



Cuaderno de sistematización para el registro de la Consulta Externa acciones de Enfermería y Emergencias en establecimientos de I nivel de atención

I. Descripción

El diseño de este Cuaderno está destinado a facilitar el registro, el ordenamiento y la organización (sistematización) mensual de los datos que surgen de las actividades que se realizan en la Consulta Externa, Enfermería y Emergencias.

Por otra parte, facilita el procesamiento de los datos que cada fin de mes deben ser transcritos al formulario del **Informe Mensual de Producción de Servicios** y al **Informe Semanal y mensual de Morbilidad para Vigilancia Epidemiológica**.

Este Cuaderno registra los datos producidos por el personal de salud en la Consulta Externa, las acciones de Enfermería y Emergencias realizadas.

En este Cuaderno, NO se deben registrar las actividades preventivas que lleva a cabo el establecimiento de salud.

II. Reglas obligatorias para el buen manejo del cuaderno

- Escriba los datos en el cuaderno, con letra clara y con números entendibles.
- Utilice el mismo signo (✓) para el registro, de manera que no exista un uso indiscriminado de signos, lo cual llevaría a confusiones u otras interpretaciones al momento de procesar la información.
- Use siempre el tiqueo (✓) para el registro, pues confirma que es correcto, a diferencia del símbolo (X), que puede dar lugar a distintas interpretaciones.
- Si comete algún error en el registro, no tache o tarje el error, bórralo de manera que permita identificar claramente el dato correcto.
- No deje información sin registrar, porque después no dispondrá de tiempo para hacerlo o habrá olvidado gran parte de la información que no registró en su momento.
- Al finalizar el mes, usted deberá sumar más de una vez los datos de cada una de las columnas del cuaderno, el mismo tiene las casillas de **totales** en blanco, hasta que los totales obtenidos se repitan, al menos dos veces.



III. Instructivo

Nº de Orden

(Columna 1)

Esta columna sirve para registrar el número correlativo que se asigna a cada atención realizada.

Asigne el número 1 a la primera atención que realice en el mes. A las subsiguientes se les asignará un número correlativo hasta finalizar el mes.

El siguiente mes, deberá comenzar a numerar las atenciones, a partir del número 1.

Fecha

(Columna 2)

Se refiere a la fecha en la que se llevó a cabo la atención.

Se debe seguir el siguiente orden: **Día/Mes/Año**.

Número de la Historia Clínica

(Columna 3)

Se refiere al **(número)** asignado a la Historia Clínica de la persona que consulta.

Anote el número que se asignó a la Historia Clínica de la persona que está recibiendo atención. Si no tuviese Historia Clínica, deberá abrirle una y asignarle un número.

Número de Asegurado

(Columna 4)

En esta columna se debe anotar el **Número de Carnet de Asegurado** asignado por el Seguro.

Apellidos y Nombres

(Columna 5)

Se refiere a la identidad de la persona que consulta.

Anote la identidad de la persona en el siguiente orden: **Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombres**.

Consulta Nueva

(Columnas 6 – 19)

Se entiende por **Consulta Nueva**, aquella por la cual, la o el paciente consulta, por primera vez por una causa determinada.

Si el paciente presenta mas de un diagnostico, registre estos en la misma fila sin volver a repetir en filas diferentes.

Estas columnas contemplan las variables, **Consulta Nueva, Grupo de Edad y Sexo**.



La variable **Edad** se refiere a la edad **cumplida** por la persona que está siendo atendida. Está conformada por siete grupos: **5 a 9 años, 10 a 14 años, 15 a 19 años, 20 a 39 años, 40 a 49 años, 50 a 59 años y 60 años o más.**

La variable **Sexo** sirve para identificar el sexo y la edad del o la paciente en las columnas: “**M**” para **Masculino** y “**F**” para **Femenino**.

Registre en las **columnas 6, 8, 10,12, 14, 16 y 18** la edad del paciente que viene por primera vez y por una causa determinada, en el grupo de edad correspondiente para el sexo **masculino**

Registre en las **columnas 7, 9, 11, 13, 15, 17 y 19** la edad del paciente que viene por primera vez y por una causa determinada, en el grupo de edad correspondiente del sexo **femenino**.

Consulta Repetida

(Columnas 20 – 33)

Este grupo de variables tienen las mismas características y objetivos que el anterior grupo, la diferencia radica en que se trata de **consultas repetidas**.

Se considera **consulta repetida**, cuando el o la paciente asiste a la consulta por una causa por la que ya fue atendida anteriormente.

Si en esa misma oportunidad el o la paciente consulta simultáneamente por una nueva causa, ésta última es considerada como **consulta Nueva** y debe ser registrada además en una nueva fila como **consulta Nueva**.

