MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN SANITARIA

Normativa – 004

"NORMA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO"

"GUÍA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO"

Managua, Mayo – 2008

Créditos

Dirección Superior de Ministerio de Salud

- Ministro de Salud
- Secretario General

Dirección General de Regulación Sanitaria

Dirección General de Servicios de Salud

Dirección General de Planificación y Desarrollo

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

ACUERDO MINISTERIAL
No. 115 - 2008

GUILLERMO JOSE GONZALEZ GONZALEZ, Ministro de Salud, en uso de las Facultades que me confiere la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, Número 102 del Tres de Junio de Mil Novecientos Noventa y Ocho, Decreto No. 25-2006 "Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo del año dos mil seis, respectivamente, Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 91 del 17 de Mayo del año dos mil dos, Decreto No. 001-2003 "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, Nos. 07 y 08 del 10 y 13 de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO:

I

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua, en su artículo 59, partes conducente establece: **"Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud".**

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su Arto. 26, incisos b) y d) establece que al Ministerio de Salud le corresponde: "Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en defensa de la misma".

III

Que la Ley No. 423, "Ley General de Salud", en su artículo 1, establece que el objeto de la misma, es tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, así mismo **en su arto. 2, expresa y claramente establece que el Ministerio Salud, es el órgano competente para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sea necesarios para su aplicación.**

MINISTRO DE SALUD

Ministerio de Salud
Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", costado oeste Colonia Primero de Mayo - Apdo Postal 107 - Tel. (505)2894700 - Pag. Web: www.minsa.gob.ni

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

IV

Que la Ley No. 423, "Ley General de Salud", en su arto. 4 establece: que al Ministerio de Salud como ente rector del Sector, le corresponde coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en disposiciones legales especiales.

V

Que el Ministerio de Salud, como Órgano Rector del Sector Salud, por mandato del Arto.4 de la Ley No.423 "Ley General de Salud" y en cumplimiento a la facultad dada al mismo en el Arto.2 de dicha Ley, antes mencionado, es necesario dictar y aprobar el documento denominado: **"Norma para el Manejo del Expediente Clínico y Guía para el Manejo del Expediente Clínico".**

Por tanto, esta Autoridad

ACUERDA:

PRIMERO: Se aprueba el documento denominado: **"Norma para el Manejo del Expediente Clínico y Guía para el Manejo del Expediente Clínico",** que forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.

SEGUNDO: Se faculta a la Dirección General de Regulación para la Salud, de a conocer el referido documento, a las distintas instancias vinculadas en la materia, así como garantizar la implementación, seguimiento, evaluación y debida aplicación del mismo.

TERCERO: El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la Ciudad de Managua, a los veintitrés días del mes de Mayo del año dos mil ocho.

MINISTRO DE SALUD

GUILLERMO JOSE GONZALEZ GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

Ministerio de Salud
Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", costado oeste Colonia Primero de Mayo - Apdo Postal 107 - Tel. (505)2894700 - Pag. Web: www.minsa.gob.ni

NORMA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

CONTENIDO

PRESENTACIÓN 8
I. ANTECEDENTES 9
II. JUSTIFICACIÓN 10
III. PROPÓSITO 11
IV. SOPORTE JURÍDICO 11
V. DEFINICIONES 12
VI. DEFINICIÓN DE LA NORMA 16
VII. OBJETIVOS 17
VIII.CAMPO DE APLICACIÓN 17
IX. POBLACIÓN OBJETO 17
X. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO 18
A. Principios del Expediente Clínico 18
B. Reglas y Disposiciones 18
a. Generalidades 18
b. Verificación del Cumplimiento de la Norma 25
XI. BIBLIOGRAFÍA 29
XII. ANEXOS 30
GUÍA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO 33

PRESENTACIÓN

En la Ley General de Salud y su Reglamento se ordena la elaboración de normas técnicas, manuales y reglamentos específicos que el MINSA, como órgano rector del Sector Salud, dentro del proceso de regulación y normalización, queda facultado para realizarlo; por tanto y considerando lo establecido en el Reglamento Interno de Hospitales, en el que se especifica en el artículo 83 algunas características del expediente clínico, se estipula que el manejo oficial de este expediente es por medio del Sistema Médico Orientado al Problema (SMOP).

Al realizar revisiones de expedientes en cualquier institución proveedora de salud del país prevalece variadas formas de manejar dicho instrumento, la mayoría de ellas totalmente separadas y sin apego a un modelo que facilite el análisis o de auditoria que se requiera implementar.

En este documento se proporcionan las reglas que combinan varios pautas sobre el manejo del expediente clínico con la finalidad de ajustar y darle seguimiento al empleo correcto y adecuado del mismo; el cual continua siendo el principal documento médico legal para valorar calidad de la atención de un usuario en establecimiento de salud.

Es el primer paso para ordenar la actividad de los registros médicos y paramédicos, tratando de evaluar las estructuras, archivo y normalización de los expedientes clínicos para conducir a la sistematización de nuestros registros y expedientes clínicos.

En este documento, también se proporciona información para la organización y funcionamiento del Sub-Comité de Análisis de Expedientes Clínicos. Con la evaluación cualitativa que se puede realizar a través del método por muestreo (este método es el de menor complejidad), se obtiene información útil, veraz y en corto tiempo; lo cual permite evaluar cualitativamente las diferentes secciones del expediente clínico, así como la información consignada para sustentar el diagnóstico, la correlación diagnóstico-tratamiento, los exámenes complementarios y la evolución clínica. Es una herramienta inicial práctica y oficial, que coadyuvará a la estandarización del análisis y evaluación de los expedientes clínicos en los hospitales públicos y privados del país.

El producto final de este documento es lograr registros uniformes y evitar confusiones en el manejo del expediente, lo cual elevará la calidad de la atención al paciente y asegurará que la documentación clínica proporcione una información exacta, oportuna y confidencial.

I. ANTECEDENTES

Para el desarrollo de una cultura de calidad y productividad eficiente, se promueve la aplicación de herramientas que permitan la evaluación objetiva del cumplimiento de la norma, es decir, para verificar el grado de apego a lo establecido y cuantificar el alcance de los indicadores, con esto se determina si los resultados están dentro del rango definido como aceptable; en resumen si los resultados de la atención están en el umbral aceptado como correcto, estas herramientas se utilizan para el diseño y rediseño de procesos a fin de mejorar continuamente la calidad de atención de los usuarios.

En la práctica es necesario que los Recursos Humanos que participan directamente en la atención en salud fortalezcan sus conocimientos y apliquen las herramientas de calidad y gestión, que basan sus decisiones en la medición y análisis de resultados de la actividad asistencial consignada en el expediente clínico para incorporar criterios de eficiencia diagnósticas y terapéuticas.

En agosto del 2003 se elaboró la Norma del Expediente Clínico con el propósito de establecer criterios y reglas para el uso uniforme, correcto y adecuado del expediente; aprobándose con el acuerdo Ministerial No 90-2004.

El Ministerio de Salud en este año ha decidido actualizar las Normas de Manejo del Expediente Clínico, a fin de que su llenado, organización y estructura sean uniformes, en razón de que el mismo constituye un documento médico-legal y una herramienta básica para la recopilación y registro fidedigno de datos sobre la atención del usuario.

II. JUSTIFICACIÓN

Las acciones en salud implican, la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de los usuarios atendidos en los servicios de salud tanto públicos como privados; debiéndose reflejar todas estas acciones en el expediente clínico. Por lo tanto es una fuente de información para evaluar la calidad de atención médica prestada en los establecimientos proveedores de servicios de salud.

Por el valor médico – legal que tiene el Expediente Clínico en todos sus aspectos, es necesario establecer los lineamientos sobre la obligatoriedad de su existencia, del llenado de su contenido, su composición y estructura. Es un documento que sirve de protección legal, administrativa y técnica tanto al personal de salud como a los usuarios.

La aplicación y seguimiento de la Norma de procedimientos para el Manejo del Expediente Clínico permite mejorar la calidad de atención mediante la toma de decisiones oportuna, convirtiéndose en una herramienta indispensable para la investigación y evaluación de los aspectos clínicos, gerenciales, docentes y legales de la atención en salud.

III. PROPÓSITO

Establecer los lineamientos para el cumplimiento obligatorio en el llenado del contenido, la composición y estructura del Expediente Clínico.

IV. SOPORTE JURÍDICO

1. Ley No. 290 “Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo”: Inciso e) del Artículo 26

2. Reglamento de la ley No. 290: Numeral 1 y 4 del Artículo 202; Numeral 2, 3, 9 y 10 del Artículo 215; Numeral 3, 6, 9 y 10 del Artículo 210, Numeral 1 del Artículo 219

3. Ley No. 423: Ley General de Salud: Artículo 2, Incisos 1, 6, 12 y 14 del Artículo 7; Incisos 5 y 12 del Artículo 8; Artículo 55.

4. Reglamento de ley No. 423: Incisos 6, 8, 12, 13, 27 y 28 del Artículo 7; Inciso 1 del Articulo 112; Artículos 113, 119, 120, 122, 124 y 161.

5. Acuerdo Ministerial 338-2006: Norma Técnica para la Referencia y Contrarreferencia.

6. Acuerdo Ministerial 90-2004: Aprobación de los Documentos “Expediente Clínico Básico” y “Manual de Análisis del Expediente Clínico”.

7. Acuerdo Ministerial 69-96: Aprueba y pone en vigor en todas las unidades hospitalarias el Reglamento Interno de Hospitales del MINSA, Cáp. XI, Art. 83 y Art. 84.

V. DEFINICIONES:

1. **Abandono:** Toda acción mediante la cual el usuario desiste del derecho de la atención médica en cualquier establecimiento proveedor de servicios de salud. Respaldado de un documento con la firma del usuario en donde renuncia a sus derecho de la atención en salud.

2. **Alta:** Orden que el profesional de salud comunica a un usuario dando por finalizada su permanencia en un establecimiento proveedor de servicio de salud público o privado.

3. **Atención en Salud:** Conjunto de servicios que se proveen al usuario con el fin de promover, prevenir, restaurar y rehabilitar su salud.

4. **Autoridades en Salud:** Son las personas autorizadas por la Dirección Superior del Ministerio de Salud (MINSA), con funciones, facultades o competencias expresas de expedir o aplicar la regulación sanitaria en materia de políticas de salud en establecimientos públicos y privados.

5. **Condición Clínica:** Estado funcional relacionado con la salud física y mental o el bienestar del usuario.

6. **Consentimiento bajo información o consentimiento informado:** Aceptación, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, de un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación. Expresado en el formato establecido por el Ministerio de Salud, que firma el usuario o su representante legal.

7. **Contrarreferencia:** Mecanismo de respuesta a la referencia mediante un informe escrito, donde se expresa el reconocimiento, valoración y tratamiento realizado, así como su resultado e indicaciones que se deben seguir al usuario en su atención original.

8. **Egreso:** Acción mediante la cual el usuario termina su internamiento en un establecimiento proveedor de salud servicio de salud, público o privado ya sea por alta, traslado, abandono, fuga o fallecimiento.

9. **Epicrisis:** Hoja de resumen clínico donde se especifican; diagnósticos, procedimientos realizados y conducta terapéutica a seguir una vez que el usuario es dado de alta de un servicio de salud.

10. **Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud:** Entidades públicas o privadas, que estando autorizadas por el Ministerio de Salud, tienen por objeto actividades dirigidas a la provisión de servicios en sus fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud que requiera la población. Se incluye cualquier otro establecimiento cuya actividad sea brindar servicios que incidan de manera directa o indirecta en la salud del usuario.

11. **Expediente Clínico:** Conjunto de hojas o documentos ordenados sistemáticamente, correspondientes a la atención integral en salud del usuario en un establecimiento proveedor de estos servicios.

12. **Expediente Médico Orientado por Problemas (EMOP):** Conjunto de registros orientados por problemas de acuerdo con el Sistema Médico Orientado al Problemas (SMOP).

13. **Foliación:** Es la enumeración continua y en orden ascendente del expediente clínico desde la primera página que se encuentra inmediatamente después de la portada hasta la última página, como si se tratase de un libro o un cuaderno; los números deben ir ubicados en el centro de la pagina de cada hoja. Es un procedimiento obligatorio en las auditorias de la calidad de la atención médica y casos médicos legales.

14. **Formato:** Diseño e impresión de cada hoja que se emplea en el expediente clínico y que posee una serie de características y especificaciones debidamente autorizadas y no sujetas a cambios ni modificaciones discrecionales.

15. **Fuga:** Salida voluntaria de un usuario, del establecimiento proveedor de servicio de salud de un usuario sin que el personal de salud involucrado en la atención médica tenga conocimiento de este acto.

16. **Hoja del Expediente Clínico:** Cada una de los diferentes formatos debidamente diseñados e impresos en ambas caras, empleado en el registro de datos de un usuario que recibe atención y de acuerdo con los estándares del Ministerio de Salud (MINSA). Cada hoja tiene su anverso y reverso.

17. **Hospitalización:** Es el internamiento de usuarios para diagnóstico de una enfermedad, recuperación y rehabilitación de su salud; en un establecimiento que brinda servicio de carácter general o especializado, organizado para proveer servicios con atención continua y que posee recursos humanos calificados, estructura física y tecnológica para el cumplimiento de su misión.

18. **Ingreso**: Acción mediante la cual se le brinda atención en salud al usuario mediante un régimen de internación en un período como mínimo de 24 horas.

19. **Interconsulta:** Es la atención colegiada, brindada por especialistas al usuario y a solicitud de una institución o servicio para confirmación diagnóstica e implementación de medidas terapéuticas pertinentes.

20. **Lista de problemas:** Es la hoja básica de entrada de la atención del usuario en el expediente clínico, donde se registran en orden cronológico o de importancia los problemas que presenta al momento de la atención médica.

21. **Manejo del Expediente Clínico:** Todas las acciones y procesos que se llevan a cabo con el expediente clínico de un usuario, desde que se apertura hasta que se archiva el mismo.

22. **Nota:** Es la anotación sobre la evolución clínica del paciente, que registra el profesional de salud en la hoja correspondiente del expediente clínico.

23. **Numeración:** Es el número que escribe el profesional de la salud a cada página en la esquina inferior derecha de la hoja correspondiente a su espacio y sección. Cada sección se enumera por separado.

24. **Personal de salud:** Persona que labora en un establecimiento proveedor de servicios de salud público o privado.

25. **Profesional de la Salud**: Recursos humanos con formación en áreas de la salud en posesión de un titulo o diploma emitido por cualquier institución formadora de la educación superior o técnica media debidamente reconocida por la legislación en la materia.

26. **Problema:** Situación clínica que interfiera con la calidad de vida de un usuario o que requiera diagnóstico y manejo posterior. Llámese también a cualquier dificultad para el usuario o el profesional de la salud a cargo de este último, se incluyen los aspectos médicos, sicológicos, sociales, nutricionales, de crecimiento o desarrollo, psiquiátricos, ambiental, económico, entre otros.

27. **Referencia:** Mecanismo mediante el cual se traslada a un usuario de un nivel de atención a otro nivel de resolución (mayor o menor) o de un servicio de atención a otro en el mismo establecimiento de salud; para dar respuesta o continuidad del proceso de atención en salud.

28. **Resumen Clínico:** Es el registro o documento que contiene un relato breve, conciso y preciso de la evolución y tratamiento de un paciente en un período de tiempo o durante una hospitalización en una institución de salud.

29. **Resumen Final:** Es el documento elaborado al finalizar la atención médica de un paciente y que debe contener los datos generales, el resumen clínico, los problemas y/o diagnósticos finales y los planes de acuerdo con el manejo del expediente clínico en base a al SMOP.

30. **Salud:** Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

31. **Sección del expediente clínico:** Cada una de las partes en que se divide todo el expediente clínico

32. **Secciones del Expediente Clínico:** Se refiere a las partes o separaciones en que está dividido el expediente, las cuales tienen un carácter administrativo, con la finalidad de ordenar y clasificar las diferentes hojas de registros médicos y paramédicos, de acuerdo con el proceso asistencial empleado.

33. **Sistema Médico Orientado por Problemas (SMOP):** Método de abordaje médico caracterizado por un conjunto ordenado de los registros de los problemas orientados de acuerdo con el método clínico, el cual está sustentado por el método científico.

34. **Traslado:** Equivale a referencia.

35. **Usuario:** Toda aquella persona que solicita o recibe servicios de atención en salud.

36. **Valoración:** Procedimiento mediante el cual un profesional de la salud realiza un reconocimiento de un problema específico de un usuario, con la obligación de emitir un juicio diagnóstico, hacer una estimación del caso y dar sus respectivos planes y recomendaciones.

VI. DEFINICIÓN DE LA NORMA

A. Aspectos Jurídicos

1. El manejo adecuado del expediente clínico brinda protección legal, administrativa y técnica tanto al personal de salud como a los usuarios
2. Establece reglas generales orientadas a ordenar el manejo del expediente clínico, deben ser cumplidas con disciplina y exactitud por todo el personal de salud que maneja el expediente clínico.
3. Unifica criterios de manejo del expediente clínico, considerando que el mismo es un documento que sirve de base para evaluar las acciones médicas – legales y éticas.

B. Aspectos Científicos

1. Las normas para el manejo del expediente clínico están basadas en el método científico aplicado en la atención en salud.
2. Implica un estudio formal de un hecho de modo sistemático con procedimientos ordenados: recopilación de datos, planteamiento de hipótesis, resolución de problemas, conocimiento y objetivos que conducen a la exactitud.
3. La aplicación del método científico y el empleo del método clínico requieren lenguaje científico y redacción técnica.
4. Son requisitos del método clínico: acuciosidad, minuciosidad, análisis, síntesis y juicio crítico.

C. Aspectos Técnicos

1. Son instrucciones escritas, claras, ordenadas y objetivas.
2. Su uso garantiza la sistematización de la información registrada en el expediente clínico para facilitar los procesos de atención.

D. Aspectos Administrativos

1. Se crean parámetros de estandarización.
2. Es una herramienta gerencial.
3. Es un documento que debe ser conocido y aplicado por todos los profesionales de la salud.

E. Aspectos Docentes

1. Sistematiza el abordaje de los usuarios.
2. Institucionaliza un documento ordenado que registra los elementos de la atención en salud.
3. Las técnicas de clasificación y archivo son indispensables para la consulta y la investigación.
4. Obliga a que todo profesional de la salud aplique el sistema médico orientado por problemas (SMOP).

VII. OBJETIVOS

Normalizar el Manejo uniforme del Expediente Clínico en los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados.

Específicos

1. Estandarizar el manejo de los expedientes clínicos para facilitar la evaluación de la calidad de la atención.

2. Establecer reglas básicas para la organización de los expedientes.

3. Ordenar el sistema de registro y archivo de expedientes.

VIII. CAMPO DE APLICACIÓN

Los principios normativos contenidos en esta Norma son de estricto cumplimiento para todos los profesionales de la salud involucrados en el manejo del expediente clínico, en todos los establecimientos proveedores de servicios de salud del sector público y privado.

IX. POBLACIÓN OBJETO

1. Personal de salud que está involucrado en el manejo del expediente clínico.
2. Miembros del Comité de Evaluación de la Calidad.
3. Autoridades en Salud.

X. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO

A. Principios del Expediente Clínico

1. Los criterios, conceptos, reglas y procedimientos contenidos en la norma para el manejo del expediente clínico son de estricto y obligatorio cumplimiento por todos los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados.

2. El personal de salud involucrado en el manejo del expediente clínico es responsable del mismo y de las situaciones médico – legales y bio -éticas que resulten.

3. El contenido de los registros y anotaciones debe fundamentarse con claridad, legibilidad, orden, objetividad y exactitud.

4. Cada usuario en un establecimiento de salud, debe tener un solo expediente clínico debidamente rotulado, codificado y enumerado en un establecimiento de salud.

5. Los datos contenidos en el expediente clínico son confidenciales para uso exclusivo del personal autorizado.

6. En todo momento y en todo lugar dentro del archivo clínico, los expedientes clínicos deberán protegerse contra personas no autorizadas que quieran revisarlos. El archivo clínico se mantendrá cerrado con llave cuando no se esté prestando atención.

7. Los datos obtenidos o recopilados de la atención de un usuario deben registrarse en los formatos diseñados para cada sección del expediente clínico.

8. Se promoverá un sistema de cita a fin de agilizar la atención del usuario y de aumentar la eficiencia con que trabaja el archivo. Los expedientes clínicos de los usuarios citados se retirarán de los anaqueles con anticipación. Es función del personal de archivo localizar los expedientes que no se encuentren en los anaqueles.

