertenece al paciente.

Sexo: Anotar una F (femenino) o una M (masculino) según sea el sexo del paciente.

Edad: Anotar la edad del paciente, si es en meses consignar los cumplidos y una letra M, si es en años consignar los cumplidos y una letra A, y si fuera menor de 1 mes anotar el número de días y una letra D.

Diagnóstico: Anotar el nombre completo y legible del diagnóstico. No deben utilizarse abreviaturas, salvo aquellas aceptadas en los documentos de los programas establecidos. Ej. SR+14 días.

Código (a utilizar por estadística): Consignar el código del diagnóstico.

Conducta: Marcar con una X si la conducta seguida con el paciente ha sido: tratamiento ambulatorio, ingresarlo en el hogar, realizar interconsulta con un especialista, remitirlo al hospital, aplicación de tratamiento con medicina tradicional, o si el paciente falleció durante la atención de urgencia. En cuanto a la observación se consignará en las columnas correspondientes la hora de inicio y de terminación de ésta, en aquellos pacientes que ocupen las camas previstas para la misma; se podrá marcar más de una columna en casos que así se requiera.

Aclaración específica

Se debe anotar en la hoja de actividades del subsistema de urgencias el horario de trabajo del médico (de 8 a.m. a 5 p.m. o de 5 p.m. a 8 p.m).

Cuando se utilice una misma hoja para anotar los casos vistos de 2 turnos u horarios de trabajo distintos, se trazará una línea roja después del último caso visto durante el turno de 8 a.m. a 5 p.m., y debajo se registrarán los casos del turno de 5 p.m. a 8 a.m.

MODELO 53 67
PLANIFICACIÓN DE ACCIONES DE SALUD.
INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL MODELO

OBJETIVO:

Integrar en un solo documento la planificación de las acciones de salud a llevar a cabo con el paciente que permitan mejorar la organización del trabajo del equipo de salud y planificar integralmente y de forma dinámica cada una de las acciones de salud a efectuar en cada paciente.

UNIVERSO: Será utilizado en todos los consultorios de la medicina familiar.

GENERALIDADES:

Utilizar una tarjeta para cada paciente siguiendo las orientaciones específicas dirigidas a llenar en cada parte del modelo.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO Y REVISIÓN

CABEZA DEL MODELO:

Consignar el nombre, apellido y sexo del paciente, y en caso de que sea del sexo femenino y pertenecer al universo del programa de detección de cáncer cérvico uterino, marcar con una X en el "escaque" correspondiente.

Consignar también el número completo de la HC individual y el número de la familia.

CUERPO DEL MODELO

Anverso del modelo: Planificación de años y meses.

Año: Consignar el año en que se planifican las acciones de salud, la planificación se reflejará por meses, pudiendo coincidir en un mismo mes varias acciones de salud, que como estrategia se intentará hacer coincidir. Las acciones a realizar se simboliza con:

- C control de salud a realizar en el consultorio
- T control de salud a realizar en el terreno
- V vacunación
- PC pruebas citológicas

Ingresos en el hogar y seguimiento diario:

- Mes/año: Consignar el mes, una diagonal y el año para el que se planifica la realización del seguimiento.
- Día: Consignar con una C para las consultas y una T los terrenos en la columna y fila correspondiente al día para el cual se planifica la realización del seguimiento.

Organización del tarjetero:

El tarjetero tendrá 3 secciones:

- 1ra seguimiento diario
- 2da año actual
- 3ra año siguiente

Las secciones de año actual y siguiente estarán a su vez subdivididas cada una en 12 meses.

Las tarjetas correspondientes a cada paciente se ubican en el año y mes en que le corresponde la acción de salud más próxima, al cumplirse ésta se ubican en la fecha correspondiente a la próxima acción, cualquiera que sea la misma. En cada mes se organizan las tarjetas alfabéticamente.

Para significar que la acción de salud se realizó se circula el símbolo que le corresponde, y se programa esa misma acción para la fecha en que correspondería volverla a realizar. De no realizarse la acción de salud planificada la tarjeta se ubicará en el siguiente mes.

En el caso de un paciente negado a realizarse la acción de salud se le debe colocar un marcador visible en la parte superior izquierda de la tarjeta que recuerde la actividad no realizada, y se coloca la tarjeta en la próxima acción de salud que le corresponda. Se consignará dicha negación en la HC individual del paciente.