Actividades de Enfermería

(Columnas 34 – 37)

En la **columna 34** se anotará el número total de inyectables administrados en la atención. En **columna 35** debe anotarse el número total de sueros (venoclisis) en la atención.

En la **Columna 36** anotar el número total de curaciones y/o suturas realizadas en la atención.

En caso de pacientes que requieran más de una curación y/o sutura deben contabilizarse todas. Ej. Paciente con heridas y escoriaciones en cabeza y rodilla, para fines de registro se cuentan dos curaciones.

En la **Columna 37** anotar el número de otras actividades de enfermería efectuadas durante la atención como la inserción de sondas, preparación de material, recolección de muestras, tareas de aseo y descontaminación, etc.

Diagnóstico(s)

(Columna 38)

Se refiere a los diagnósticos primero y segundo identificados en la Historia Clínica.



En los casos de Violencia identificar la Causa Externa Ej: Politraumatismo por Violencia en la Familia y/o Hecho de Tránsito.

En esta columna se debe escribir únicamente el o los diagnósticos utilizando para ello la misma casilla.

SI EL DIAGNÓSTICO CORRESPONDE A UNA ENFERMEDAD OBJETO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, INMEDIATAMENTE SE DEBE PROCEDER A LA COMUNICACIÓN AL NIVEL SUPERIOR Y AL LLENADO DEL FORMULARIO SNIS-VE 302a.

Tratamiento

(Columna 39)

Se refiere al fármaco o placebo a utilizarse para atenuar la enfermedad.

Mortalidad Todas las causas de 5 años y más

(Columna 40)

Se refiere al registro de los fallecimientos ocurridos por todas las causas de personas de 5 años y más, captados fuera del establecimiento, en este caso no se anotará la consulta y en lo posible deberá contarse con el certificado de defunción que respalde el registro.

Referencia y Contrareferencias

(Columnas 41- 46)

Pacientes referidos recibidos por el establecimiento

(Columna 41)

Se entiende por el registro de pacientes referidos de otros establecimientos que son recibidos por el establecimiento para su atención. Ej. Paciente con Hipertensión Arterial atendido inicialmente en un Puesto de Salud que requiere de atención médica que establezca el cuadro, es referido y recibido por el Centro de Salud Ambulatorio.

Pacientes referidos a otros establecimientos

(Columna 42)

Se entiende por el registro de pacientes referidos del establecimiento a otros establecimientos de mayor complejidad para su atención.

Personas con Discapacidad (PCD) referidas a Unidades de Calificación de Discapacidad

(Columna 43)

Se entiende por el registro de las **Personas Con Discapacidad PCD** (física, intelectual, sensorial o múltiple) identificadas **NO CALIFICADAS** que son referidas a las Unidades de Calificación de Discapacidad.

Pacientes contrareferidos al establecimiento

(Columna 44)



Se entiende por el registro de pacientes inicialmente referidos del establecimiento a otros establecimientos de mayor complejidad que regresan para la continuación de su atención o tratamiento.

Pacientes referidos de la comunidad o medicina tradicional

(Columna 45)

Se entiende por el registro de pacientes referidos de la comunidad o medicina tradicional (médico tradicional, naturista, partera) recibidos por el establecimiento para su atención y tratamiento.

Pacientes referidos a la medicina tradicional

(Columna 46)

Se entiende por el registro de pacientes referidos por el establecimiento a la medicina tradicional (médico tradicional, naturista, partera) para su atención y tratamiento.

IV. Procesamiento de Datos.

El procesamiento de los datos registrados en el **Cuaderno de Consulta Externa, Enfermería y Emergencias** debe realizarse cumpliendo determinados pasos, antes de su transcripción al formulario del **Informe Mensual de Producción de Servicio**.

Tabulación de los Datos.

a) En el cuaderno de **Consulta Externa, Enfermería y Emergencias** las variables cuyo reporte es obligatorio al formulario 301 “**Informe Mensual de Producción de Servicios**”, son las siguientes:

- Consulta Nueva por Grupos de Edad y por Sexo
- Consulta Repetida por Grupos de Edad y por Sexo
- Pacientes referidos y contrareferidos
- Actividades de enfermería

La tabulación de los datos consiste en contar las casillas marcadas en cada columna durante el mes (Consulta Nueva, Consulta Repetida, Pacientes Referidos/Contrareferidos y Actividades de Enfermería) **y registrar el total por página y mes.**

Antes de transcribir los totales al **Informe Mensual de Producción de Servicios**, es importante revisar la calidad de esta información. Para esto, deben comprobarse los resultados de la siguiente manera:

Sume los totales obtenidos en **las columnas 6 a la 33**, de las Variables **Consulta Nueva y Consulta Repetida** y compare este resultado con el **número total de consultas registradas en la columna 1 (Nº de Orden)**. Esta comparación siempre debe mostrar cifras iguales.