B. Reglas y Disposiciones

a. <u>Generalidades</u>

1. El representante de cada establecimiento proveedor de servicios de salud públicos y privados es responsable del cumplimiento de la Norma de procedimiento para Manejo del Expediente Clínico y debe velar que el personal que preste servicios en el establecimiento aplique la Norma.

2. A todo usuario que recibe atención médica en un establecimiento proveedor de servicios de salud públicos o privados se le debe elaborar un expediente clínico independientemente del establecimiento proveedor de servicios de salud de acuerdo a lo establecido en el numeral 4 de los principios del expediente clínico.

3. Todo usuario que solicite atención en la unidad de salud, deberá ser atendido, incluyendo aquellos referidos de otras unidades de salud, brigadistas o líderes comunitarios.

4. Cada usuario debe tener un solo expediente clínico, independientemente del número de atenciones e ingresos; conteniendo tantas historias clínicas como admisiones sucedan. Se deben anexar al expediente todas las hojas de la atención que ha recibido dentro del mismo establecimiento incluyendo las hojas de emergencia.

5. La numeración del expediente clínico es individual y única.

6. El número del expediente clínico será asignado por el personal de admisión en el momento que se este elaborando el expediente clínico.

7. El archivo de los expedientes clínicos se hará de forma centralizada (no se podrá seccionar por sexos, por programas, etc.) y solamente dividido en un archivo activo y un archivo pasivo.

8. El archivo debe funcionar con un horario adecuado a las necesidades de la unidad de salud.

9. Los establecimientos proveedores de servicios de salud que manejan los expedientes clínicos de los usuarios, deberán conservarlos en archivo activo por un período no mayor de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico. Deben adaptarse los espacios para ordenar los archivos tanto activos como pasivos de acuerdo a las condiciones del establecimiento de salud.
    i. Después de los cinco años se conservarán en archivo pasivo al menos por 5 años más.
        a. El archivo pasivo se organiza cuando ha transcurrido cinco años de inactividad del expediente, que el usuario no ha regresado a recibir atención a la unidad de salud durante ese periodo.
        b. El traslado de expediente clínicos del archivo activo al pasivo (pasivación) se realizará una vez en el año. Los expedientes clínicos se pasivarán de acuerdo a su actividad, o sea tomando en cuenta la fecha de la última atención brindada al usuario y no al número de consultas recibidas.
        c. Los expedientes clínicos de usuarios fallecidos se guardarán en los archivos pasivos para efectos de investigación y nunca se eliminarán. Cuando no se disponga de espacios físicos para guardar los expedientes de personas fallecidas entonces la información puede almacenarse utilizando microfilmación para guardar la información de los mismos.
        d. Los expedientes clínicos pasivados se podrán reincorporar al archivo activo una vez que el usuario solicite nuevamente su atención, siguiendo las normas establecidas para tales casos.
        e. Los expedientes clínicos que ya se encuentran en el archivo pasivo pueden conservar el orden de las hojas que tienen en ese momento, sin embargo cuando éstos sean activados deben de adoptar el orden establecido en la guía de manejo del expediente clínico.

f. Los expedientes clínicos que pasan al archivo pasivo lo harán con el número que tienen. NO se asignará un nuevo número a los expedientes clínicos que pasan al archivo pasivo ni se ANULARAN los números de estos Expedientes Clínicos.

ii. Después de cinco años de estar resguardado un expediente clínico en el archivo pasivo y si este no ha sido activado durante todo este periodo, se procederá a la eliminación total del mismo (ya sea por desmenuzamiento o incineración). Esto implica que la eliminación de un expediente se efectúa cuando tiene diez años de inactividad.

iii. En casos de usuarios con enfermedades crónicas o tratamientos prolongados, los expedientes clínicos no podrán ser eliminados y deberán conservarse y preservarse

10. El profesional de la salud tienen la obligación de otorgar información verbal de manera completa y continúa al usuario sobre la atención en salud; excepto en los casos que se solicite la omisión de dicha información. Cuando médicamente no sea aconsejable comunicar datos al usuario o no puedan ejercer su autonomía habrá que suministrar la información de la atención en salud a una persona adecuada que lo represente. Debe llenarse la hoja de información diaria de la condición del usuario, en esta hoja debe quedar documentado el nombre del usuario, la fecha y hora de cuando se brinda la información, el nombre de quien la proporciona y la información que fue suministrada.

11. El usuario tienen el derecho a recibir un resumen clínico elaborado por el médico tratante, este último debe ser revisado y avalado por el jefe inmediato y autorizado con el visto bueno del director del centro; para extender esta información el usuario, su familiar, tutor o representante jurídico o autoridad competente debe solicitarlo por escrito especificándose con claridad el motivo del resumen clínico.

12. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: poder judicial, procuraduría general de justicia, fiscalía general de la república y autoridades del Ministerio de Salud (MINSA).

13. Las instituciones proveedoras de servicios de salud, están obligados a establecer y aplicar el Sistema Médico Orientado por Problemas (SMOP) como el sistema básico para el manejo de los expedientes clínicos, por lo tanto todo el personal médico debe ser capacitado en el menor tiempo posible sobre el manejo del Registro de los Expedientes Médico Orientados por Problemas (EMOP).

14. El manejo del expediente clínico será a través del Sistema Médico Orientado por Problemas (SMOP) y las formas de registro actualmente vigentes, preservando en las notas de evolución médica en el espacio de indicaciones y planes el sistema AMEN (Alimentación, Medicamentos, Exámenes, Normas) de acuerdo con los problemas orientados y con los criterios de calidad de atención al usuario.

15. Los establecimientos proveedores de servicios de salud público o privado deben garantizar la confidencialidad y sigilo de toda la información acerca de la atención médica a un usuario, registrada a través del manejo del expediente clínico orientado

por problemas, al cual sólo el personal autorizado debe tener acceso, salvo las excepciones legales.

16. Tienen derecho a leer y escribir en el expediente las personas debidamente habilitadas por el Ministerio de Salud y permitidas por las autoridades de la institución proveedoras de servicios de salud pública o privada en donde se encuentra el expediente.

17. Las notas, los informes, los reportes y otros documentos que se registren en el expediente clínico deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las normas o protocolos relacionados con la prestación de servicios, la atención médica o el manejo de trastornos o enfermedades y de acuerdo con la presente norma para el manejo del expediente clínico.

18. Esta Norma está acompañada de la "Guía para el Manejo del Expediente Clínico", la cual debe ser dada conocer a todo el profesional de salud de institución pública o privada que estará en contacto con el expediente clínico para facilitar el cumplimiento de la Norma.

19. Ninguna parte del expediente clínico de un usuario puede suprimirse, desecharse, anularse, modificarse o destruirse si se encuentra en el grupo de expedientes activos o pasivos de la institución.

20. Ninguna parte del expediente clínico puede reproducirse o copiarse de forma alguna ni por ningún método mecánico o electrónico, incluidas las fotocopias, la grabación en disco, cintas o por técnicas informáticas, sin el permiso de la autoridades competentes.

21. Todo expediente clínico debe poseer con carácter obligatorio una cubierta o una carpeta, constituida por una portada y una contraportada:
    i. La portada debe contener datos de identificación del usuario (primer apellido, segundo apellido, nombres; fecha de nacimiento que debe ser verificado con su número de cedula, acta de nacimiento, tarjeta de vacuna o pasaporte), dirección exacta que contenga barrio, comarca, comunidad, etc.; SILAIS y Municipio al que pertenece el establecimiento proveedor de servicios de salud y el nombre del establecimiento.
    ii. La contraportada donde se podrán colocar datos referentes a los ingresos, hospitalizaciones, citas o el listado de problemas (en algunos casos).
    iii. Número de seguro cuando corresponda el caso.

22. Preferiblemente las carpetas o cubiertas del expediente clínico deben tener un "porta expediente" que consiste en un sujetador metálico donde se colocan el nombre completo del usuario, su número de expediente, y su número de cama cuando el usuario se encuentra hospitalizado.

23. Cada carpeta enumerada deberá contener únicamente papelería con información del usuario, correspondiente al nombre y número de dicho expediente, la cual se arreglará de acuerdo con la organización y el orden del expediente clínico que se establece en la guía de manejo.

24. Todas las hojas del expediente clínico deberán estar rotuladas e identificadas conteniendo el nombre completo, número de expediente, número de cama, sala, servicio o departamento de atención al usuario, además del nombre de la institución proveedora de salud. La numeración debe ir en orden cronológico anexando en la parte superior las páginas y hojas con fechas mas recientes.

25. Toda anotación en el expediente clínico deberá registrar fecha, hora, nombre completo, sello, firma, código interno y del MINSA de quien la elabora el registro y/o nota, de acuerdo con el patrón establecido en la norma.

26. Las anotaciones en el expediente clínico deberán contener y expresarse con un lenguaje técnico-científico, la redacción será en español, requiriendo claridad, orden y objetividad; por consiguiente deberán escribirse con letra legible y sin abreviaturas. El objetivo fundamental de este precepto es proporcionar una información veraz y que tenga exactitud.
    i. En caso donde exista máquina de escribir las notas deben ser mecanografiadas.
    ii. En prescripciones médicas no legibles debe solicitarse aclaración de la misma por escrito antes de cumplirlas.

27. Errores en alguna nota se corregirá pasando una sola línea sobre el error, anotando la fecha e iniciales del personal de la salud. El dato correcto se anotará continuo al error, en la línea siguiente o en el lugar que corresponde cuando el error fue anotar en un formulario equivocado o en secuencia equivocada.

28. Cada anotación realizada por estudiantes de pre y post grado deberá ser avalada por el medico tratante responsable.

29. Es obligación de todos las personas que utilizan el expediente clínico conservarlo y preservarlo.

30. Cada hoja de cada sección del expediente clínico, contiene su propio formato que describe formularios con características específicas establecidas por las instancias reguladoras. Todas las instituciones proveedoras de servicio públicas y privadas de salud deben ajustar sus formatos a los estándares.

31. Los formatos del expediente clínico serán de tamaño carta, salvo aquellos formatos como los reportes de laboratorios que pueden ser de tamaño más reducidos.

32. Cada formato debe llevar un título que identifique su contenido; contará con espacio para registrar nombre, apellido y número de expediente del usuario. Los formatos deben ser impresos en ambas caras, en papel lo suficientemente gruesos para que no pase la tinta.

33. Es de uso obligatorio los formatos estandarizados por el Ministerio de Salud.

34. Se utilizarán los formatos de acuerdo a las Normas y protocolos vigentes del Ministerio de Salud. Esto aplica para aquellos que por su naturaleza deben

actualizarse periódicamente (p. Ej.: formatos de atención integral a la niñez, historia clínica perinatal básica, otros).

35. Ninguna hoja o formato pueden ser creados, innovados, modificados, anulados o eliminados sin el permiso de las autoridades competentes del MINSA. La Guía contiene un Catálogo de Formatos del MINSA.

36. El expediente clínico es un documento médico-legal y ético, así como un elemento de prueba fehaciente de la atención médica a un paciente, por tanto el registro de datos contenidos en él tienen carácter de testimonio. El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos o de telecomunicación será exclusivamente de carácter auxiliar para sustentar lo escrito en el expediente clínico.

37. Se considera obligatorio y de rigor que todo expediente clínico debe contener los datos generales de identificación del paciente en tiempo, espacio y persona, los datos generales deberán estar consignados con detalle en la hoja de admisión de acuerdo con el formato respectivo.

38. El expediente clínico se adaptará e integrará atendiendo a los servicios prestados en hospitalización, emergencias, observación, y consulta externa (general y especial).

39. En casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, siempre debe haber una copia de dicho contrato en el expediente clínico.

40. Le corresponde al Comité de la Calidad de la Atención a través del Sub-comité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico la verificación y el cumplimiento de la presente Norma.

41. El Sub-comité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico estará constituido por un presidente, un secretario y tres vocales.

42. El Sub-comité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico debe cumplir con las siguientes funciones:
    i. Evaluar la calidad del proceso y el resultado de la atención médica que se brinda en la unidad de atención en salud a través del análisis de las actividades asistenciales.
    ii. Rendir informe al director de la unidad de atención en salud y/o al nivel jerárquico que corresponda.
    iii. Realizar investigaciones que se consideren oportunas en relación con determinados eventos centinelas.
    iv. Emitir las recomendaciones para ser asumidas por la Dirección o instancia que le corresponda, a fin de incidir en el mejoramiento de la calidad de la atención.

43. Los miembros del Sub-comité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico deben cumplir las siguientes característica y funciones:
    i. **Presidente:**
        a) Deberá ser un médico de reconocida calidad moral y distinguido nivel profesional.

b) Representar al sub-comité ante la dirección y autoridades superiores.
c) Dirigir las reuniones del sub-comité.
d) Coordinar las actividades del sub-comité en base a un plan de trabajo.
e) Convocar a reuniones fuera de plan por situaciones especiales o de urgencia o por solicitud de la dirección del centro o el nivel jerárquico correspondiente.
f) Informar a la dirección o al nivel jerárquico acerca de las actividades del sub-comité.
g) Funciones similares a los miembros vocales.

ii. **Secretario (a):**
a) Podrá ser cualquier profesional de la salud de reconocida calidad moral y distinguido nivel profesional.
b) Convocar a los diferentes integrantes del sub-comité para las reuniones y actividades programadas o no planificadas.
c) Elaborar acta constituyente, y por cada sesión efectuada.
d) Organizar y actualizar un archivo del sub-comité en el que deben incluirse los resultados de los análisis elaborados, bibliografía, solicitudes, actas y los documentos que se estimen convenientes.
e) Facilitar los reportes finales a cada miembro del sub-comité para su evaluación y aprobación.

iii. **Vocales**:
a) Podrá ser cualquier profesional de la salud de reconocida calidad moral y distinguido nivel profesional
b) Elaborar el programa de actividades en conjunto con el presidente del sub-comité.
c) Asistir a cada una de las actividades planificadas.
d) Contribuir al fortalecimiento y crecimiento del sub-comité.
e) Mantener comportamiento adecuado que garantice la confianza y el respeto de los colegas del sub-comité y de la unidad asistencial.
f) Uno de los vocales podrá dirigir las reuniones en ausencia del presidente del sub-comité quien será delegado por el presidente.

44. El Sub-comité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico debe cumplir con las siguiente actividades:
i. El sub-comité realizará análisis mensual de un determinado número de expedientes clínicos de pacientes egresados de los servicios seleccionados para evaluación sistemática. Teniendo en cuenta el tipo de atención calificada brindada por la unidad de salud.
ii. El análisis se efectuará los primeros quince (15) días de cada mes y se entregarán los resultados de las evaluaciones del mes anterior, al nivel correspondiente el día veinte (20) de cada mes.
iii. El sub-comité se reunirá un día de la semana y/o según las necesidades de cada unidad de atención en el lugar disponible de los servicios de los integrantes o en un sitio determinado por la dirección; con el objetivo de realizar las evaluaciones de expediente.
iv. Entregar copia del acta de cada reunión a la dirección del hospital y se archivarán los originales.

v. Promover la revisión y análisis de los expedientes por cada Departamento o Servicio del hospital, una vez por semana, de manera que las jefaturas de éstos identifiquen logros y problemáticas que aún persistan en el llenado cualitativo y cuantitativo del expediente.
vi. Cada mes se evaluará el 5% de los egresos o consultas del mes anterior, tomando en consideración preferentemente los servicios que tienen problemas o no cumplen con las normas. En los establecimientos de salud donde cuente con diferentes servicios los análisis pueden realizarse por servicio o de acuerdo a las necesidades que las autoridades de cada establecimiento consideré necesario y conveniente
vii. Poner especial énfasis en algunos detalles de forma, lo que contribuirá a fortalecer el respeto hacia los usuarios de los expedientes clínicos y al mejoramiento progresivo de los mismos, algunos de los detalles son: carpeta limpia, hojas sin manchones, sin borrones, el mismo color de tinta (excepto enfermería que utiliza rojo para el turno de la noche), no abusar del uso de siglas, etc. Recomendar esto a Equipos de Dirección y jefaturas de servicios.

b. Verificación del Cumplimiento de la Norma

1. Responsable de la Evaluación:

Para implementar el análisis y evaluación del expediente clínico en las unidades de salud, a través de la presente norma, es necesario contar con un equipo de trabajo subordinado al director del hospital, pudiendo brindar información a otros niveles de jerarquía superior (SILAIS/NIVEL CENTRAL).

El comité de evaluación de la calidad consta de seis Sub-comités y dentro de éstos se encuentra el sub-comité de análisis del expediente clínico, el que constará de diferentes miembros especialistas y técnicos del sector salud de reconocida capacidad y calidad moral para desempeñar sus funciones.

Los miembros del comité serán designados por el director de la unidad de salud y reconocidos por el nivel jerárquico que corresponda, así como los reemplazos y substituciones que se dé entre ellos. Las renuncias y suplencias se informarán por escrito al presidente del sub-comité.

2. Áreas y Secciones a Evaluar:

Área No.1: Administración del Expediente Clínico

i. **Orden del expediente clínico:** El expediente debe contener todas las hojas establecidas según el manual del expediente clínico. La escritura deberá de ser clara y legible. Debiendo seguir un orden descendente de acuerdo con los patrones internacionales de documentación. **Ver anexo**.

ii. **Manejo por Problemas**: Tanto la nota de ingreso como las evaluaciones seguirán el Sistema Medico Orientado por Problemas (SMOP). Cada nota de evolución debe realizarse por problemas (ejemplo: si el usuario es portador de tres problemas se debe evolucionar los tres problemas por separados). Debe incluir cualquier problema

médico, psicológico, social, nutricional, de crecimiento o desarrollo, etc. Los problemas pueden ser signos, síntomas, síndromes, enfermedades específicas, un hallazgo anormal de laboratorio, una falla administrativa o asistencial, algún antecedente importante o alguna secuela.

iii. **Criterios de Alta:** Consignados y fundamentados en la nota de evolución del alta, firmada por el médico de base, según lo establecido en las normas por enfermedades de cada hospital.

iv. **Epicrisis:** Deberán ser bien redactadas con todos los acápites objetivamente llenados, debe ser legible, conteniendo el nombre y la firma del médico que la elaboró y sello del servicio. Se ubica en primer lugar cuando el usuario se controla por la consulta externa después de ser dado de alta. **Ver anexo**.

v. **Diagnósticos Finales y Escritos en la Hoja de Estadísticas:** Consignados correctamente todos los diagnósticos finales, tanto en la nota de evolución, así como en la hoja de admisión y egreso.

Área No.2: <u>Diagnóstico con Suficiente Información para Sostenerlo:</u>

i. **Anamnesis:** Interrogatorio correctamente elaborado por el médico con el fin de obtener la información requerida que sirva para efectuar una integración diagnóstica.

ii. **Examen físico:** Examen físico correctamente elaborado por el médico.

iii. **Integración de datos de laboratorio:** Indicados y realizados oportunamente de acuerdo a los planes diagnósticos.

iv. **Análisis e interpretación de datos:** Los datos de la anamnesis, el examen físico y resultados de laboratorio que fundamentan los problemas o diagnósticos elaborados.

v. **Integración diagnóstica:** Diagnósticos integrados por problemas, síndromes o enfermedades especificas debidamente fundamentados.

Área No.3: <u>Correlación entre el diagnóstico y el tratamiento:</u>

Deben utilizarse las normas, protocolos y guías establecidas por el Ministerio de Salud. En aquellas enfermedades donde no se cuente con normas, protocolos o guías para cumplir con este aspecto debe utilizarse los métodos para diagnóstico y tratamiento basados en la evidencia o bien los consensos utilizados internacionalmente

i. **Alimentación y nutrición:** Indicada de acuerdo a la edad, estado nutricional, padecimiento y condición clínica del paciente.

ii. **Indicación terapéutica:** Indicación de fármacos, definiendo dosis, vía de administración, intervalo de tiempo y dilución de cada uno de los medicamentos. Además de la justificación de la falta de administración de los mismos.

iii. **Uso racional de la terapéutica:** Utilización adecuada de los medicamentos en base a la enfermedad.

iv. **Empleo de otras medidas:** Indicación oportuna de estudios de imágenes y otros exámenes de laboratorio, así como su realización e interpretación para fundamentar el diagnóstico y tratamiento. Administración de hemoderivados, utilización de medios físicos.

Área No.4: <u>Exámenes complementarios adecuados:</u>

i. **Justificación de la indicación:** criterios que fundamenten la Indicación con base a los datos analizados en los planes diagnósticos.

ii. **Realización en tiempo apropiado:** exámenes realizados en el tiempo apropiado de acuerdo al tipo de examen y condiciones del hospital.

iii. **Justificación de la no realización:** razones por las que no se pueden efectuar los acuerdos al tipo de examen y condición del hospital.

iv. **Análisis escrito de los resultados:** Resultado de exámenes de laboratorio analizados y fundamentando los diagnósticos y los planes terapéuticos.

v. **Orden cronológico en el expediente:** Colocados en orden cronológico en la hoja de exámenes. Según el manual del expediente clínico.

Área No.5: <u>Seguimiento de evolución clínica:</u>

i. **Evolución de acuerdo al SOAP:** Las notas deben contener toda la información normada de acuerdo al Sistema Médico Orientado por Problema, utilizando específicamente el método S.O.A.P. (subjetivo, objetivo, análisis, planes). Notas elaboradas de acuerdo a los problemas establecidos.

ii. **Registro de cambio de condición:** Anotados los cambios en la condición clínica del usuario con sus debidos fundamentos.

iii. **Identificación de nuevos problemas:** Anotados los problemas que se presenten durante la hospitalización del usuario, particularmente nuevas enfermedades, complicaciones y efectos iatrogénicos.

iv. **Notificación de enfermedades y situaciones sujetas a notificación:** anotadas y realizadas las notificaciones correspondientes, enfermedades de notificación obligatoria (ENO) y las situaciones que ameriten notificación.

v. **Interconsultas (justificación y cumplimiento):** Anotadas las necesidades de interconsulta de acuerdo a la condición del paciente, adjunta la copia de la hoja de interconsulta y elaborada la nota de evolución.

3. Sistema de Calificación

Los índices para conocer el resultado del análisis son los siguientes:

100 – 91	→	**Excelente**
90 – 81	→	**Buena**
80 – 71	→	**Regular**
< 70	→	**Mala**

Posteriormente se realiza un informe en el que se incluyan además de la calificación del expediente, las principales fallas encontradas con respecto al manejo y a la vez se detallan las recomendaciones para superarlas.

4. Indicadores:

i. Porcentaje de expedientes evaluados. **Umbral:** 100% de cumplimiento

ii. Porcentaje de expedientes que cumplen los requisitos administrativos. **Umbral:** Mayor al 80% de cumplimiento

iii. Porcentaje de expediente que cumplen con la información suficiente para sostener el diagnóstico. **Umbral:** Mayor al 80% de cumplimiento.

iv. Porcentaje de expediente que cumplen con la correlación entre el diagnóstico y el tratamiento. **Umbral:** Mayor al 80% de cumplimiento.

v. Porcentaje de expediente que cuenta con exámenes complementarios adecuados. **Umbral:** Mayor al 80% de cumplimiento.

vi. Porcentaje de expediente con adecuado seguimiento de la evolución clínica. **Umbral:** Mayor al 80% de cumplimiento.

5. Monitoreo y Seguimiento de la Aplicación de la Norma:

Una vez aprobado por el Ministerio de Salud e impartido los seminarios técnicos y talleres de capacitación, el monitoreo y seguimiento de la aplicación de la Norma estará bajo la supervisión directa de la Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, dando cumplimiento a lo estipulado en el Sistema de Garantía de Calidad de la Ley General de Salud.

En cada institución prestadora de servicio de salud es responsabilidad de los(as) Directores(as), dar cumplimiento a lo descrito en la presente norma, apoyados en la ejecución práctica por el Comité de Evaluación de la Calidad y operativamente por el sub-comité de Evaluación del Expediente Clínico.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Norma técnica para el manejo del expediente clínico y Manual de análisis del expediente clínico. Managua, Nicaragua 2007.

2. Sánchez Berríos Manuel. Norma para el Manejo del Expediente Clínico [No publicado]. Managua, Nicaragua 2003.

3. Ortega Juana. Propuesta de Norma de Expediente Clínico [No publicado]. Managua, Nicaragua 2003.

4. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Guía para el Manejo del Expediente Clínico en las Empresas Médicas Previsionales (EMPs) y Unidades de Salud de Riesgo Profesionales (USRPs). Managua, Nicaragua 2006.

5. Sánchez Berríos Manuel. Guía para el Manejo del Expediente Clínico. Managua: Hispamer 1993.

6. Ministerio de Salud. Manual de Funcionamiento Comité de Evaluación de Calidad Hospitales del Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua 1996.

7. Ministerio de Salud. Norma de Consulta Externa Hospitalaria. Managua, Nicaragua 1997.

8. Ministerio de Salud. Manual de Normas y Procedimientos del Departamento de Estadística y Registros Médicos en el Primer Nivel de Atención. Managua, Nicaragua 2003.

9. Organización Panamericana de la Salud. El Departamento de Registro Médico: Guía para su organización. Serie PALEX para técnicos y auxiliares No 19. Washington 1990.

XII. ANEXOS

Sistema de Evaluación

Cada expediente clínico se subdivide en 5 áreas a evaluar, las que a su vez se subdividen en 4 ó 5 secciones.

Área No.1
Administración del Expediente Clínico

	Valor	Ponderación	Producto	Observaciones
Orden del expediente clínico				
Manejo de problemas				
Criterios de alta				
Epicrisis				
Diagnósticos				
Total				**Puntaje área:**

A cada sección se le ha otorgado un ponderado del 0.1 al 0.4, el cual será un número constante, con el fin de que el análisis sea más sencillo.

El valor se asigna de mayor a menor, en dependencia del orden de importancia de cada sección a evaluar.

Área No.1
Administración del Expediente Clínico

	Valor	Ponderación	Producto	Observaciones
Orden del expediente clínico		**0.1**		
Manejo de problemas		**0.4**		
Criterios de alta		**0.3**		
Epicrisis		**0.1**		
Diagnósticos		**0.1**		
Total				**Puntaje área:**

A cada sección a evaluar se le acredita un valor de 1 a 4; siendo 1 el valor menor y 4 el valor mayor anotado, en dependencia del cumplimiento de los criterios a evaluar en cada una de las secciones. En observaciones se anotarán cuáles fueron los criterios que no se cumplieron y que dieron como resultado la calificación obtenida. En el caso de que una sección no aplique, por ejemplo Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO), se le asignará el valor de 4 y como la constante por la cual se divide es siempre 4, no afectará el resultado final.

Área No.1
Administración del Expediente Clínico

	Valor	Ponderación	Producto	Observaciones
Orden del expediente clínico	**3**	**0.1**		
Manejo de problemas	**4**	**0.4**		
Criterios de alta	**2**	**0.3**		
Epicrisis	**1**	**0.1**		
Diagnósticos	**4**	**0.1**		
Total				**Puntaje área:**

El producto de ambos valores se suma con los productos del resto de secciones a evaluar en cada área.

Área No.1
Administración del Expediente Clínico

	Valor	Ponderado	Producto	Observaciones
Orden del expediente clínico	**3**	**0.1**	**0.3**	
Manejo de problemas	**4**	**0.4**	**1.6**	
Criterios de alta	**2**	**0.3**	**0.6**	
Epicrisis	**1**	**0.1**	**0.1**	
Diagnósticos	**4**	**0.1**	**0.4**	
Total			**3.0**	**Puntaje área:**

Al valor obtenido de la suma de los productos de cada sección evaluada se le aplica una regla de tres, tomando en cuenta que el valor máximo obtenido en cada área es de 4 que equivale al 100%. El número resultante es el puntaje de dicha área.

Área No.1
Administración del Expediente Clínico

	Valor	Ponderado	Producto	Observaciones
Orden del expediente clínico	**3**	**0.1**	**0.3**	
Manejo de problemas	**4**	**0.4**	**1.6**	
Criterios de alta	**2**	**0.3**	**0.6**	
Epicrisis	**1**	**0.1**	**0.1**	
Diagnósticos	**4**	**0.1**	**0.4**	
Total			**3.0**	**Puntaje área: 75**

El total final resulta de la sumatoria del puntaje de cada área dividida entre las 5 áreas.

Sumatoria

Área # 1	Área # 2	Área # 3	Área # 4	Área # 5	Total final
75	**95**	**100**	**92.5**	**100**	**92.5**

Cada mes se evaluarán los expedientes según un porcentaje o número decidido previamente. El número estará dado por el 5% de los egresos totales del mes anterior o un número determinado en relación a los servicios con que cuenta cada unidad de salud. Si conocen el número de expedientes correspondiente al 5% definido, la distribución al azar puede ser tomada dividiendo ese número total entre el número de servicios hospitalarios que producen egresos.

Ejemplo de Construcción de Indicadores

$$\text{Porcentaje de expedientes revisados} = \frac{\text{Número de Expedientes revisados}}{\text{5\% del total de egresos del mes anterior}} \text{ X } 100$$

El porcentaje esperado es del 100%, y significa que el número de expedientes a revisar representa el 5% del total de egresos hospitalarios del mes anterior.

GUÍA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN 35

II. ANTECEDENTES 35

III. OBJETIVO 35

IV. MÉTODO DE ELABORACIÓN 35

V. CONCEPTO 36

VI. ASPECTOS GENERALES DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO 36

A. Sistema Médico Orientado por Problemas (SMOP) 36

B. Expediente Médico Orientado por Problemas (EMOP) 37

VII. MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO 40

A. Manejo del Expediente Clínico en Admisión 40

B. Manejo del Expediente Clínico por el Profesional y Personal de Salud 41

C. Manejo del Expediente Clínico en el Archivo 50

VIII. FLUJOGRAMA 52

IX. BIBLIOGRAFÍA 54

X. ANEXOS 55

FORMATOS UTILIZADOS 57

I. INTRODUCCIÓN

El expediente clínico registra la información concerniente a la atención en salud de un usuario. El Ministerio de Salud ha actualizado la Norma y elaborado esta Guía que tiene como objetivo homogenizar la estructura del expediente clínico y el registro de la información en el mismo, de tal forma que pueda cumplir con las siguientes funciones; contribuir a la mejora en la calidad de la atención del usuario, ser un instrumento docente y de investigación clínica; y un documento médico - legal y ético.

Los múltiples modelos de expediente clínico y las variaciones en el sistema de anotación son el resultado de la diversidad en el manejo del mismo en los diferentes establecimientos proveedores de servicio de salud y de la no existencia de un sistema de estandarización.

Este documento brinda las pautas para que el expediente clínico tenga una estructura adecuada y uniforme en todas sus anotaciones las que deben ser expresadas en forma coherente, ordenada, legible e inteligible.

II. ANTECEDENTES

Durante los últimos años se han realizado modificaciones a la Normativa del expediente clínico, sin embargo no se contaba con una Guía que facilitara el cumplimiento de la Norma, dando como resultado la ausencia de uniformidad en el manejo del expediente.

Muchos países han elevado la calidad de sus expedientes clínicos unificando criterios y estableciendo normas y patrones de expedientes.

Para el año 2008 contamos con una Norma de Manejo del Expediente Clínico, actualizada para todos los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados, que sirve de base para la presente Guía.

III. OBJETIVO

Facilitar al personal de los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados, el cumplimiento de la Norma de Manejo del Expediente Clínico.

IV. MÉTODO DE ELABORACIÓN

La presente guía se elaboró a través de la búsqueda de documentos concernientes al manejo del expediente clínico por parte de los profesionales de la salud. Se tomaron en cuenta libros publicados y consultorías realizados por expertos. Una vez elaborado un documento borrador se procedió a la revisión por técnicos de las Direcciones de: Servicios de Salud, Planificación y Regulación Sanitaria.

Fecha de Elaboración: Abril 2008
Fecha de próxima actualización: Abril 2010

V. CONCEPTO:

Expediente Clínico: Conjunto de hojas o documentos ordenados sistemáticamente, correspondientes a la atención integral en salud del usuario en un establecimiento proveedor de estos servicios.

Establecimiento de salud que brindan atención ambulatoria exclusivamente:
Son aquellos donde se brinda atención en salud en modalidad de no hospitalización o internamiento, esta forma se organiza en torno a la consulta y la atención se brinda en un solo día. Por ejemplo: puesto de salud y centro de salud sin cama.

Establecimiento de salud que brindan atención mixta (ambulatoria y hospitalización):
Son aquellos que tienen instalaciones permanentes para hospitalización o internamiento (camas, atención profesional constante, cuidados continuos de enfermería; y unidades para proporcionar diagnóstico y tratamiento a los asistidos) para la atención en salud del usuario y además brindan atención ambulatoria. Por ejemplo: centro de salud con cama y hospitales.

Problema: Situación que interfiera con la calidad de vida de un usuario o que requiera diagnóstico y manejo posterior. Llámese también a cualquier dificultad para el usuario o el profesional de la salud a cargo de este último, se incluyen los aspectos médicos, sicológicos, sociales, nutricionales, de crecimiento o desarrollo, psiquiátricos, ambiental, económico, entre otros. Estos pueden ser activos, inactivos y resueltos.

- **Activo:** son los problemas que el usuario presenta en el momento de la atención.
- **Inactivo:** son los problemas que el usuario ha tenido con anterioridad, pero importan por las secuelas que puedan haber dejado. También aquel(los) signo(s), síntoma(s) o resultado(s) de laboratorio anormal que presenta el usuario, pero fue elevado a formar parte de un síndrome o diagnóstico.
- **Resuelto:** son problemas que ya no son activos porque se les dio solución durante la atención médica.

VI. ASPECTOS GENERALES DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Todo expediente clínico debe utilizar el Sistema Médico Orientado por Problemas (SMOP), independientemente de las características del establecimiento de salud (atención ambulatoria exclusivamente, atención ambulatoria y hospitalización, públicos o privados). Al utilizar esta metodología este documento se convierte en un Expediente Médico Orientado por Problemas (EMOP).

A. Sistema Médico Orientado por Problemas (SMOP):

Es un método algorítmico para la solución de los problemas clínico. Consta de tres componentes que son:

- El registro de los problemas orientados.
- La revisión, estudio y análisis de los problemas orientados.
- La retroalimentación de los problemas orientados.

B. Expediente Médico Orientado por Problemas (EMOP):

El EMOP pertenece al SMOP. Es un archivo de los datos orientados por problemas que consta de cuatro componentes:

1. Datos básicos.
2. Lista de problemas.
3. Planes para cada problema.
4. Notas de evolución.

Descripción de los Componente del EMOP

1. Datos Básicos

Los datos básicos son la información que se registra en relación con el o los problemas en un tiempo dado. Los datos básicos se obtienen a partir de:

a. Anamnesis o interrogatorio.
b. Examen físico.
c. Exámenes complementarios.
d. Toda nueva información.

Una vez obtenidos los datos iniciales, pueden agruparse para formular una lista por problemas que muestre la recolección de los mismos. Si todos los datos importantes aún no están contenidos en los iniciales, se indicarán y registrará información más detallada para cada problema.

Del problema inicial pueden derivar sub-problemas, que por su relevancia deben registrarse en la lista de problemas. Ejemplo: Problemas inicial es diabetes mellitus y el sub-problema neuropatía.

Los datos básicos corresponden a toda la información recolectada mediante la anamnesis o interrogatorio, el examen físico y los exámenes complementarios (estudios de laboratorios, radiológicos, otros). También se incluyen los problemas sociales y organizativos. Siempre deben registrarse todos los hallazgos, haciendo énfasis en los anormales.

2. Lista de Problemas

Comprende la formulación y seguimiento de los datos básicos iniciales, y su rasgo esencial es la objetividad; por tanto, deberán ser lo más explícito posible, asegurando una solución específica. **No se admiten conclusiones diagnósticas erróneas o términos imprecisos** como “probable”, “en estudio”, “a descartar”.

La lista de problemas debe enseñar al profesional de la salud que desea informarse de un usuario determinado en una forma rápida, pero ordenada, de todos los problemas que presenta hasta la fecha de su última atención en el establecimiento proveedor de servicio de salud. La lista de problemas no es estática y es única para cada usuario.

Cuando se construye una lista de problemas de un usuario por primera vez que ha tenido problemas de salud anteriormente, el médico tiene que decidir cuáles formarán parte de la lista que se registraran en el expediente. Esta decisión dependerá de los siguientes factores:

a. La importancia del problema para el usuario y el equipo de salud.
   - La seriedad del problema para descartar enfermedades.
   - El riesgo que genera el problema.

b. Interés del problema para futuros planes.

El estado de los problemas puede ser: activo, inactivo, resuelto y debe ordenarse de la siguiente manera:

a. Fecha en que se registra el problema.
b. Número del problema.
c. Problemas activos.
d. Flecha.
e. Fecha de resolución del problema.
f. Problemas inactivos.

3. Planes iniciales

Una vez identificados los problemas en la lista es necesario preparar un plan racional y accesible para solucionar cada uno de ellos. Las condiciones que determinan el manejo de un problema son:

a. El orden de importancia del problema en relación con la situación de salud del usuario.
b. Beneficios, riesgos y costos de la investigación para concretar un diagnóstico o establecer un tratamiento.

El plan para cada problema contempla tres partes, las cuales van a depender de la situación de salud del usuario:

a. Planes diagnósticos: Considera todos los estudios para obtener una mayor definición del problema y facilitar el tratamiento. Es entender el problema en su nivel más básico. A través del plan diagnóstico se pueden confirmar o excluir los diagnósticos diferenciales.
b. Planes terapéuticos: Son los planes específicos de tratamiento farmacológicos y no farmacológicos (cirugía, dieta, fisioterapia, ayuda social, religiosa, etc.) que representan los esfuerzos para interferir con la historia natural del problema.
c. Planes educativos: Comprende el proceso de educar al usuario o su representante legal, sobre las enfermedades y los cuidados. Es fundamental que el usuario y su familia entiendan su situación de salud, para que jueguen un papel activo en la solución del problema.

4. Notas de Evolución.

Las notas de evolución describen el proceso de atención recibido por el usuario en cada visita al establecimiento proveedor de servicios de salud. Inician con la fecha, hora, número y título del problema. Son narrativas y proporcionan información sistemática y cronológica sobre la evolución del usuario durante su atención. Las mismas deben ser suficientemente detalladas y deben expresar los cambios en la situación clínica del usuario. Esta información se organizará de acuerdo con el sistema SOAP del SMOP:

S → **S**ubjetivo
O → **O**bjetivo
A → **A**nálisis
P → **P**lan

a. Datos subjetivos **(S)**: Es la información relevante que el usuario refiere acerca de su problema, o sea lo que siente y dice al profesional de la salud. Contiene los síntomas, impresiones de los familiares, etc.
b. Datos objetivos **(O)**: Es la descripción del examen físico orientado al problema que realiza el profesional de salud y de los resultados de los estudios complementarios (laboratorio, anatomopatológicos, electrocardiogramas, rayos X y otros).
c. Análisis **(A)**: Es la interpretación de la información subjetiva y objetiva del usuario para la toma de decisión. Corresponde al curso evolutivo, condición y pronóstico.
d. Plan **(P)**: Significa demostrar como se desea proceder con cada uno de los problemas. Aborda el problema siguiendo los pasos descritos en los planes iniciales: Diagnóstico, tratamiento y educación.

Los planes o indicaciones deben referirse en el borde derecho de la hoja de evolución basándose en el sistema AMEN de los planes:

A → **A**limentación
M → **M**edicamentos
E → **E**xámenes
N → **N**ormas

Las indicaciones en los planes deben seguir un orden numérico que inicia al abordar cada problema.

a. Alimentación **(A)**: Debe ordenarse y describirse el tipo y condición de la dieta y los requerimientos energéticos solicitados.
b. Medicamentos **(M)**: Deben ordenarse y describirse todos los medicamentos consignados en los planes terapéuticos del Plan del SOAP, coherentes a los protocolos de atención y listado oficial de medicamentos. Como regla práctica se anotan en el orden numérico similar al de la lista de problemas evolucionada, y la prescripción debe llevar los siguientes elementos:
   - Los medicamentos deben prescribirse con nombre genérico.
   - Indicar la presentación del medicamento.
   - Por debajo del nombre del medicamento debe enunciarse entre paréntesis o corchetes la dosificación en mg/Kg/d, o g/Kg/d, ml/Kg/d.
   - Aplicar la norma de los cinco (5) exactos: dosis, concentración, vía, intervalo y tiempo de duración.
c. Exámenes **(E)**: En esta sección se ordenarán todos los medios disponibles o no disponibles que facilitan el diagnóstico siguiendo los protocolos de atención. Serán incluidos en el mismo orden de los problemas consignados en la nota de evolución.

d. Normas **(N)**: Corresponde a todos los cuidados prescritos por el profesional de la salud. Se incluye la orden de interconsulta, referencias o contrarreferencias, educación en salud.

VII. MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO:

A. Manejo del Expediente Clínico en Admisión

1. Atención ambulatoria, hospitalización u observación:

a) Apertura del Expediente Clínico:

- Asegurarse de que el usuario no posee expediente clínico en ese establecimiento proveedor de servicio de salud.
- Si el usuario no tiene expediente clínico se le deberá asignar un número de expediente por el personal de admisión, esta numeración depende del método utilizado en ese establecimiento: ***por fecha de nacimiento o por el método correlativo*** (se describe en el acápite de manejo del expediente clínico en el archivo).
- Se debe registrar el número de expediente asignado en la carpeta, en la tarjeta índice (en los casos que corresponda) y en la tarjeta de identificación del usuario.
- ***En algunos establecimientos de salud*** (los que utilizan la numeración del expediente por fecha de nacimiento) las carpetas de los expedientes son de dos colores: celestes y rosados. Se asignará un color de acuerdo al sexo del usuario; el celeste para hombres y rosados para mujeres.
- El llenado de la carpeta con los datos de identificación que deben ser tomados de un documento de identidad o mediante una entrevista cuidadosa por el personal de la sección de admisión.
- Los datos que deben ser escrito en la carpeta son:
    - Primer apellido.
    - Segundo apellido.
    - Nombres.
    - Número de Expediente.
    - El nombre del Establecimiento Proveedor de Servicio de Salud.
    - Número de INSS o seguro de régimen voluntario cuando el caso corresponda.
- Se deben anexar las hojas o formatos correspondientes a la atención en salud de acuerdo al orden que se establece.
- Una vez abierto el expediente clínico se entregará una tarjeta de identificación y se elabora una tarjeta índice del usuario.
- El expediente clínico se traslada al profesional de salud o servicio donde le brindarán atención.

b) Usuarios que poseen expediente clínico:

- Una vez solicitada la atención subsiguiente por el usuario, es necesaria la coordinación entre el encargado de admisión y el de archivo para la búsqueda rápida del expediente clínico:

- Si el usuario trae consigo la tarjeta de identificación se busca el expediente en archivo y se remite al profesional de la salud que le brindará la atención.
- En caso que el usuario no porte su tarjeta de identificación, el personal de admisión debe solicitar fecha de nacimiento y nombre completo del usuario o algún documento que registre estos datos y proceder a la búsqueda en el archivo para remitirlo al profesional de la salud que le brindará atención.

2. Atención en la sala de emergencia:

Se llenará el formato Servicio de emergencia donde se registra los datos personales del usuario y el profesional de salud escribe la información de la atención. Si el usuario es dado de alta de la sala de emergencia, el formato y sus anexos deben incorporarse a su expediente. Si no tiene expediente, el formato y sus anexos se deben archivar alfabéticamente por los apellidos.

Si el usuario amerita ser trasladado a observación u hospitalización se le debe buscar su expediente en el archivo; en caso de no poseer debe elaborarse, siguiendo los pasos correspondientes al acápite Apertura del Expediente Clínico.

B. Manejo del Expediente Clínico por el Profesional y Personal de Salud:

1. Orden del Expediente Clínico:

a) En establecimiento de salud que brindan atención ambulatoria exclusivamente:

Consulta Ambulatoria
- Carpeta
- Lista de problemas al reverso de la portada.
- Constancia de abandono cuando el caso lo amerite.
- Referencia y/o Contrarreferencia.
- Hoja de interconsulta y tránsito del usuario.
- Notas de evolución y tratamiento.
- Notas de enfermería.
- Historia Clínica General.
- Consentimientos informados.
- Hoja de identificación del usuario.
- Reporte de exámenes y medios diagnósticos: reportes de laboratorios clínico, dictamen radiológico, ultrasonidos, electrocardiograma y otros (al reverso de la contraportada).

b) En establecimiento de salud que brindan atención ambulatoria y hospitalización:

Consulta Ambulatoria
- Carpeta
- Lista de problemas al reverso de la portada.
- Notas de evolución para nuevas consultas
- Epicrisis.
- Constancia de Abandono.
- Registro de admisión y egreso.
- Notas de evolución y tratamiento durante la hospitalización.

- Hoja de información de condición diaria del usuario.
- Servicio de emergencias.
- Nota de ingreso.
- Nota de recibo.
- Historia Clínica General.
- Notas de enfermería.
- Control de medicamentos.
- Perfil o control fármaco terapéutico.
- Nota operatoria.
- Control pre y postoperatorio.
- Registro de anestesia.
- Recuento de compresas.
- Registro gráfico.
- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.
- Transferencia y contrarreferencia.
- Interconsulta y tránsito del usuario.
- Consentimiento informado.
- Reporte de laboratorios y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.

Todas las hojas o formatos deben llevar datos de identidad del usuario: nombre, número de expediente, ubicación (servicio, cubículo, cama), nombre y perfil del profesional que atiende al usuario, hora y fecha de la nota, deben llevar la firma y el sello del profesional de la salud que las realice y así como el nombre del establecimiento proveedor de servicio de salud.

En hospitalización:

- Carpeta.
- Lista de problemas al reverso de la portada.
- Hoja de información de condición diaria del usuario.
- Perfil o control fármaco terapéutico.
- Registro gráfico de signos vitales.
- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.
- Notas de evolución y tratamiento.
- Nota de ingreso.
- Nota de recibo.
- Historia clínica.
- Hoja del servicio de emergencias.
- Notas de enfermería.
- Control de medicamentos.
- Control pre operatorio.
- Nota operatoria.
- Registro de anestesia.
- Control postoperatorio y evolución durante el periodo de anestesia
- Recuento de compresas.
- Interconsulta y tránsito de usuario.
- Referencia y contrarreferencia.
- Consentimientos informados.
- Registro de admisión y egreso.
- Reporte de laboratorio y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.

Los formatos quirúrgicos, de interconsulta y tránsito de usuario, referencia y contrarreferencia se anexarán cuando el caso lo amerite, considerando el orden antes descrito.

Observación:
- Carpeta.
- Lista de problemas al reverso de la portada.
- Hoja de información de condición diaria del usuario.
- Notas de evolución y tratamiento.
- Hoja de referencia y contrarreferencia.
- Hoja del servicio de emergencias.
- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.
- Interconsulta y tránsito de usuario.
- Control de medicamentos.
- Notas de enfermería.
- Consentimientos informados.
- Reporte de laboratorio y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.

2. Estructura de los Componentes del Expediente Clínico:

Carpeta:
Incluye todos los datos referidos en Apertura del Expediente. En casos de hospitalización se coloca al final de todas las hojas.

> **Porta Expediente:** En el caso de hospitalización o estancia en observación se le debe colocar un porta expediente metálico. Debe contener el número de expediente, nombre y apellido del usuario, departamento, nombre del servicio y número de cama en la portada con letra legible.

Lista de Problemas:
- Debe de elaborarse de acuerdo al SMOP y EMOP. Seguir los pasos indicados en la sección de Aspectos Generales del Manejo del Expediente Clínico (Lista de Problemas).
- Se adjunta formato en anexos, el cual debe ir impreso en el reverso de la portada de la carpeta.

Perfil o control fármaco terapéutico:
En este formato se describe las prescripciones farmacológicas durante un período de 24 horas. Los datos deben ser registrados por el personal médico.

Registro Gráfico de Signos Vitales:
Se grafican los signos vitales para facilitar el seguimiento durante la atención a los usuarios hospitalizados. Para registrar se utiliza color azul para los datos obtenidos durante el día y rojo para los obtenidos durante la noche. En esta hoja también se expresa los eliminados por orina y evacuaciones, así como el peso.

Control de signos vitales e ingeridos y eliminados:
Deberá seguir los formatos establecidos por el Ministerio de Salud y ser llenado por el personal de enfermería que está atendiendo al usuario. En esta hoja se registran los signos

vitales, así como todos los ingeridos y eliminados por todas las vías (oral, parenteral, perdidas por tubos y/o sondas en cavidades, otros).

Hoja de información de condición diaria del usuario:
Esta hoja es un constancia de que el profesional de la salud le otorga la información de la condición, evolución, diagnóstico y tratamiento del usuario o su representante legal; debe contener: el nombre del usuario, fecha y hora que se brinda la información, información suministrada, nombre y firma de quien recibe el informe. Será llenada diariamente por un profesional de la salud, en el mejor de los casos el médico tratante.

Registros pre, operatorios y postoperatorios

Valoración cardiológica:
Se le debe realizar a todo paciente mayor de 40 años o aquellos que son portadores de factores de riesgo para eventos cardiovasculares o con antecedentes personales de cardiopatía. Debe ser elaborada por un cardiólogo o en su defecto por un médico internista. Aquellos casos en los que se necesita una intervención quirúrgica inmediata donde el tiempo pone en riesgo la vida del paciente se puede omitir esta valoración. Esta nota se elabora en las hojas de evolución y tratamiento. Para realizar la valoración cardiológica el médico debe contar con los siguientes exámenes: biometría hemática completa, glicemia, creatinina, electrocardiograma, radiografía de tórax o cualquier otro estudio de gabinete que por la naturaleza de las enfermedades de base del usuario el médico requiera.

Valoración por medicina interna:
Se solicitará por el cirujano tratante cuando exista una condición médica que implique riesgo quirúrgico o cuando el usuario tenga una enfermedad de base que amerite su intervención. Aquellos casos en los que se necesita una intervención quirúrgica inmediata donde el tiempo pone en riesgo la vida del paciente se puede omitir esta valoración. Esta nota se elabora en las hojas de evolución y tratamiento.

Nota preoperatoria
Deberá ser elaborada por el cirujano que realizará la cirugía y debe contener: datos de identidad del usuario, nombre y apellidos del médico, fecha y hora en que se realiza la nota, fecha de la cirugía, diagnóstico preoperatorio, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéutico preoperatorios, así como pronóstico. Esta nota se elabora en las hojas de evolución y tratamiento.

Controles pre y postoperatorio:
Estas actividades se realizan y registran por separado por cada personal de salud involucrado en la atención del usuario. Las actividades, observaciones y notas realizadas por el personal de enfermería se anotarán en la hoja *Nota de Enfermería;* las actividades, observaciones y notas realizadas por el cirujano y anestesiólogos se anotarán en la hoja *Nota de Evolución y Tratamiento.*

Nota operatoria
Deberá elaborarse con los aspectos científicos – técnicos de la operación practicada, y deberá contener: datos de identidad del usuario (nombre y apellidos, expediente, servicio), fecha de la operación, hora de inicio, hora de finalización, tiempo de

duración; nombre/apellido del cirujano, del primer y segundo ayudante, del anestesista, instrumentista y circular. Así mismo deberá describirse tipo de anestesia, diagnóstico pre y postoperatorio, cirugía efectuada, hallazgos transoperatorio, descripción de la técnica quirúrgica practicada; planes posquirúrgico; así firma, código y sello del médico que elaboro la nota. Se adjunta formato.

Anestesia:

Nota preanestésica:

La nota preanestésica será elaborada en las hojas de evolución y tratamiento por el especialista en anestesiología y que participará en la cirugía. Además de los datos generales del usuario y del establecimiento de salud, esta nota debe contener la clasificación del riesgo anestésico, exámenes preoperatorios de rutinas (biometría hemática completa, glicemia, creatinina, tipo y Rh, pruebas de coagulación sanguínea) o especiales que hayan sido solicitados, estudios de imagen, solicitud de sangre, así como la técnica de anestesia propuesta. Siempre debe llevar firma, código y sello del médico.

Registro de Anestesia:

Este formato es llenado por el anestesiólogo y contiene además de la identificación del usuario, la hora de inicio de anestesia, lo signos vitales durante toda la cirugía y automatismo respiratorio, una escala de recuperación de anestesia que incluye el estado de conciencia, circulación, respiración, coloración y movilidad, total de diuresis durante el trans-operatorio y el aproximado de perdidas hemática. En este documento se escribe los datos de técnica y metodología de la anestesia utilizada, los líquidos y hemoderivados que se administraron, operación efectuada, los nombre del equipo quirúrgico y posición en que se coloco al usuario para la intervención quirúrgica. También deberá registrarse los cuidados postoperatorios inmediatos y la valoración postanestésica a las 24 horas. Debe contener el nombre completo, firma, código y sello del especialista.

Recuento de compresas

Debe seguir y utilizar el formato oficial establecidos por las autoridades de Salud. Se debe describir el tipo de sutura y cantidad utilizada.

Historia Clínica General

Seguir la metodología del SMOP y EMOP. La Historia Clínica es una reseña ordenada, circunstanciada y detallada de todos los datos y conocimientos personales, familiares y semiológicos, anteriores y actuales, referidos por el usuario, que permiten emitir un diagnóstico aproximado de la situación actual. Siempre debe ser elaborada por un profesional de la salud, en el mejor de los casos por un médico.

Objetivos de la Historia Clínica:

1. Organizar y registrar todos los datos que ayudarán al diagnóstico y plan terapéutico.
2. Proporcionar un relato claro, objetivo y ordenado del estado de salud del usuario.
3. Servir de documento o libro particular del usuario.
4. Constituir un registro legal de los problemas y cuidados.

La historia clínica debe realizarse siempre que un usuario acuda por primera vez a un establecimiento proveedor de servicio de salud. Deberá actualizarse anualmente o cuando lo amerite el caso.

Contenido de la Historia Clínica:

1. Anamnesis: Llamado también interrogatorio. Debe ser completa y cumplir con todos los puntos descritos en el formato anexo, incluye:
    a. Antecedentes personales y familiares patológicos.
    b. Antecedentes personales no patológicos.
    c. Antecedentes laborales.
    d. Motivo de consulta e historia de la enfermedad actual.
    e. Revisión por aparatos y sistemas: Debe consignarse y comentarse los datos positivos recopilados.
    f. Otros datos relevantes que el profesional de la salud considere necesario.
    g. Todos aquellos formatos que formen parte de la historia deben ser anexados en esta sección. En los casos de la atención del niño menor de 5 años y la mujer embarazada se incorporará los formatos establecidos en las normas de atención.
2. Examen físico: Se registrará los hallazgos normales y anormales, comentándose de forma adecuada, completa y objetiva.
3. Impresión diagnóstica: Debe fundamentarse en base a los hallazgos del interrogatorio, examen físico, revisión por sistemas y exámenes complementarios existentes.

La Historia clínica deberá llenarse de forma completa y llevará el nombre del Profesional de la Salud que la realiza, categoría, firma y sello.

Referencia y Contrarreferencia de Usuario

Formato establecido por el Ministerio de Salud para derivar al usuario a otro nivel de resolución cuando amerite el caso.

Hoja de Atención en Emergencia

La nota de emergencia debe llevar los datos de identidad del usuario, así como la información del médico que realiza esta nota, el motivo de consulta y quejas principales, la historia de la enfermedad actual, examen físico, análisis o avalúo, planes, firma y sello del médico que elaboró la nota. Se adjunta formato.

Nota de ingreso

La nota de ingreso que se realiza en el servicio de emergencia o consulta externa, no debe ser redundante y tiene que informar explícitamente la atención brindada en dicho sitio y el motivo de ingreso. Es independiente de la nota de recibo por lo tanto se deben elaborar por separado.

La nota de ingreso se elabora en la hoja de evolución y tratamiento y debe de llevar:

- Nombre, apellidos y especialidad del médico que la(s) realiza(n).
- Resumen de los datos del interrogatorio y el examen físico relacionados al motivo del ingreso.
- Resultados de laboratorio y de exámenes especiales relacionados a la causa del ingreso.

- Análisis o avalúo: consiste en la interpretación de los datos anteriores, anotándose en primer lugar los problemas específicos identificados, luego las posibilidades diagnósticas o diagnóstico diferencial y si es necesario pronóstico.
- Planes para cada problema los que deben dividirse en planes diagnósticos, terapéuticos y educacionales.
- Firma y sello del médico que la realiza.

Nota de recibo

Expresa las condiciones en que se recibe al usuario en la sala de hospitalización e implica un abordaje integral de los problemas. Siempre debe de elaborarse por separado de la nota de ingreso independientemente del tiempo que transcurra entre una nota y otra.

Cada problema abordado en la nota de recibo debe ser evaluado de acuerdo al SOAP. La nota de recibo se realiza en la hoja de evolución y tratamiento y debe de llevar:

- Nombre, apellidos y especialidad del médico que la realiza.
- Número y nombre del problema que se evoluciona.
- Resultados de laboratorio y de exámenes especiales enviados al ingreso.
- Análisis o avalúo: consiste en la interpretación de los datos anteriores, anotándose en primer lugar los problemas específicos identificados, luego las posibilidades diagnósticas o diagnóstico diferencial y si es necesario pronóstico.
- Planes para cada problema los que deben dividirse en planes diagnósticos, terapéuticos y educacionales.
- Firma y sello del médico que la realiza.

Notas de Evolución y Tratamiento:

Debe realizarse de acuerdo a lo indicado por el SMOP y EMOP. El profesional de la salud debe escribir en cada una de las hojas el nombre del establecimiento de salud, nombre completo del usuario y número de expediente. En cada nota debe registrarse la fecha y hora en que se realiza, el nombre, apellidos, especialidad del(los) profesional(es) que participan en la evolución nombre del problema que se evoluciona y firma y sello del profesional que la realiza.

Nota de Consulta Externa:

La nota de consulta externa debe seguir los pasos indicado por el SMOP y EMOP, esta información es registrada en las hojas evolución y tratamiento.

Reporte de Laboratorio y Medios Diagnósticos

Se anexarán los resultados de laboratorios, reportes de ultrasonidos y/o rayos X, reportes de patología y otros medios diagnósticos que se le hayan realizado al usuario. Se incluyen en estos reportes todos los estudios realizados en consulta externa o emergencia, en sala de observación y los de la hospitalización. Los reportes histopatológicos o histoquímica siempre deben ser colocados al inicio de esta sección independientemente de la fecha en que este fue reportado. Todos estos reportes deben ser colocados en el formato establecido que se encuentra en el reverso de la contraportada de la carpeta.

Solicitud de interconsulta y tránsito de usuario:

Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud. Este formato se utiliza para la solicitud de valoración diagnóstica, terapéutica por otro servicio o especialidad dentro o fuera del establecimiento de salud.

Control de medicamentos
En este formato se registran los medicamentos que se administran al usuario durante la hospitalización, permite cotejar con las órdenes médicas el control de medicamentos prescritos y aplicados. Es llenado por el personal de enfermería y debe incluir el nombre del medicamento y los cinco exactos.

Nota de enfermería
Deberá elaborarse por el personal de enfermería según la frecuencia pre-establecida u órdenes del profesional de la salud. En cada hoja debe registrarse el nombre completo del usuario y número de expediente; nombre de establecimiento y servicio de atención. En cada nota se debe consignar: la fecha y hora de elaboración, nombre del personal de enfermería que la realiza, condiciones en que se recibe al usuario, signos vitales, administración de medicamentos con su fecha, hora, cantidad y vía, problemas que se presentan durante la atención, procedimientos realizados, condiciones en que se entrega al usuario, observaciones, firma y código del personal.

Es el registro de las observaciones y atenciones prestada al usuario por el personal de enfermería. Constituye un medio de comunicación eficaz entre estos últimos y el personal médico, ya que se anota la condición del usuario y tratamiento realizado siguiendo las prescripciones del medico. La frecuencia con que se escribe la nota depende del estado del usuario y veces que amerite atención. Ver en anexo.

Registro de Admisión y Egreso Hospitalario
Debe utilizarse el formato establecido por el Ministerio de Salud. Debe ser llenada por el médico que ingresa y/o egresa al usuario del establecimiento de salud. Ver en anexo.

Hoja de identificación del usuario
Registra los datos generales del usuario, así como los datos del(os) representante(s) legal(es) o los contactos en casos de emergencia; para ello existe un formato establecido por el Ministerio de Salud.

Consentimiento informado
De acuerdo a lo que establece la Ley General de Salud es un derecho de los y las usuarias o su representante legal a ser informado/a de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento, y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos.

El consentimiento informado es un documento que protege en su salud al usuario y legalmente al personal y establecimiento. Este documento se sujetará a los requisitos previstos en los reglamentos y leyes vigentes, serán revocables cuando el usuario lo decida.

El consentimiento informado deberá constar por escrito por parte del usuario salvo las siguientes excepciones:
- Cuando la falta de intervención represente un riesgo para la salud pública.
- Cuando el usuario esté incapacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares inmediatos o personas con suficiente poder de representación legal.

- Cuando la emergencia no permita demoras que pueden ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
- La negativa por escrito a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad civil, penal y administrativa al médico tratante y al establecimiento de la salud, en su cado; pudiendo solicitar el usuario su alta voluntaria.

El médico debe proporcionar de forma clara, sencilla y compresible al usuario la siguiente información:
- Consecuencias seguras y relevantes de la intervención diagnóstica o terapéutica que vaya a realizarse.
- Riesgos típicos o previsibles.
- Riesgos infrecuentes pero no excepcionales, que tengan la consideración clínica de muy graves.
- Riesgos que implica el no practicar la intervención.

Todo consentimiento informado debe contener como mínimo:
- Datos generales del usuario o su representante legal.
- Datos del establecimiento de salud.
- Datos del médico que proporciona la información.
- Acto(s) médico autorizado.
- Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.
- Nombre completo y firma de los testigos.
- Firma del usuario.

Nunca debe faltar el consentimiento informado en las siguientes situaciones:
- Ingreso hospitalario.
- Procedimientos de cirugía mayor.
- Procedimientos que requieren anestesia general.
- Procedimientos gineco-obstétricos.
- Necropsia hospitalaria.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.
- Cualquier procedimiento que conlleve a mutilación.

El número de consentimientos informados va a ser acorde al número de procedimientos o actos médicos que amerite el usuario durante su estancia en el establecimiento de salud, así como de la condición o estado de salud en que este se encuentre. Durante una hospitalización o un proceso de atención el número de consentimiento informado puede ser mayor a uno si el médico y el usuario los considera conveniente y necesario.

Epicrisis

Este documento pertenece y se entrega el original al usuario al momento del egreso. Debe anexarse una copia al expediente. Contiene los datos de identificación del usuario, fecha de ingreso y egreso, diagnóstico al egreso, resultados de exámenes que fundamentaron el diagnóstico, tratamiento (incluye procedimientos quirúrgicos), padecimiento que se descartaron, complicaciones y recomendaciones, nombre, firma y código del médico tratante. Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud y no sustituye a la nota de contrarreferencia.

Nota de Defunción
Se elabora en la hoja de evolución y tratamiento, incluye los datos de identificación del usuario, fecha y hora en que se realiza la nota , nombre, apellidos y especialidad del médico que la realiza, resumen clínico del o los problemas que presentaba el usuario, causa de la muerte clasificada en: directa, intermedia, y básica de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades vigente (CIE), hora y fecha de fallecimiento, si se realizaron maniobras de resucitación cardiopulmonar, describirlas, si no se realizaron maniobras de resucitación, explicar por que. Se incluye la firma y sello del médico que realiza.

Certificado de Defunción:
El certificado de defunción se llenará en formato ya establecido por el Ministerio de Salud por el médico que atendió su deceso, debe tener dos copias y una de ellas debe quedar en el expediente. Ver anexo.

Constancia de Abandono:
Es el documento por medio del cual el usuario o persona adecuada que lo represente, solicita el egreso del establecimiento de salud sin autorización del Médico tratante, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar. Deberá contener lo siguiente: fecha y hora de abandono, nombre completo del usuario o familiar y parentesco (si este fuera el caso), número de cédula y firma de quien solicita el abandono, problemas y/o diagnóstico del usuario, resumen de las consecuencias y/o complicaciones que se pudieran originar del abandono, nombre completo, firma y número de cédula de dos testigos.

C. Manejo del Expediente Clínico en el Archivo

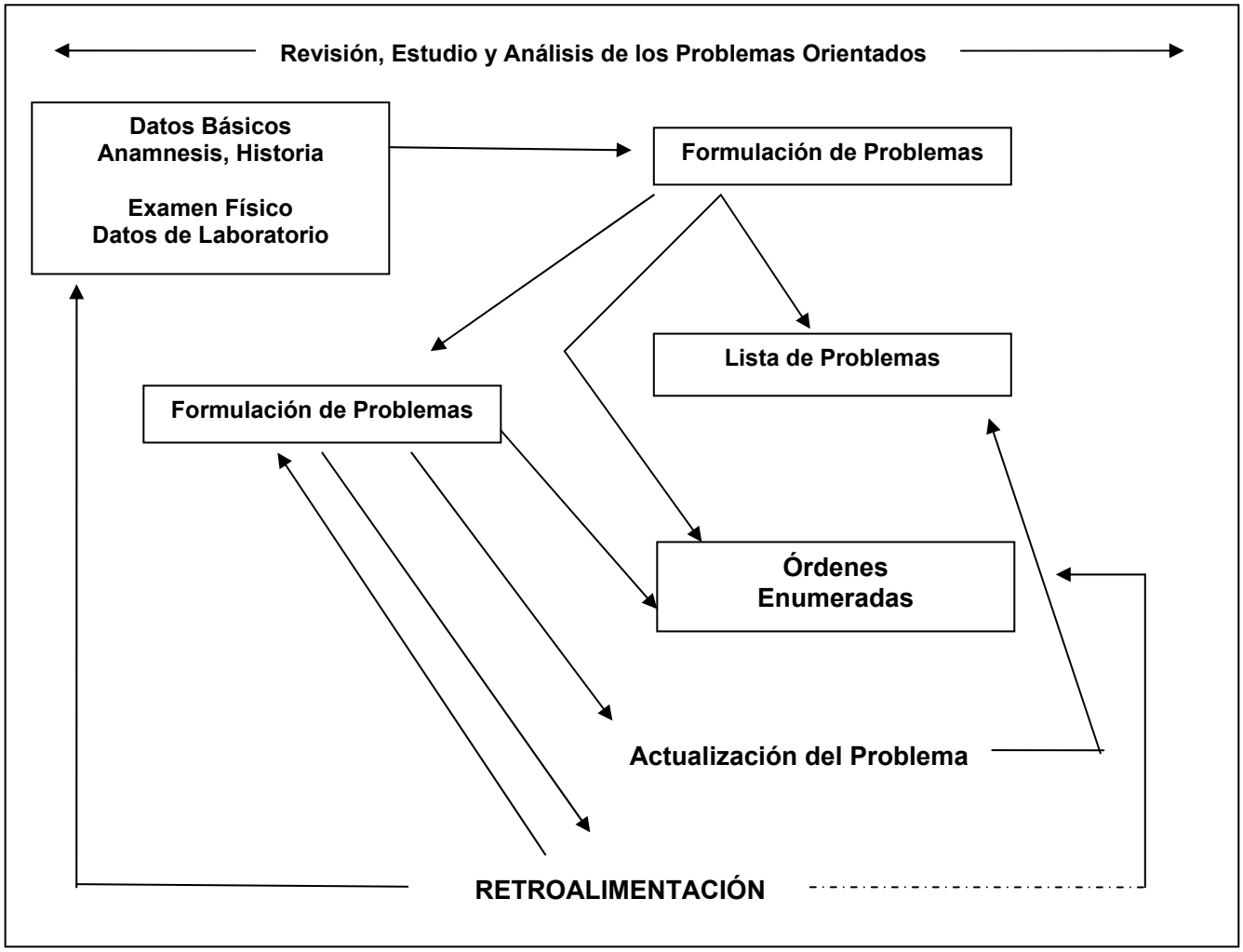
- Una vez solicitado el expediente clínico y llevado al sitio donde será atendido el usuario, se debe de llevar un registro diario que señale la fecha y hora de salida, firma de quien recibe, destino del expediente, fecha y hora de regreso, firma de quien entrega **(Ver en anexo)**. Esto también aplica cuando el expediente es extraído por otros motivos diferentes a la atención.
- Una vez concluida la utilización del expediente clínico por el personal de salud debe regresar en las primeras 24 horas al archivo para ser ordenados y colocados en los anaqueles correspondientes.
- El expediente se debe colocar y mantener en su anaquel correspondiente de forma ordenada y sin que sobresalga una hoja.
- Cada unidad de salud tendrá su propia numeración de expediente clínico, utilizando ***el método correlativo o por la fecha de nacimiento:***
    - El método correlativo se inicia con el 000001, en este caso hasta el 999999; no será separada ni por sexo, ni por programa, ni por áreas geográficas etc.
    - El método por la fecha de nacimiento consiste en colocar de forma ordenada los dos últimos dígitos del año de nacimiento, seguido del mes y el día (Ej.: si el usuario nació el 21 de Diciembre de 1972, la codificación del expediente será 72-12-21, en forma vertical, de arriba hacia abajo). En caso de coincidir varios usuarios con la misma fecha, se tomarán en cuenta las letras iniciales de sus dos apellidos y nombres respectivamente. Los anaqueles se numerarán en forma horizontal de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo, comenzando por el año

actual, ejemplo: 02(2002) seguido de forma descendente de los años inmediatos anteriores 01, 00, 99, 98, etc. Es importante dejar el espacio suficiente en los anaqueles para archivar los años siguientes, ejemplo (2004 – 2003), facilitando así la introducción de expedientes al iniciar cada año. En el Archivo clínico la numeración en el expediente clínico en los espacios referentes a la unidad de salud, grupo específico a estudio, año, mes y año de último movimiento se completarán utilizando cintas adhesivas con los colores establecidos.

- El expediente clínico solo puede ser facilitado al personal autorizado de ese establecimiento de salud. En casos de personas ajenas al establecimiento deben solicitar el expediente a las autoridades competentes del establecimiento.
- En el archivo clínico se utiliza el tarjetón de reemplazo que nos indica la ubicación y destino del expediente clínico dentro de las unidades de salud. Todo expediente clínico que se retira de su lugar por un tiempo mayor a 24 horas, en el archivo clínico debe ser reemplazado por un tarjetón de reemplazo, que señale la fecha y el destino del expediente.
- La salida del expediente clínico del archivo se controlará mediante un cuaderno u hoja de registro.

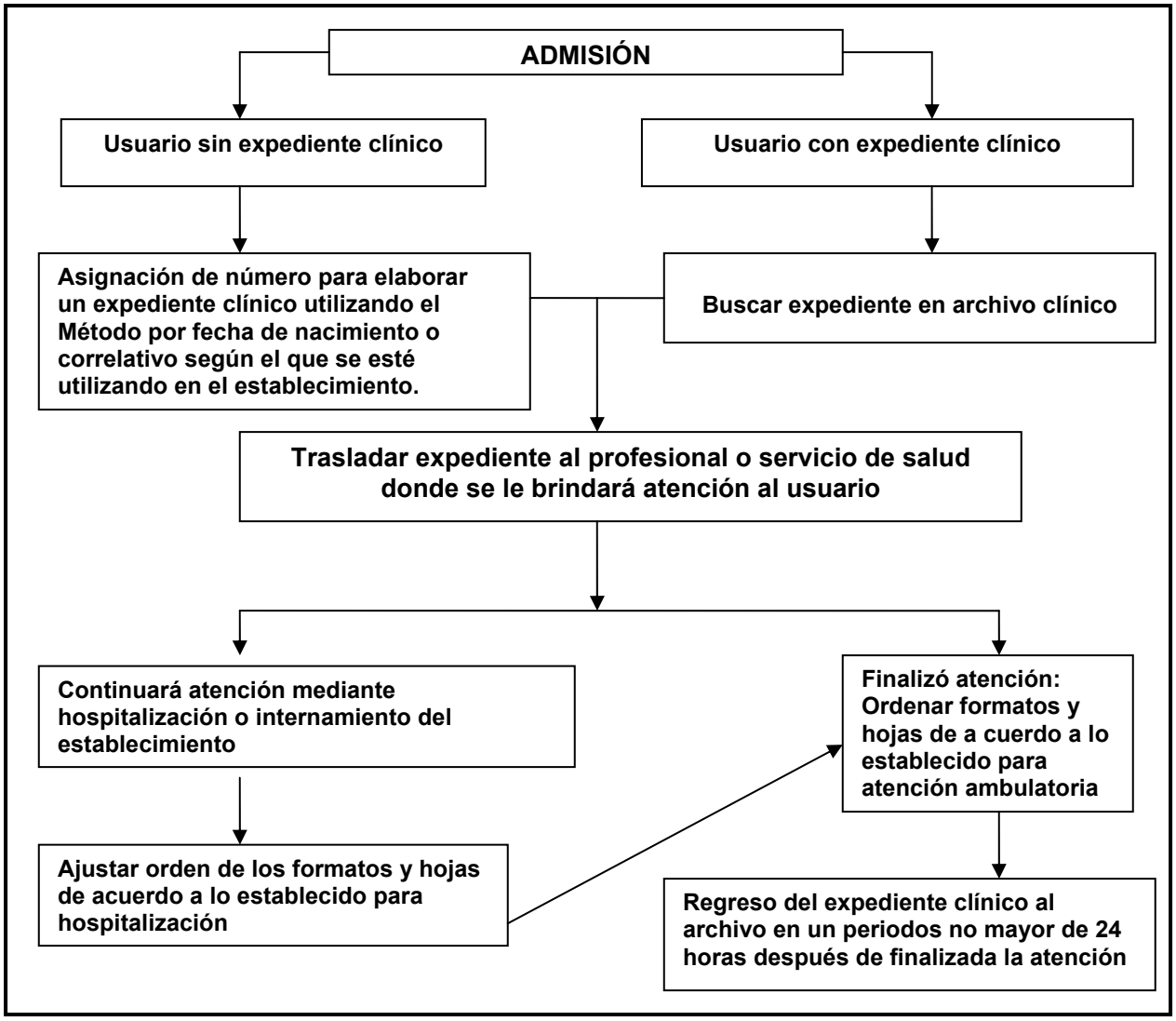
VIII. FLUJOGRAMA

RESUMEN DEL SISTEMA MEDICO ORIENTADO AL PROBLEMA (SMOP)*



*Adaptado de Sánchez Berríos Manuel. Guía para el Manejo del Expediente Clínico. Managua: Hispamer 1993.

MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO



IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Norma técnica para el manejo del expediente clínico y Manual de análisis del expediente clínico. Managua, Nicaragua 2007

2. Sánchez Berríos Manuel. Norma para el Manejo del Expediente Clínico [No publicado]. Managua, Nicaragua 2003

3. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Guía para el Manejo del Expediente Clínico en las Empresas Medicas Previsionales (EMPs) y Unidades de Salud de Riesgo Profesionales (USRPs). Managua, Nicaragua 2006

4. Sánchez Berríos Manuel. Guía para el Manejo del Expediente Clínico. Managua: Hispamer 1993.

5. Ministerio de Salud. Manual de Funcionamiento Comité de Evaluación de Calidad Hospitales del Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua 1996

6. Ministerio de Salud. Norma de Consulta Externa Hospitalaria. Managua, Nicaragua 1997

7. Comité de Bioética de Cataluña. Guía sobre el consentimiento informado [En línea]. En: http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/esconsentiment.pdf Consultado: 10/01/2008

10. Organización Panamericana de la Salud. El Departamento de Registro Médico: Guía para su organización. Serie PALEX para técnicos y auxiliares No 19. Washington 1990.

11. Delgado José A. Consentimiento Informado en Procedimientos Obstétrico. Proyecto de Tesis para Optar al Master en Salud Pública [No publicado]. Managua, Nicaragua. 2008

X. ANEXOS

CONTROL DE REGISTRO DIARIO DE SALIDA DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS DEL ARCHIVO

No. Expediente	Fecha y hora de salida del archivo	Destino	Firma de recibido por el solicitante	Fecha y hora de devolución	Firma de recibido en archivo

FORMATOS UTILIZADOS

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Servicio y Sala	No. Cama	No. INSS
Fecha y hora de ingreso	Fecha y hora de abandono	Tiempo de estancia

CONSTANCIA DE ABANDONO

Yo, _____ usuario ( ) o responsable del usuario ( ) atendido(a) en este establecimiento de salud, en el servicio de _____, con el/los siguiente/s diagnóstico/s: _____ _____; con mi libre y espontánea voluntad decido **ABANDONAR ESTE CENTRO ASISTENCIAL** sin la autorización del médico tratante ni de la dirección de este establecimiento por las siguientes razones: _____

_____.

Así mismo, estoy consciente de que debido a este Abandono, también estoy **negando el derecho a los procedimientos o intervenciones necesarias para el proceso de atención de mi persona ( ), hijo/a ( ) o familiar ( ).**

El personal de salud de nombre _____, me ha explicado las consecuencias y riesgos que podrían producirse por negar esta atención, incluso me ha explicado que debido a tal negativa podría producirse un riesgo elevado para mi/su salud, incluso la muerte; por lo que estando en uso de mis facultades mentales e informado(a) plenamente de las consecuencias que podrían resultar, firmo la presente constancia.

Al mismo tiempo exonero de toda responsabilidad moral, penal o administrativa al medico tratante, y resto del personal de este establecimiento proveedor de servicios de salud y al Ministerio de Salud por las consecuencias y riesgos que puedan presentarse, y asumo toda responsabilidad por la decisión tomada.

Al firmar esta constancia, reconozco que la he leído, se me ha explicado y que comprendo plenamente su contenido, se me han dado amplias oportunidades de realizar preguntas y todas las preguntas que he hecho han sido respondidas de forma satisfactoria.

Esta Constancia de Abandono, una vez firmada, tiene que ser respetada por mis familiares, abogados y demás personas.

La presente Constancia de Abandono se fundamenta en el inciso c del numeral 8 del Art. 8 de la Ley General de Salud y en el numeral 12 del Art. 7 del Reglamento de la Ley General de Salud.

Llenar en casos de niños/as, adolescentes y personas con autonomía disminuida:

Nombre de la persona que retira al usuario: _____

Parentesco: Padre ☐ Madre ☐ Responsable o tutor ☐

Dirección exacta: _____

_____

Nombre y firma del usuario, familiar responsable o tutor	Nombre y firma de testigo
Nombre y firma de segundo testigo (opcional)	Nombre, firma y código del personal de salud

a

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE USUARIOS

Unidad de salud:	Servicio:	Expediente:
Nombre y apellidos:	Edad:	Sexo:
Dirección:		Comunidad:
Municipio:	Departamento:	Ocupación:

Asegurado Activo:
1. ☐ SI 2. ☐ NO
Tipo de Asegurado
1. ☐ cotizante
2. ☐ Beneficiario

¿Accidente de trabajo? ☐ SI ☐ NO
Si ocurrió trauma especificar: ☐ Intencional ☐ Auto inflingido ☐ Accidental ☐ Se ignora

En caso de comunicación llamar a: _____
Parentesco: _____ Teléfono: _____

Empleador: | No. Seguro:

Motivo de la Referencia

Pulso:	Presión Arterial:	Temperatura:	Frecuencia. Respiratoria:	Peso:	Talla:

RESUMEN CLÍNICO Y TRATAMIENTO (Continúe atrás si es necesario)

Diagnósticos y/o Problema

Fecha de envío: _____ Hora de envío: _____
Acompañado por: _____

Se envía al servicio de:	De la unidad:	Del SILAIS:
Se contactó a:		

Nombre del médico tratante del servicio:	Firma y Sello::

Nombre y firma de quien recibe el traslado:
Fecha y Hora en que se recibe:

CONTRARREFERENCIA

Unidad que realiza la contrarreferencia:
Nombres y apellidos del Usuario:

Fecha y hora del Egreso:	No. Expediente:
Días de estancia:	Dx de Egreso:
RESUMEN CLÍNICO Y TRATAMIENTO (Continúe atrás si es necesario)	**RECOMENDACIONES:**
	Para el paciente:
	Para la unidad de referencia:
La Referencia fue: Adecuada☐ Inadecuada☐	
Inadecuada por:	

Nombre del Médico:	Firma y Sello:

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y TRÁNSITO DE USUARIO		
Nombre del Establecimiento de Salud		No. Expediente
Nombres y Apellidos del Usuario		Sexo: **F** _____ **M** _____
No. Cédula	No. INSS	No. Cama
No. de Admisión	Fecha de Ingreso	Fecha de interconsulta
Servicio o especialidad que solicita la interconsulta:		
Servicio o especialidad al que se le solicita la interconsulta:		
Motivo(s) por el que solicita la interconsulta		
Nombre del profesional de la salud que solicita la interconsulta		
Firma y código del solicitante		Firma y código del que recibe

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y TRÁNSITO DE USUARIO		
Nombre del Establecimiento de Salud		No. Expediente
Nombres y Apellidos del Usuario		Sexo: **F** _____ **M** _____
No. Cédula	No. INSS	No. Cama
No. de Admisión	Fecha de Ingreso	Fecha de interconsulta
Servicio o especialidad que solicita la interconsulta:		
Servicio o especialidad al que se le solicita la interconsulta:		
Motivo(s) por el que solicita la interconsulta		
Nombre del profesional de la salud que solicita la interconsulta		
Firma y código del solicitante		Firma y código del que recibe

c

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Servicio y Sala	No. Cama	No. INSS

Fecha y hora	Problemas y Evolución	Planes

TODA NOTA DEBE INCLUIR: Nombre(s), apellido(s) y especialidad de los profesionales que participó(aron) de la atención en salud del usuario; firma y código del profesional que elaboró la nota

NOTAS DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

No. Página

d

Fecha y hora	Problemas y Evolución	Planes

NOTAS DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

No. Página

e

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Servicio y Sala	No. Cama	No. INSS

Fecha	Hora	Observaciones y Cuidados de Enfermería

TODA NOTA DEBE INCLUIR: Nombre y apellido del profesional que participó de la atención en salud del usuario; así como la firma y código del profesional que elaboró la nota.

NOTAS DE ENFERMERÍA

No. Página

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

Fecha	Hora	Observaciones y Cuidados de Enfermería

NOTAS DE ENFERMERÍA

No. Página

g

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO*

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Fecha	Hora	No. INSS
Servicio y Sala		No. Cama

I. Datos Personales

Edad: _____ Fecha y lugar de Nacimiento: _____ Sexo: **F** ☐ **M** ☐

Procedencia: _____ Religión: _____

Escolaridad: _____ Profesión u oficio: _____

Dirección habitual: _____

Nombre del padre: _____ Nombre de la madre: _____

Fuente de información: _____ Confiabilidad: _____

II. Motivo de Consulta: _____

_____

_____

III. Historia de la Enfermedad Actual: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

IV. Interrogatorio por aparatos y sistemas:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

* Realizarse a personas mayores de 18 años.

V. Antecedentes Familiares Patológicos:

Enfermedades Infecto – contagiosas:

☐Hepatitis ☐Sífilis ☐TB ☐Cólera ☐Amebiasis ☐Tosferina ☐Sarampión ☐Varicela ☐Rubéola ☐Parotiditis
☐Meningitis ☐Impétigo ☐Fiebre tifoidea ☐Escarlatina ☐Malaria ☐Escabiosis ☐Pediculosis ☐Tiña
☐Otros: _____

_____

Enfermedades hereditarias:

☐Alergias ☐Diabetes mellitus ☐Hipertensión arterial ☐Enfermedad reumática ☐Enfermedades renales
☐Enfermedades oculares ☐Enfermedades cardiacas ☐Enfermedad hepática ☐Enfermedades musculares
☐Malformaciones congénitas ☐Desórdenes mentales ☐Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central
☐Anomalías del crecimiento y desarrollo ☐Errores innatos del metabolismo ☐Otros: _____

_____

VI. Antecedentes Personales no Patológicos:

Inmunizaciones completas (confirmar con tarjeta de vacuna si es posible): Sí ☐ No ☐ _____
Hábitos: Horas de sueño: _____ Horas laborales: _____
Tipo y hora de actividad física: _____
Alimentación: _____
Tabaco: Sí ☐ No ☐ Tipo: _____ Cantidad y frecuencia: _____
Edad de inicio: _____ Edad de abandono (si aplica): _____ Duración del hábito (en años): _____
Alcohol: Sí ☐ No ☐ Tipo_____ Cantidad y frecuencia: _____
Edad de inicio: _____ Edad de abandono (si aplica): _____ Duración del hábito (en años): _____
Drogas ilegales: Sí ☐ No ☐Tipo_____ Cantidad y frecuencia: _____
Edad de inicio: _____ Edad de abandono (si aplica): _____ Duración del hábito (en años): _____
Fármacos: Sí ☐ No ☐ Número de medicamentos que está recibiendo actualmente (prescritos o no): _____
Nombre y posología de los fármacos: _____

_____

_____

_____

Otros hábitos: _____

_____

VII. Antecedentes Personales Patológicos:

Enfermedades infecto-contagiosas previas (registrar fecha): _____

_____

_____

_____

_____

_____

Enfermedades crónicas: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Cirugías previas realizadas: _____
_____
_____
_____
_____

Hospitalizaciones (registrar fecha y causa de la hospitalización): _____
_____
_____
_____
_____

VIII. Antecedentes Gineco-obstétricos:

Menarca: _____ Inicio de vida sexual activa: _____ Número Compañeros sexuales: _____
Gesta: _____ Para: _____ Cesárea: _____ Aborto: _____ Legrado: _____
Planificación familiar: Si ☐ No☐ Método: _____
FUR: _____ Semana de amenorrea: _____ Menopausia: Si ☐ No☐ Fecha: _____
Sustitución hormonal: Si☐ No☐ Especifique: _____
PAP: Si ☐ No☐ Resultado y fecha del último PAP: _____

IX. Historia laboral

1- Trabajo Actual: Si ☐ No☐ Si la respuesta es negativa, continúe con el numeral 2.

Lugar de trabajo: _____
Área en donde labora: _____
Oficio, categoría o actividad que desempeña: _____
Años de oficio en el trabajo actual: _____
Día laboral (horas): _____ Horas semanales trabajadas: _____ Horas extras: _____
Tipo de horario realizado: _____
Descripción detallada del trabajo que desarrolla actualmente: _____
_____
Exposición a sustancias, materiales u otros productos: Si ☐ No☐ Describa: _____
_____
Frecuencia e intensidad de su tarea: _____
Posición adoptada en su trabajo: _____
Trabajos fuera de su empleo habitual: _____

2- Antecedentes laborales: Si ☐ No☐

Fecha		Años trabajados	Puesto de trabajo (describir producto, materiales, situación, otros)
Inicio	Conclusión		

X. EXAMEN FÍSICO:

Signos vitales: FC: _____ FR: _____ TA: _____ T°: _____

Datos antropométricos:

Peso: _____ Talla: _____ Área superficie corporal: _____ IMC: _____

Aspecto General: _____

_____

_____

_____

_____

Piel y mucosas: _____

_____

_____

Cabeza y Cuello

Cráneo: _____

_____

Ojos: _____

_____

Orejas y oídos: _____

_____

Nariz: _____

_____

Boca: _____

_____

Cuello: _____

_____

Tórax

Caja torácica: _____

_____

Mamas: _____

_____

Campos pulmonares: _____

_____

_____

Cardíaco: _____

_____

_____

Abdomen y Pelvis (Aquí también se describe el abdomen grávido): _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Tacto rectal (cuando aplique el caso): _____

_____

k

Musculoesquelético

Extremidades superiores: _____

_____

_____

Extremidades inferiores: _____

_____

_____

Genitourinario (cuando aplique el caso): _____

_____

Examen ginecológico: _____

_____

_____

_____

Examen neurológico (describir en el orden siguiente estado de conciencia, funciones vitales, actividad, orientación en tiempo, espacio y persona, memoria y aprendizaje, signos meníngeos, fuerza y tono muscular, coordinación, sensibilidad y reflejos):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

XI. Observaciones y Análisis

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

XII. Diagnósticos o Problemas:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre, Firma, Código y Sello de quien elaboró la historia

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA**

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Fecha	Hora	No. INSS
Servicio y Sala		No. Cama

I. Datos Personales

Edad: _____ Fecha y lugar de Nacimiento: _____ Sexo: **F** ☐ **M** ☐

Procedencia: _____ Dirección habitual: _____

_____

Escolaridad: _____ Religión (si aplica): _____

Nombres y No. de Cédula de la madre: _____

Nombres y No. de Cédula del padre: _____

Nombres y No. de Cédula de la fuente de información: _____

Familiaridad con el usuario: _____ Confiabilidad: _____

II. Motivo de Consulta: _____

_____

_____

III. Historia de la Enfermedad Actual: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

IV. Interrogatorio por aparatos y sistemas

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

** Realizarse a todo niño/a y adolescente menor de 18 años.

m

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

V. Historia Familiar

	MADRE	PADRE
Nombre		
Edad		
Estado Civil		
Escolaridad		
Ocupación		
Religión		
Café		
Tabaco		
Alcohol		
Drogas ilegales		

Hermanos/as: Sí ☐ No ☐ Número de hermanos/as vivos/as: _____ Número de hermanos/as fallecidos/as: _____
Periodo del fallecimiento: Fetal ☐ Neonatal ☐ Infantil ☐ Otros ☐ _____
Causa de la muerte: Prematurez ☐ Malformación Congénita ☐ Desconocida ☐ Otra ☐ _____

VI. Antecedentes Familiares Patológicos:

Enfermedades Infecto – contagiosas:

☐Hepatitis ☐Sífilis ☐TB ☐Cólera ☐Amebiasis ☐Tosferina ☐Sarampión ☐Varicela ☐Rubéola ☐Parotiditis
☐Meningitis ☐Impétigo ☐Fiebre tifoidea ☐Escarlatina ☐Malaria ☐Escabiosis ☐Pediculosis ☐Tiña
☐Otros: _____
_____

Enfermedades hereditarias:

☐Alergias ☐Diabetes mellitus ☐Hipertensión arterial ☐Enfermedad reumática ☐Enfermedades renales
☐Enfermedades oculares ☐Enfermedades cardiacas ☐Enfermedad hepática ☐Enfermedades musculares
☐Malformaciones congénitas ☐Desórdenes mentales ☐Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central
☐Anomalías del crecimiento y desarrollo ☐Errores innatos del metabolismo ☐Otros: _____
_____

VII. Antecedentes Personales no Patológicos

Antecedentes Prenatales

Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____ Cesárea: _____
FUM: día _____ mes _____ año _____
Abortos (No. e intervalos): _____
Cesáreas (motivos): _____
Lugar de la/s cesárea/s: _____
Lugar y No. de CPN: _____
Enf. Previas y/o crónicas de la madre: _____
_____
Enf. De la madre durante el embarazo: _____
_____
Medicación durante el embarazo: _____
_____
Hospitalizaciones y complicaciones durante el embarazo: _____
_____

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

Antecedentes del parto:

Lugar de la atención del parto: _____

Fecha y hora del nacimiento: _____ Duración del parto: _____

Edad gestacional: _____ Atención del parto: Médico ☐ Enfermero(a) ☐ Partera(o) ☐ Otros ☐ _____

Vía: Vaginal ☐ Cesárea ☐ Presentación: _____

Eventualidades durante el parto: _____

Antecedentes postnatales:

APGAR: 1º: _____ 5º: _____ Peso: _____gr. Talla: _____ cm.

Datos de Asfixia: Sí ☐ No ☐ Especifique: _____

Alojamiento conjunto: Sí ☐ No ☐ Tiempo junto a su madre: Permanente ☐ Transitorio ☐ Horas: _____

Hospitalización (Lugar/Tiempo): _____

_____

Alimentación:

Lactancia Materna Exclusiva: Sí ☐ No ☐ Lactancia Mixta: Sí ☐ No ☐

Duración de lactancia exclusiva: _____ Duración de lactancia mixta: _____

Ablactación: _____

_____

Vacunas

Vacunas	1 dosis	2ª dosis	3ª dosis	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo	Refuerzo
B.C.G.										
Pentavalente										
Polio										
Rotavius										
MMR										
DPT										
dT										

Desarrollo Psicomotor

		Edad			Edad
Fijó la mirada	Sí ☐ No ☐		Gateó	Sí ☐ No ☐	
Sostuvo la cabeza	Sí ☐ No ☐		Caminó	Sí ☐ No ☐	
Se sonrió	Sí ☐ No ☐		Se proyectó	Sí ☐ No ☐	
Se sentó	Sí ☐ No ☐				

Historia socio – económica

Casa		Servicios higiénicos		No. de personas	
Paredes		No. Habitaciones		Animales domésticos	
Piso		Agua		Teléfono	
Techo		Luz		Otros	

o

VIII. Antecedentes Personales Patológicos

Infecciones: _____
Enfermedades crónicas: _____
Cirugías: _____
Hospitalizaciones: _____
Otros: _____

XIII. EXAMEN FÍSICO:

Signos vitales: FC: _____ FR: _____ PA: _____ T°: _____ Silverman Andersen: _____
Datos antropométricos:
Peso: _____ Talla: _____ Perímetro Cefálico: _____ Perímetro Torácico: _____
Perímetro Abdominal: _____ Área superficie corporal: _____ IMC: _____
Aspecto General: _____
_____
_____
_____
Piel y mucosas: _____
_____
_____
Cabeza y Cuello
Cráneo y cuero cabelludo: _____
_____
_____
Ojos: _____
Orejas y oídos: _____
Nariz: _____
Boca: _____
Cuello: _____
_____
Tórax
Caja torácica: _____
_____
Mamas: _____
Campos pulmonares: _____
_____
_____
Cardíaco: _____
_____
_____
Abdomen y Pelvis (Aquí también se describe cicatriz y/o cordón umbilical): _____
_____
_____
_____
_____
Ano y recto (cuando aplique el caso): _____
_____

Musculoesquelético

Extremidades superiores: _____

_____

_____

Extremidades inferiores: _____

_____

_____

Genitourinario (cuando aplique el caso): _____

_____

_____

_____

Examen neurológico (describir en el orden siguiente estado de conciencia, funciones vitales, actividad, reflejos, signos meníngeos, fuerza y tono muscular, coordinación, sensibilidad y reflejos):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

XIV. Observaciones y Análisis

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

XV. Diagnósticos o Problemas:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre, Firma, Código y Sello de quien elaboró la historia

q

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Según lo dispuesto en la Ley No 423, Ley General de Salud, en el artículo 8, numerales 4, 8 y 9; el Decreto No. 001 – 2003 y el Reglamento de la Ley General de Salud, en el artículo 7, numerales 8, 11 y 12; y en el artículo 9, numeral 1: es un derecho de los y las pacientes a ser informado/a de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento, y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos. El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo o específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad. El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario.[†] Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, y las posibles complicaciones que se pueden presentar, por lo que solicitamos llene de su puño y letra clara los espacios en blanco que se le indiquen.

Nombres del (a) usuario/a o representante legal _____

Apellidos del (a) usuario/a o representante legal _____

Número de cédula _____

Número de teléfono domicilio _____ Celular _____

Dirección habitual _____

Nombre del familiar o representante legal que acompaña al usuario y se da por enterado del presente Consentimiento Informado:

Nombres _____

Apellidos _____

Número de cédula _____

Número de teléfono su domicilio _____ Celular _____

Dirección de su casa _____

Manifiestan: Que el profesional de la salud _____, con código del MINSA _____, y funcionario del (nombre del establecimiento de salud) _____me ha explicado la siguiente **información sobre** (escribir el/los procedimiento/s diagnósticos o terapéutico y tratamientos que se vaya a realizar al usuario):

1- _____
2- _____
3- _____
4- _____
5- _____
6- _____
7- _____

Firma o rúbrica del usuario o representante legal: _____

[†] Ley General de Salud y Reglamento, 27 de Febrero 2003.

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

1- **Definición del procedimiento terapéutico, diagnóstico y/o tratamiento (de acuerdo a normas, protocolos, guías o manuales nacionales o literatura internacional)**

1- _____
2- _____
3- _____
4- _____
5- _____

2- **Este(os) procedimiento(s) se me debe(n) practicar debido a las condiciones actuales de mi salud, y en este momento no existe una mejor alternativa que ofrezca mayores garantías para mi bienestar y mejoría de mi estado. En mi caso particular, las indicaciones de este(os) procedimiento(s) son:**

1- _____
2- _____
3- _____
4- _____
5- _____

3- **Este(os) procedimiento(s) no está libre de complicaciones, por lo tanto se me ha explicado que puedo presentar una o más de las siguiente complicaciones que son frecuente (escribir todas):**

1- _____
2- _____
3- _____
4- _____
5- _____

4- **Otras complicaciones menos frecuentes pero que también se presentan son (escribir todas):**

1- _____
2- _____
3- _____
4- _____
5- _____

5- **Además presentó las siguientes condiciones (si no posee ninguno escribir NINGUNO):** _____

_____

_____

_____

que aumenta(n) aún más la probabilidad de padecer las complicaciones antes mencionadas.

6- **Si en el transcurso de llevarse acabo el(los) procedimiento(s) ocurriese una complicación, autorizo al médico y su equipo a se realicen todas las medidas y procedimientos necesarios y adicionales para preservar mi vida y estado de salud; estos incluyen:**

1- _____
2- _____
3- _____
4- _____
5- _____

Firma o rúbrica del usuario o representante legal: _____

s

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

Manifiestan que:

- **Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo sobre el(los) procedimiento(s) diagnóstico(s) o terapéutico y tratamiento**
- **El doctor/a me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto**
- **También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento y eximir de responsabilidad al médico tratante y personal de salud encargado de mi atención**
- **Se me han explicado otros métodos alternativos para la técnica diagnóstica-terapéutico propuesta y acepto el presente como el más adecuado para mi hijo (a) en las actuales circunstancias**

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados. En tales condiciones, **ACEPTO** que se me realice(n) el(los) procedimiento(s) antes descritos**.**

Firma del usuario, familiar o representante legal: _____

Nombre y Firma testigo: _____/_____

Nombre y Firma testigo: _____/_____

Firma del médico: _____ Código: _____ Sello: _____

Lugar y fecha: _____, _____

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

HOJA DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA

Ingreso a Emergencia: Día:	Mes:	Año:	Hora:	No. Expediente
Establecimiento de Salud:			SILAIS:	
Nombres:		Apellidos:		
Edad:	Sexo: M ☐ F ☐	Ocupación:		
Dirección de domicilio:				
				Teléfono:
Localidad*:			Departamento:	
Calidad: Asegurado: ☐ Sí ☐ No	No. Asegurado:		No. Cédula:	
Llegó en: ☐ Ambulancia ☐ Radio patrulla ☐ Taxi ☐ A pie ☐ Particular				

CAUSAS DE ACCIDENTE O VIOLENCIA		LUGAR DE ACCIDENTE O VIOLENCIA	
☐ Vehículo motorizado	☐ Fenómeno Natural	☐ Trabajo	☐ Vía Pública
☐ Otro transporte	☐ Asalto o agresión	☐ Vivienda	☐ Deporte o diversión
☐ Caída	☐ Intento de suicidio	☐ Centro de estudios	☐ Otro
☐ Maquinaria	☐ Incendio o explosión	☐ Centro médico	☐ Desconocido
☐ Efectos tardíos	☐ Otra	Fecha:	Hora:

En caso de urgencia avisar a:			Parentesco:
Dirección de domicilio:			
			Teléfono:
Localidad:	Ciudad:		Departamento:
Informes dados por:			Parentesco:
Dirección de domicilio:			
Localidad:	Ciudad:		Departamento:
Peso (Niño):	Talla (niño):	Temperatura:	Presión Arterial:
Hora de la atención:	Nombre de quien atiende:	Frecuencia cardiaca:	Frecuencia respiratoria:

Resumen Clínico:
Examen Físico:
Diagnóstico:
Planes:
Diagnóstico de Egreso:

TIPO DE URGENCIA	DESTINO		
☐ Médica	☐ Alta	☐ Se hospitaliza en:	
☐ Quirúrgica	☐ En observación	☐ Se refiere a:	
☐ Gineco-Obstétrica	☐ Falleció	☐ Consulta externa de:	
☐ Otra	☐ Abandono	☐ Fuga	☐ Salida exigida

Nombre y código de quien atiende

u

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

HOJA DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA

Establecimiento de Salud:	SILAIS:
Nombres y Apellidos:	

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Fecha y hora	Evolución	Planes

Responsable que retira al usuario:		Parentesco:
Dirección de domicilio:		
		Teléfono:
Localidad:	Ciudad:	Departamento:
Diagnóstico de egreso:		
Fecha del egreso:	Hora del egreso:	

Nombre y código de quien atiende

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

EPICRISIS

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Fecha	Hora	No. INSS
Servicio y Sala		No. Cama

Fecha de Ingreso	**Fecha de Egreso**
Diagnósticos o problemas de Ingreso	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
Diagnósticos o problemas de Egreso	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
Resultados de Exámenes que Fundamentaron el Diagnóstico	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)
	7)
	8)
	9)
	10)
Tratamiento Recibido	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)
	7)
	8)
	9)
	10)

w

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

EPICRISIS

Padecimientos que se Descartaron	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)
	7)
	8)
	9)
	10)
Complicaciones	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)
	7)
	8)
	9)
	10)
Recomendaciones	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)
	7)
	8)
	9)
	10)
Otros datos relevantes de la atención	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
	6)
	7)
	8)

Nombre, firma, código y sello del Médico

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

LISTA DE PROBLEMAS

Fecha de Registro	No	Nombre del Problema	Condición del Problema	
			Inactivo	Resuelto

* Reverso de la portada de la Carpeta

y

20		20
19		19
18		18
17		17
16		16
15		15
14		14
13		13
12		12
11		11
10		10
9		9
8		8
7		7
6		6
5		5
4		4
3		3
2		2
1		1

REPORTES DE LABORATORIO CLINICO Y MEDIOS DIAGNÓSTICOS

* Reverso de la contraportada de la Carpeta

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE USUARIOS

No. Expediente

Establecimiento de Salud: _____

Nombre del usuario: _____ (1er. Apellido) _____ (2do. Apellido) _____ (Nombres)

No. de Cédula: _____ Etnia: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ (Día) _____ (Mes) _____ (Año) Edad: _____ (Años) Sexo: M ☐ F ☐

No. INSS: _____ Categoría: ☐ Cotizante ☐ Cónyugue ☐ Hijo ☐ Jubilado

Estado Civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Dirección de residencia habitual: _____

_____

Localidad: _____

Municipio: _____

Departamento: _____

_____

Responsable o en caso de Emergencia avisar: _____ (Nombres y dos Apellidos)

Parentesco: _____ Teléfonos: _____ Dirección: _____

_____

Empleador: _____ No. Asegurado: _____

Dirección del empleador: _____

_____

Actualización de Direcciones:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre y firma del Personal de Admisión

* Para atención ambulatoria

aa

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

CONTROL DE MEDICAMENTOS

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Fecha	Hora	No. INSS
Servicio y Sala		No. Cama

Medicamentos y Otros							

Hora	Fecha	Medicamentos STAT-PRN Preanestésico					Nombre Enfermera:	

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

REGISTRO DE ADMISIÓN Y EGRESO HOSPITALARIO

DGPD-OE09/08

Establecimiento de Salud | Expediente

Nombre y Apellido del Usuario: | No. Cédula

Sexo: 1 Masculino; 2 Femenino

Edad: H Horas; D Días; M Meses; A Años

Estado Civil: 1 Sotero(a); 2 Casado(a); 3 Acompañado(a); 4 Viudo(a); 5 Divorciado(a); 6 Ignorado

Escolaridad: 1 Primaria; 2 Secundaria; 3 Superior; 4 Ninguna; 5 Ignorado

Etnia: _____

Fuente de Financiamiento: 1 Presupuesto; 2 INSS; 3 Particular; 4 Jubilado; 5 Otro, Especificar:

Número de INSS

1 Cotizante; 2 Cónyugue; 3 Hijo

Ocupación

Nombre de la Madre

Empleador

Nombre del Padre

Dirección del empleador

Dirección Completa

Barrio

Localidad | Municipio o Distrito | SILAIS

En caso de urgencia avisar a: | Parentesco:

Dirección y teléfono

INGRESO

Día | Mes | Año | Hora | Servicio

Diagnóstico de Ingreso

Se trata de un Reingreso? 1 Sí; 2 No

Ingresó por: 1 Consulta Externa; 2 Emergencia; 3 Referido desde otro establecimiento (Especif.) _____

Nombre y Código del Médico que Ordena el ingreso:

Nombre del/la Admisionista

EGRESO

Día | Mes | Año | Hora | Servicio

Diagnóstico de Egreso

Dias de Estancia

Principal

Complementarios

Cirugías Realizadas

¿Accidente de trabajo? 1 Sí; 2 No

¿De trayecto? 1 Sí; 2 No

¿Enfermedad laboral? 1 Sí; 2 No

Si ocurrió trauma, especificar causa: 1 Intencional; 2 Autoinflingido; 3 Accidental; 4 Se ignora

¿Ocurrió Infección Intrahospitalaria? 2 De la herida; 2 Neumonía; 3 Vías urinarias; 4 Otra; 5 Ninguna

Tipo de Egreso: 1 Alta; 2 Defunción; 3 Abandono; 4 Fuga; 5 Referido a otro establecimiento (especificar): _____

Nombre, Firma y Sello del Médico Tratante

CC

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

NOTA OPERATORIA

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Fecha	Hora	No. INSS
Servicio y Sala		No. Cama

Fecha de Operación:	Comenzó:	Terminó:	Duración:
Cirujano:	1er. Ayudante:	Anestesista:	
2do. Ayudante:	Instrumentista:	Anestésico:	
Diagnóstico Pre-Operatorio:			
Diagnóstico Post-Operatorio:			
Operación Efectuada y Técnica Quirúrgica Utilizada:			

Hallazgos Trans-Operatorios:

Técnica Empleada (describir detalladamente y en forma clara la técnica quirúrgica y los materiales e hilos utilizados):

_____

Firma y Código Médico

dd

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

NOTA OPERATORIA

Planes Post-Operatorios Inmediatos (describir los planes a cumplirse en Sala de Recuperación)

Planes Post-Operatorios (describir los planes a cumplirse en Sala de Hospitalizados):

Firma y Código Médico

ee

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

REGISTRO DE ANESTESIA

No. Expediente

Establecimiento de Salud: _____

Servicio: _____ No. Cédula: _____

Nombre del usuario: _____ (1er. Apellido) _____ (2do. Apellido) _____ (Nombres)

Edad: _____ Sexo: F ☐ M ☐ Cubículo: _____ Cama: _____

Diagnóstico Preoperatorio:	Premedicación:
Peso: _____ HB: _____ Hto: _____	R. A. Q. 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Rh: _____ Grupo Sanguíneo: _____	Riesgo Anestésico: E: _____ U: _____

Hora:

N 2 O
O 2

Estado: 1 2 3 4

	° C	
P.A. X	38	200
Pulso		
Princ. Anest. X	36	160
Princ. Oper. O		
Fin Anest. X O	34	120
Temp. Λ	32	60
Succ. S		
Cuer. Recup. R	30	40
Respl O	Espon. Asist. Cont.	

Símbolo:
Líquidos:
Sangre:

Drogas	Dosis	Método	Valoración Final	Observaciones	Posición
A			Conciencia		Supina ☐
B			Circulación		Prona ☐
C			Respiración		Lateral ☐
D			Coloración		Trendel ☐
E			Movilidad		Fowler ☐
F					Litotomía ☐
G			Total		Sentado ☐

Líquidos en S. O.	Al Salir de S. O.
Sangre	
Total	

Cánula Naso/Orofaríngea
Intubación
Naso/Orotraqueal-Directa-A Ciegas
Puño-Gasa-Tubo No.
Con Máscara-Conec. Directa
Dificultades Técnicas
Tiempo de Anestesia | Tiempo Quirúrgico:

D.L. Sitio Punción A. Tec.
Catéter: Latencia: Altura:
B. Sensitivo: B. Motor: Simpático:

Laringoespasmo	☐	Hemorragia	☐
Exceso moco	☐	Arritmias	☐
Depresión Resp. Hipoxia	☐	Bradi/Taquicardia-Shock	☐
Vómito-Náuseas-Hipo-Tos	☐	Frío-Temblor	☐

Total de Diuresis durante el transoperatorio:

Aproximado de Pérdidas Hemáticas:

Operación:

Nombre del Cirujano:

Nombre del Ayudante:

Nombre, Firma y Código del Anestesiólogo

Nombre del Instrumentista:

Cuenta de Gasas:

Compresas:

Canalizaciones

ff

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

REGISTRO GRÁFICO DE SIGNOS VITALES

Establecimiento de Salud: _____ No. de Expediente

Servicio: _____ No. Cédula _____

Nombre del Usuario: _____

Edad: _____ Sexo: F ☐ M ☐ Cubículo: _____ Cama: _____

FECHA →															
Pulso	Temp. ° C	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.
180	42														
165	41														
150	40														
135	39														
120	38														
105	37														
90	36														
74	35														
60	34														
45	33														
30	32														
Presión Arterial	240														
	210														
	180														
	150														
	120														
	90														
	60														
	30														
Evacuaciones															
Orina															
Líquidos															
Peso															
Respiración															

gg

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

RECUENTO DE COMPRESAS

No. Expediente

Establecimiento de Salud: _____ Servicio: _____

Nombre del usuario: _____ _____ _____

1er Apellido 2do Apellido Nombres

Edad: _____ Sexo: F ☐ M ☐ Cubículo: _____ No. de Cama: _____

Nombre y apellidos del Cirujano: _____

Nombre y apellidos del Anestesiólogo: _____

Diagnóstico: _____ Operación: _____

	Compresas Grandes	Compresas Mediadas	Compresas Chicas	Drenos	Drenos Vaginales	Torundas	Gasas 4x4	Disectores	Tipo de suturas
Comenzaron									
Anotados									
Anotados									
Anotados									
Total									
Compresas Mesa Instrumentista									
Compresas Campo Operatorio									
Compresas Abdomen del usuario									
Compresas Baldes									
Total									

Nombre y apellidos del Instrumentista: _____

Nombre y apellidos del Circular: _____

Observación: _____

_____

_____

hh

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

CONTROL DE SIGNOS VITALES E INGERIDOS Y ELIMINADOS

Nombre del establecimiento de salud		No. Expediente
Nombres y apellidos del usuario		No. Cédula
Fecha	Hora	No. INSS
Servicio y Sala		No. Cama

Fecha	Hora	Saturación de O_2	P.A.	FC	FR	Temperatura	Ingeridos		Eliminados	Evolución, Problemas
							Enteral	Parenteral		
						TOTAL				

Página

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

PERFIL FARMACOTERAPEUTICO

Nombres _____ Departamento _____
Apellidos _____
No.exp _____ Servicio _____ Fecha de ingreso
Edad _____ Sexo____ Cubiculo _____
Peso _____ Talla ____ No. Cama _____ Fecha de Egreso

Problema al ingreso
Dx Egreso
Causa Muerte CB_____ CD

Motivos de cambio MC

A. Modificación Problema
B. Tratamiento Cumplido
C. Falla terapéutica
D. Cambio de vía
E. RAM
( ) No Sensibilidad
F. Dosis baja
G. Dosis alta
H. Interacción
I. Cambio de intervalo administrativo

	Código	Fármaco Prescrito (Nombre genérico)	Dosis	Vía	Indicación	Cambios ( )	Cambios MC	Fecha: Mes: Año: 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							

Fármaco Stat — **Sospecha de Reacciones Ad Med RAM**

Código		Dosis	Vía	Indicación	Código	Fármaco	Reacción	Desenlace	Fecha inicio	Fecha Final

Nombre, firma, código del médico tratante

Nombre y firma de enfermería

Nombre y firma del farmaceutico (a)

jj

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

Establecimiento de Salud: _____ **No. Expediente:** _____
Nombre: _____ **Fecha:** _____ **Servicio:** _____

INFORME DE CONDICIÓN DIARIA DEL USUARIO

Fecha	Hora	Información					
		Condición	Tratamiento	Procedimiento	Brindada por	Recibida por	Firma de quien recibe la información

kk

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

CARPETA PARA USUARIAS FEMENINAS EN ESTABLECIMIENTOS QUE UTILIZAN NUMERACIÓN DE EXPEDIENTE POR FECHA DE NACIMIENTO

1 er. APELLIDO:

2 do. APELLIDO:

NOMBRES:

FECHA DE NACIMIENTO:

DIA MES AÑO

DIRECCION DOMICILIAR EXACTA:
(Barrio, Comarca, Comunidad,etc.)

No. de INSS

SILAIS:

MUNICIPIO:

UNIDAD DE SALUD:

EXPEDIENTE CLINICO

MINISTERIO DE SALUD

REPUBLICA DE NICARAGUA

Unidad de Salud

AÑO

MES

DIA

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

CARPETA PARA USUARIOS MASCULINOS EN ESTABLECIMIENTOS QUE UTILIZAN NUMERACIÓN DE EXPEDIENTE POR FECHA DE NACIMIENTO

1 er. APELLIDO:

2 do. APELLIDO:

NOMBRES:

FECHA DE NACIMIENTO:

DIA MES AÑO

DIRECCION DOMICILIAR EXACTA:
(Barrio, Comarca, Comunidad,etc.)

No. de INSS

SILAIS:

MUNICIPIO:

UNIDAD DE SALUD:

_____

EXPEDIENTE CLINICO

MINISTERIO DE SALUD

REPUBLICA DE NICARAGUA

Unidad de Salud

AÑO

MES

DIA

mm

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

CARPETA DE ESTABLECIMIENTOS QUE UTILIZAN LA NUMERACIÓN DE EXPEDIENTE CON EL METODO CORRELATIVO

MINISTERIO DE SALUD

EXPEDIENTE CLINICO

1er. APELLIDO:

2do. APELLIDO:

NOMBRES:

Nº. DE EXPEDIENTE

UNIDAD

2001	
2002	
2003	
2004	
2005	
2006	
2007	
2008	
2009	
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	

No. DE INSS

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

HOJA DE SEGUIMIENTO ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ

Fecha: _____ / _____ / _____
día mes año

Nº de H. Clínica _____Procedencia: _____

Nombre: _____Sexo: ___ Edad: _____/___ P. cefálico: __ __, __ cm. Temp.: __ __C
Primer apellido Segundo apellido Nombres meses/ días

¿Porque trae al niño/niña?_____

NIÑO (A) MENOR DE 2 MESES DE EDAD **Primera consulta** ☐ **Subsecuente** ☐

1. INFECCION BACTERIANA: SI ☐ **NO** ☐ **Respiraciones por minuto**_____

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Respiración rápida	☐	☐	Ombligo y piel a su alrededor rojos	☐	☐	Se ve mal	☐	☐	Apnea	☐	☐
Dificultad para alimentarse	☐	☐	Pústulas escasas en piel	☐	☐	Ombligo supurando	☐	☐	Aleteo nasal	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	Pústulas extensas en piel	☐	☐	Supuración de ojos mas edema	☐	☐	Quejido	☐	☐
Letargia, inconsciencia, flácidez	☐	☐	Tiraje subcostal (acentuado)	☐	☐	Supuración de ojos	☐	☐	Supuración de oído	☐	☐
Vomita todo	☐	☐	Ictericia abajo del ombligo	☐	☐	Fontanela abombada	☐	☐	Fiebre	☐	☐
Cianosis central	☐	☐	Placas blancas en la boca	☐	☐	Manifestación de sangrado	☐	☐	Hipotermia	☐	☐
						Distensión Abdominal	☐	☐	Palidez intensa	☐	☐
									Llenado capilar>2”	☐	☐

1.1 DIARREA: SI ☐ **NO** ☐ 7 días o más de duración: **SI** ☐ **NO** ☐ Sangre en las heces: **SI** ☐ **NO** ☐ Anormalmente somnoliento: **SI** ☐ **NO** ☐

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Piel vuelve a su estado anterior lentamente	☐	☐	Piel vuelve a su estado anterior muy lentamente	☐	☐	Ojos hundidos	☐	☐	Inquieto o irritable	☐	☐

1.2 INMUNIZACIONES DE LA MADRE : Antitetánica: **SI** ☐**NO** ☐ AntiRubeola: **SI** ☐**NO** ☐ **1.3 CONTROL PUERPERAL DE LA MADRE: SI** ☐ **NO** ☐

NIÑO (A) DE 2MESES A 4 AÑOS DE EDAD **Primera consulta** ☐ **Subsecuente** ☐

SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI ☐ **NO** ☐

	SI	NO
Dejó de comer o beber	☐	☐
Vomita todo	☐	☐
Convulsiones	☐	☐
Anormalmente Somnoliento	☐	☐

TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR: SI ☐ **NO** ☐

Respiraciones por minuto _____

	SI	NO
Respiración rápida	☐	☐
Tiraje subcostal	☐	☐
Estridor en reposo	☐	☐
Sibilancias	☐	☐
21 días o más de duración	☐	☐

DIARREA: SI ☐ **NO** ☐

	SI	NO
14 días o más de duración	☐	☐
Sangre en las heces	☐	☐
Inquieto irritable	☐	☐
Ojos hundidos	☐	☐
Bebe ávidamente con sed	☐	☐
Piel vuelve lentamente	☐	☐
Piel vuelve muy lentamente	☐	☐

FIEBRE: SI ☐ **NO** ☐
Riesgo de malaria: **Alto** ☐ **Bajo** ☐

	SI	NO
Fiebre por 7 días o más de duración y todos los días	☐	☐
Resultado inmediato Gota Gruesa	☐	☐
Gota gruesa positiva	☐	☐
Rigidez de nuca	☐	☐
Coriza / ojos enrojecidos	☐	☐
Erupción cutánea generalizada	☐	☐
Manifestaciones de sangrado	☐	☐

PROBLEMAS DE OIDO: SI ☐ **NO** ☐

	SI	NO
Dolor de oído	☐	☐
Supuración del oído	☐	☐
Supuración 14 días o más?	☐	☐
Tumefacción detrás de oreja	☐	☐

PROBLEMAS DE GARGANTA: SI ☐ **NO** ☐

	SI	NO
Dolor de garganta	☐	☐
Ganglios crecidos o dolorosos	☐	☐
Exudados blancos en la garganta	☐	☐
Enrojecimiento de la garganta	☐	☐

DESNUTRIC. GRAVE O ANEMIA: SI ☐ **NO** ☐

	SI	NO
Emaciación grave visible	☐	☐
Edema en ambos pies	☐	☐
Palidez palmar leve	☐	☐
Palidez palmar-intensa	☐	☐

DESNUTRICION O RIESGO NUTRICIONAL

Determinar el estado nutricional: Sobrepeso ☐ Normal ☐ Rango de bajo peso ☐ Desnutrido ☐ **Peso:** ___ ___, ___ ___ ___ **gr. Percentil:** _____
Determinar la tendencia del crecimiento: Satisfactoria ☐ Insatisfactoria ☐ **Talla:**_____, _____ cm **Clasificación de la talla**: _____

MENOR DE 2 AÑOS O PROBLEMAS DE ALIMENTACION, ANEMIA, DESNUTRICION O RIESGO NUTRICIONAL: SI ☐ **NO** ☐

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
¿Tiene dificultad para alimentarse?	☐	☐	Si es amamantado ¿se amamanta durante la noche?	☐	☐	¿Recibe otros alimentos o líquidos	☐	☐
¿Se alimenta al pecho materno?	☐	☐	¿Se alimenta al pecho materno más de 8 veces al día?	☐	☐	¿Usa pacha?	☐	☐

Si da otros alimentos ¿con que frecuencia?_____ al día. Durante la enfermedad: ¿Hubo cambios en la alimentación? ☐☐

SI ES MENOR DE 6 MESES O ALGUNA RESPUESTA A LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES INSATISFACTORIA, OBSERVAR:

Presencia de placas blancas en la boca: SI ☐ NO☐

EVALUAR EL AMAMANTAMIENTO: Problemas de posición SI ☐ NO ☐ Problemas de agarre SI ☐ NO ☐ Problemas de succión SI ☐ NO ☐

MICRONUTRIENTES

	SI	NO
Hierro	☐	☐
Vitamina A	☐	☐

SOSPECHA DE MALTRATO **SI** ☐ **NO** ☐

	SI	NO		SI	NO
Lesiones Físicas	☐	☐	Comportamiento alterado del niño/a	☐	☐
Lesión en genitales o ano	☐	☐	Comportamiento alterado de cuidador/a	☐	☐
El niño/a expresa espontáneamente el maltrato				☐	☐

INMUNIZACIONES
Esquema vacunación completo para su edad **SI** ☐**NO** ☐
Nombre y dosis vacuna(s) a aplicarse:
_____

EVALUAR EL DESARROLLO (ha logrado las habilidades de acuerdo a su edad) SI ☐ **NO** ☐ **Alteraciones Fenotípicas SI** ☐**NO**☐ **3 o mas SI** ☐ **NO** ☐

< 1 MES	SI	NO	1 MES	SI	NO	2-3 MESES	SI	NO	4-5 MESES	SI	NO	6-8 MESES	SI	NO
Succiona Vigorosamente	☐	☐	Vocaliza	☐	☐	Mira el rostro de la madre	☐	☐	Responde al examen	☐	☐	Intenta tomar un juguete	☐	☐
Manos cerradas	☐	☐	Alterna movimientos de piernas	☐	☐	Sigue con la mirada objetos	☐	☐	Agarra objetos	☐	☐	Lleva objeto a la boca	☐	☐
Flexiona brazos y piernas	☐	☐	Abre las manos	☐	☐	Reacciona al sonido	☐	☐	Emite sonidos	☐	☐	Localiza el sonido	☐	☐
Reflejo de moro	☐	☐	Sonrisa social	☐	☐	Eleva la cabeza	☐	☐	Sostiene la cabeza	☐	☐	Gira hacia el objeto	☐	☐

9-11 MESES	SI	NO	12-14 MESES	SI	NO	15-17 MESES	SI	NO	18-23 MESES	SI	NO	24 -35 MESES	SI	NO	36- 59 meses	SI	NO
Juega a descubrirse	☐	☐	Imita gestos	☐	☐	Hace gestos a pedidos	☐	☐	Identifica 2 objetos	☐	☐	Se quita la ropa	☐	☐	Se alimenta solo	☐	☐
Se pasa objetos	☐	☐	Pinzas superior	☐	☐	Coloca cubos en recipiente	☐	☐	Hace Garabatos	☐	☐	Torre de 5 cubos	☐	☐	Dice oraciones largas	☐	☐
Se sienta solo	☐	☐	Palabras confusas	☐	☐	Dice una palabra	☐	☐	Dice 3 palabras	☐	☐	Dice frases cortas	☐	☐	Se viste solo	☐	☐
Duplica sílabas	☐	☐	Camina con apoyo	☐	☐	Camina sin apoyo	☐	☐	Camina para atrás	☐	☐	Patea la pelota	☐	☐	Ordenes complejas	☐	☐

EVALUAR OTROS PROBLEMAS:

CLASIFICACION: _____
_____

TRATAMIENTO: _____

ORIENTACIONES SOBRE ALIMENTACION: _____ **PROXIMA CONSULTA:** _____

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:_____ **REFERIDO SI** ☐ **NO** ☐

NOMBRE: _____ **FIRMA:** _____

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

CLAP - OPS/OMS MINSA - NICARAGUA

Parto en | N° Identidad

NOMBRE: _____
DOMICILIO: _____
LOCALIDAD: _____ TEL: _____

Fecha de nacimiento | EDAD años: < de 20 / > de 35 | ALFABETA: si / no | Raza: blanca, indígena, mestiza, negra | ESTUDIOS: ning., sec. años aprob., prim., univ. | Estado civil: casada, unión estable, soltera, otro

ANTECEDENTES

FAMILIARES: <TBC pulmonar>, <diabetes>, <hipertensión>, <preeclampsia eclampsia>, <otros>

PERSONALES (no / si): I, II

Cirugía tracto reproductivo (no / si)
Infertilidad
VIH
cardiopatía
nefropatía
condición médica grave

OBSTÉTRICOS

gestas previas | abortos | 3 espont. consec. | vaginales | cesáreas | partos

ÚLTIMO PREVIO: < de 2500 g / > de 4500 g / Preeclampsia/eclampsia

nacidos vivos | nacidos muertos | viven | muertos 1ª sem. | después 1ª sem.

fin anterior embarazo: día mes año | < de 1 año / > de 5 años

EMBARAZO PLANEADO (si / no)

FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO (si / no): no usaba, barrera, DIU, píldora hormonal, iny. hormonal, Qx., natural

EMBARAZO ACTUAL

PESO ANTERIOR: kg

TALLA (cm): 1

FUM / FPP: día | mes | año

DUDAS (no / si)

ANTITETANICA: previa (si / no) | actual 1ª / 2ª/R | mes gesta.

ANTIRUBEOLA: previa | no sabe | embarazo | no

GRUPO: Rh + / - | sensibil. si / no

FUMA (si / no) | cigarrillos por día

ALCOHOL (no / si)
DROGAS

Ex. CLINICO normal (si / no)
Ex. MAMAS normal (si / no)
Ex. ODONTOLÓGICO normal (si / no)
PAPANICOLAOU normal (si / no)
VIH solicitado (si / no)

CERVIX normal (si / no)

VDRL/RPR: - / + | < de 20 sem: día, mes | > de 20 sem: día, mes

Hb< 20 sem , | < 11 g
Hb> 20 sem , | < 11 g

EGO: - / + | < de 20 sem: día, mes | > de 20 sem: día, mes

Fe/Folatos Indicados: Fe (si / no) | Folatos (si / no) | Proporcionados (si / no)

ESTREPTOCOCOS B 35 a 37 semanas: - / + / no se hizo

ATENCIÓN PRENATAL EN:

Fechas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Edad Gestacional									
Peso (kg)									
Tensión arterial máx/min (mm HG)									
Alt. uterina pubis fondo / present. Cef./pelv./Tr.	/	/	/	/	/	/	/	/	/
F.C.F. (lat./min) / Movimiento fetal	/	/	/	/	/	/	/	/	/

PATOLOGIAS EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Ninguna | HTA previa | HTA inducida embarazo
Preeclampsia | Eclampsia | Cardiopatía
Nefropatía | Diabetes I II G | Otra condición grave
Corioamnionitis | Infección urinaria | Amenaza parto pret.
R.C.I.U. | rotura pre. memb. | hemorragia 1ra. mitad
hemorragia 2da. mitad | hemorragia post parto | infección puerperal
otras | Códigos | Códigos

PARTO ABORTO

Fecha Ingreso: día mes año

CARNÉ (si / no)
PARTOGRAMA (si / no)
CONSULTAS PRENATALES: Total
HOSPITALIZACIÓN EMBARAZO: Días
CORTICOIDES ANTENATALES CICLO ÚNICO: Si / No | Completo / Incompleto | Semana inicio | Múltiples / Ninguna
INICIO: Espontáneo / Inducido / Cesárea electiva
RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: Si / No | EG Sem | Tiempo hasta el parto: d h | < 37 sem. | > 18 hrs.
EDAD GEST. PARTO: Sem, Días | Por FUM / Por ECO
PRESENTACIÓN: Cef. / Pélvico / Trans.

TERMINACION

espont. | forceps | cesárea | vacuum | otra

hora | min. | día | mes | año

Indic. princ. de parto operatorio o inducción: oper | induc

Nacimiento vivo / Muerto: anteparto / parto / ignora momento

EPISIOTOMIA (no / si)
DESGARRO: no / 1 2 3 4

Oxitocina Manejo Act. Alumb. (si / no)
PLACENTA completa (si / no)

MÚLTIPLE: orden | fetos | 0=único

MEDICACION EN PARTO: ninguna | anest. reg. | anest. gen. | analges. | oxitoc. | antibiot. | sulfato magnesio | transfusión | otros

Acompañante: Pareja / Ninguno / Familiar / Otro
Posición Parto: Sentada / Cuclillas / Acostada
Ligadura Cordón: Precoz (< 30 seg) / Tardía (> 30 seg)
NIVEL DE ATENCION: 3° 2° 1° domic otro

ATENDIO: médico | enf./obst. | auxil. | estud./empir. | otro
nombre RN
PARTO: nombre
NEONATO: nombre

RECIEN NACIDO

SEXO: f / m / no def
PESO AL NACER: g | menor 2500 g

LONGITUD: cm
PER. CEF.: cm

EG CONFIABLE: sem. días | FUM / ECO | ESTIMADA
PESO E.G.: adec. / peq. / gde.
APGAR: 1° minuto 5°
REANIMACIÓN (si / no): O_2, máscara, tubo, masaje, adrenalina
FALLECE EN SALA DE PARTO (si / no)
REFERIDO: alojoni | hosp | otro hosp

DEFECTOS CONGENITOS: no / menor / mayor / código
ENFERMEDADES: Ninguna | código
Ex. Físico Normal (si / no)
Temp corp
Aplic Vitamina K (si / no)
Profilaxis infección Ocular (si / no)
Apego Precoz (si / no)

TAMIZAJE NEONATAL: VDRL/RPR — / + / no se hizo | TSH | Hbpatía | Audición | Bilirrubina | Meconio 1er día | Boca Arriba

EGRESO R.N.

hora | día | mes

vivo
vivo después del traslado
fallece
fallece después del traslado

EDAD Días completos | < de 1 día

LACTANCIA: exclusiva / parcial / fórmula

PESO AL EGRESO: g

EGRESO MATERNO

día | mes

viva
viva después del traslado
fallece
fallece después del traslado

Antirrubéola postparto (si / no)

PUERPERIO

hora	min.	T C	pulso	PA	invol.	loquios

Buena tolerancia oral (si / no)

Signos vitales estables: T (si / no) | FC (si / no) | FR (si / no)

Buena coloración (si / no)

Higiene del Recién nacido (si / no)

BCG Aplicada (si / no)

Número de Identidad

Recibió Consejería en PF (si / no)

Egresada con Método de PF: ninguno | referida | barrera | D.I.U. | hormonal | ligadura tubaria | natural | otro

Nombre RN:

Responsable del alta

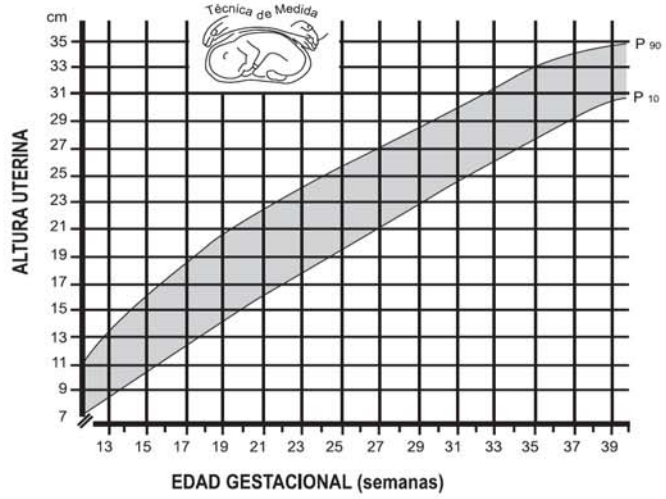
Responsable del alta

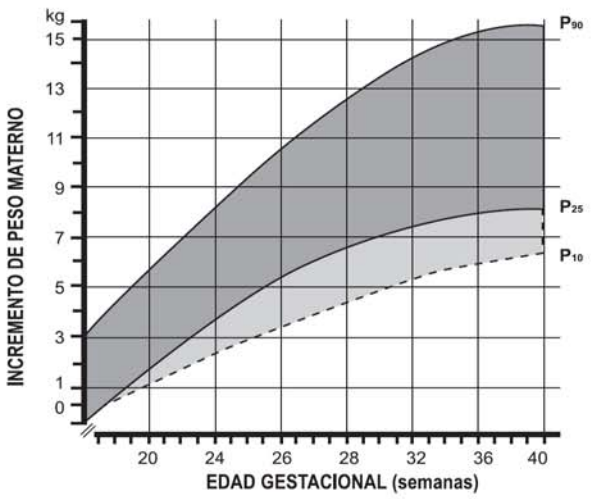
Amarillo significa ALERTA e indica que: más información, análisis y decisiones se encuentran registradas en otra/s hoja/s del expediente clínico

Nicaragua febrero 05

pp

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA





CLAP (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

LISTADO DE CODIGOS

Historia Clínica Perinatal - Base

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)
50 **GESTACION MULTIPLE**
51 **HIPERTENSION PREVIA**
01 Hipertensión previa esencial complicando EPP
02 Hipertención previa secundaria complicando EPP
52 **PREECLAMPSIA**
04 Hipertencón transitoria del embarazo
05 Preeclampsia leve
06 Preeclampsia severa y moderada
53 Hipertención previa con proteinuria sobreagregada
54 **ECLAMPSIA**
55 **CARDIOPATIA**
56 **DIABETES**
57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa
59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo
07 Test de tolerancia a la glucosa normal
60 **INFECCION URINARIA**
08 Bacteriuria asintomática del embarazo
61 **OTRAS INFECCIONES**
62 Infecciones del tracto genital en el embarazo
09 Sífilis complicando EPP
10 Gonorrea comnplicando EPP
11 Malaria
12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)
63 Hepatitis viral
64 TBC complicando EPP
78 Rubeola complicando EPP
65 **PARASITOSIS COMPLICANDO EPP**
66 **RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO**
67 **ANENAZA DEL PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)**
13 Incompetencia cervical
68 **DESPROPORCION CEFALOPELVICA**
14 Parto obstruido por malposicion y anomalia de la presentación del feto
15 Parto obstruido debido a anormalidad pélvica materna
16 Otros partos obstruidos por causa fetal
69 **HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE**
17 Mola hidatiforme
18 Aborto espontáneo y aborto retenido
19 Embarazo ectópico
20 Aborto inducido y terapéutico
21 Amenaza de aborto
70 **HEMORRAGIA DEL 2do Y 3er TRIMESTRE**
22 Placenta previa con hemorragia
23 Desprendimiento prematuro de placenta
24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación
25 Ruptura uterina antes o durante el parto
26 Laceracion obstétrica del cuello del útero
71 ANEMIA
27 Anemia por deficiencia de hierro
72 **RUPTURA PREMATURA A DE MENBRANAS**
28 Infección del saco amniótico y membranas
73 **INFECCION PUERPERAL**
29 Sepsis puerperal
30 Infección mamaria asociada al nacimiento
74 **HEMORRAGIA POST PARTO**
31 Placenta retenida
32 Utero atónico
33 Laceraciones perintales de 1ero y 2do grado
34 Laceraciones perinatales de 3ero y 4to grado
75 **OTRAS PATOLOGIAS ATERNAS**
35 Placenta previa sin hemorragia
36 Hiperemesis gravídica
37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertención
38 Dependencia de drogas
39 Sufrimiento fetal
40 Polihidramnios
41 Oligoamnios(sin mención de ruptura de menbranas)
42 Trabajo departo y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical
43 Complicaciones anestésicas durante parto y purperio
44 Embolismo obstétrico
45 Falla de cierre de la herida de cesárea
46 Falla de cierre de la episiotomía
47 SIDA
76 HIV positivo
48 Neoplastia maligna del cuello uterino
49 Neoplastia maligna de la glándula mamaria

PATOLOGIA NEONATAL
50 **ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINAS**
51 **SINDROMES ASPIRATIVOS**
52 **APNEAS POR PREMATUREZ**
53 **OTROS SDR**
01 Ductos arteriosos persistentes
02 Persistencia de la circulación fetal
03 Neumonía congénita
04 Neumotórax y enfisema intersticial
05 Taquipnea transitoria
06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el período prenatal

HEMORRAGIAS
07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido
55 Hemorragia pulmonar originada en el período prenatal
56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)
HIPERBILIRRUBINEMIAS
08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh
09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO
10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino
58 **HEMATOLOGICAS** (excluyendo P50-P59)
11 Policitemia neonatal
12 Anemia congénita
13 Otras afectaciones hematológicas
INFECCIONES
14 Diarrea
15 Meningitis
16 Onfalitis
17 Conjuntivitis
59 Infecciones de la piel del recién nacido
18 Septicemia
20 Enterocolitis necrotizante (ECN)
49 Tétanos neonatal
60 Sífilis congénita
61 Enfermedades congénitas virales
68 Síndrome de Rubeola congénita (SRC)
69 Citomegalovirus (CMV)
70 Toxoplasmosis congénita
39 HIV positivo
19 Otras infecciones del período perinatal
NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)
33 Hidrocefalia adquirida
34 Leucomalacia periventricular y cerebral
35 Trauma obtétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso peritérico
36 Hemorragia intracraneana no traumática
37 Convulsiones
71 Encefalopatía Hipóxico Isquémica
38 Otras afecciones del estado cerebral
METABOLICA/NUTRICIONAL
43 Síndrome de "hijo de diabética"
45 Hipoglicemia
46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales
66 **OTRAS PATOLOGIAS RN**
40 Retinopatía de la prematurez
41 Hernia inguinal
65 Síndrome de daño por frío

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION

01 Cesárea previa
02 Sufrimiento fetal agudo
03 Desproporción céfalo-pélvica
04 Alteración de la contractilidad
05 Parto prolongado
06 Fracaso de la inducción
07 Descenso detenido de la presentación
08 Embarazo múltiple
09 R.C.I.U.
10 Parto de pretérmino
11 Parto de postérmino
12 Presentación podálica
13 Posición posterior
14 Posición transversa
15 Ruptura prematura de menbranas
16 Infección ovular(sospechada o confirmada)
17 Placenta Previa
18 Abrupto placentae
19 Ruptura uterina
20 Preeclampsia y eclampsia
21 Herpes anogenital
22 Condilomatosis genital
23 Otras enfermedades maternas
24 Muerte fetal
25 Madre exhausta
26 Otras
76 VIH

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

01 Lidocaína o similar
02 Aminas simpatomiméticas
03 Gases anestésicos (pentrane - fluorane - ox. nitroso)
04 Barbitúricos
05 Relajantes musculares
06 Diazepóxidos
07 Meperidina
08 Espasmolíticos
09 Oxitocina
10 Prostaglandinas
11 Betalactámicos (Penicilinas-cefaloporinas)
12 Amiroglicósidos (gentamicina-amykacina)
13 Eritromicina
14 Metronidazol
15 Betamiméticos
16 Inhibidores de prostaglandinas
17 Antagonistas del calcio
18 Sulfato de magnesio
19 Hidralazina
20 Beta bloqueantes
21 Otros antihipertensivos
22 Sangre y derivados
23 Heparina
24 Corticoides
25 Cardiotónicos
26 Diuréticos
27 Aminofilina
28 Insulina
29 Difenilhidantoina
30 Otros

ANOMALIAS CONGENITAS

120 Anencefalia
121 Espina bífida/Meningocele
122 Hidranencefalia
123 Hidrocefalia
124 Microcefalia
125 Holoprosencefalia
127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central
128 Tronco arterioso
129 Trasposición grandes vasos
130 Tetralogía de Fallot
131 Ventrículo único
132 Doble tracto de salida de vent. derecho
133 Canal atrio-vent. completo
134 Atresia pulmonar
135 Atresia tricuspide
136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo
137 Coartación de aorta
138 Retorno venoso pulmonar anómalo total
139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias
140 Paladar hendido
141 Fistula traqueo-ensofágica
142 Atresia esofágica
143 Atresia de colon o recto
144 Ano imperforado
145 Onfalocele
146 Gastrosquisis
147 Atresia duodenal
148 Atresia yeyunal
150 Atresia ileal
150 Otras anomalías gastrointestinales
151 Genitales malformados
152 Agenecia Renal bilateral
153 Riñones poli o multiquísticos o displásticos
154 Hidronefrosis congénita
155 Extrofia de la vejiga
156 Otras anomalías nefrourinarias
157 Trisomía 13
158 Trisomía 18
159 Síndrome de Down
160 Otras anomalías cromosómicas
126 Labio hendido
161 Polidactilia
162 Sindactilia
163 Displasia esquelética
164 Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot)
165 Hernia Diafragmática
166 Hidrops fetalis
167 Oligoamnios severo
168 Otras anomalías musculoesqueléticas
169 Anomalías Tegumentarias

qq

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA

APELLIDO Y NOMBRE

Nº HISTORIA CLINICA

PARTOGRAMA - CLAP - OPS/OMS

Posición	Vertical	Horizontal			
Paridad	Todas	Multiparas		Nuliparas	
Membr.	Integras	Integras	Rotas	Integras	Rotas
	0,15	0,15	0,05	0,30	0,20
	0,25	0,25	0,10	0,35	0,35
	0,35	0,40	0,25	0,40	0,50
	1,00	0,55	0,35	1,00	1,05
	1,15	1,25	1,00	1,30	1,25
	2,10	2,20	2,30	2,15	2,30

VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

Parto

DILATACION CERVICAL (CM)

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

HORAS DE TRABAJO DE PARTO

HORA REAL

Planos de Hodge y Variedad de posición ..... (0)
Dilatación cervical ..... ●
Rotura espontánea memb. ..... REM.
Rotura artificial membranas ..... RAM

DOLOR

INTENSIDAD
Fuerte ..... +++
Normal ..... ++
Débil ..... +

LOCALIZACION
Suprapúbico ..... SP
Sacro ..... S

OBSERVACIONES
Meconio ..... M
Dip I I
Dip II. II
Dips variables V

POSICION MATERNA
Lateral derecha ..... LD
Lateral izquierda LI
Dorsal ..... D
Semisentada ..... SS
Sentada ..... S
Parada o caminando ..... PC

DIA	MES	AÑO

POSICION MATERNA														
TENSION ARTERIAL														
PULSO														
FREC. CARDIACA FETAL														
DUR. CONTRACCIONES														
FREC. CONTRACCIONES														
DOLOR / LOCALIZACION														
OBSERVACIONES	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o

rr

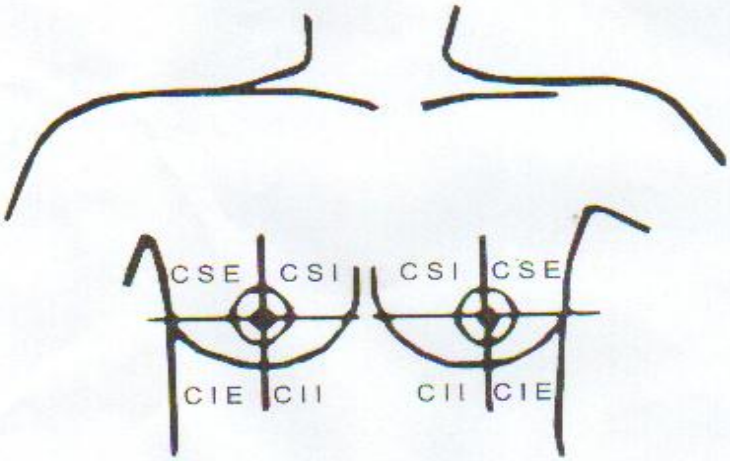
REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

EXP. No. _____
Edad _____

Unidad de Salud _____
Nombre Completo _____
Fecha _____ Dirección Exacta _____

Sexo: M☐ F☐

REGISTRO DE LOS HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN CLÍNICA



MAMA DERECHA MAMA IZQUIERDA

MARCAR CON UNA X EL SITIO
DE LESIÓN Y LA DISTANCIA DE LA AREOLA

Comentarios:

_____
_____
_____

***Este FORMATO se realiza una vez al año y se anexa en el expediente después de la Historia Clínica**