



Cuaderno de sistematización para el seguimiento de Internaciones en establecimientos de I nivel de atención

I. Descripción

El diseño de este cuaderno está destinado a facilitar el registro, el ordenamiento y la organización (la sistematización) mensual de los datos que surgen de las actividades curativas (medicina y cirugía) que se realizan en establecimientos de I nivel de atención que tienen camas para el seguimiento a los pacientes internados durante los doce meses del año.

Por otra parte, facilita el procesamiento de la información que cada fin de mes debe ser vaciada al Formulario 301a del Informe Mensual de Producción de Servicios.

En este cuaderno, NO se deben registrar las actividades que se realizan en consulta externa o actividades preventivas.

II. Reglas obligatorias para el buen manejo del Cuaderno

- Escriba los datos en el cuaderno, con letra clara y con números entendibles.

- Utilice el mismo signo (✓) para el registro, de manera que no exista un uso indiscriminado de signos, lo cual llevaría a confusiones u otras interpretaciones el momento de procesar la información.
- Use siempre el Tiqueo (✓) para el registro, puesto que confirma que es correcto, a diferencia del símbolo (X), que puede dar lugar a distintas interpretaciones.
- Si comete algún error en el registro, no tache o tarje el error, bórralo de manera que permita identificar claramente el dato correcto.
- No deje información sin registrar, porque después no dispondrá de tiempo para hacerlo o habrá olvidado gran parte de la información que no registró en su momento.
- Al finalizar el mes, usted deberá sumar dos o más veces los datos de cada una de las columnas del cuaderno, que tienen las casillas de total en blanco, hasta que el resultado obtenido coincida.

III. Instructivo

Días Cama Disponibles para otros Servicios

(Margen Superior Derecho del Cuaderno)

El primer día del mes, se debe calcular con cuántos **Días Cama Disponibles** cuenta el establecimiento para el mes que se está informando. Para esto, se deben sumar las camas habilitadas, el



resultado anotar en la primera casilla en blanco; posteriormente anote el número de días del mes en la segunda casilla, por último se debe multiplicar ambos y el resultado anotar en el espacio en blanco de la última casilla.

Nº de Orden

(Columna 1)

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

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

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

Fecha

(Columna 2)

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

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

Número de Historia Clínica

(Columna 3)

Se refiere al **Número** de historia clínica del o la paciente.

Anote el **número** de historia clínica del o la paciente, si no tuviese, deberá abrirle una historia y asignarle un número.

Número de Asegurado

(Columna 4)

En esta columna se debe anotar el **Número asignado por el seguro**

Apellidos y Nombres

(Columna 5)

Se refiere a la identidad de la persona que consulta.

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

Sexo

(Columnas 6 y 7)

Tiquee (✓) en las **Columnas 6 y 7**, si las personas internadas son de sexo **Masculino o Femenino**.

Edad (en años)

(Columnas 8 - 17)

Se refiere a la edad cumplida por la persona internada.

La variable **Edad (en años)** está clasificada en grupos de edad, **Menor de 6 meses, 6 meses a menor de 1 año, 1 a 4 años, 5 a**



9 años, 10 a 14 años, 15 a 19 años, 20 a 39 años, 40 a 49 años, 50 a 59 años y 60 años o más.

Anote en la **Columna 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17** la edad de la persona internada de acuerdo al grupo correspondiente.

Ingreso

(Columnas 18 y 19)

Anote en la **Columna 18 (Referido)** si el paciente fue referido de otro establecimiento de salud.

Anote en la **Columna 19 (Espontáneo)** si el paciente llegó al establecimiento y solicitó servicios por iniciativa propia o de algún familiar.

Diagnóstico de Ingreso

(Columna 20)

Se refiere al diagnóstico **presuntivo** con el cual el paciente es internado. Este diagnóstico pudo haber sido establecido por los servicios de consulta externa, emergencia, otro del mismo establecimiento de salud o de otro de menor capacidad de resolución.

Escriba solamente el diagnóstico presuntivo y no los signos o síntomas que presentó el o la paciente.

SI EL DIAGNÓSTICO CORRESPONDE A UNA ENFERMEDAD OBJETO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, INME-

DIATAMENTE SE DEBE PROCEDER A LA COMUNICACIÓN AL NIVEL SUPERIOR Y AL LLENADO DEL FORMULARIO SNIS-VES 302a

Ejemplo 3

Gripe (NO colocar Fiebre, tos, etc).

Sarampión (NO colocar erupción, fiebre, etc.)

Cirugía

(Columna 21)

Se refiere a la intervención quirúrgica a la que fue sometida la persona.

Tiquee (✓) en la **Columna 21**, si el o la paciente fue sometido(a) a una intervención quirúrgica **mediana**.

Anestesia

(Columnas 22 y 23)

Tiquee (✓) en la **Columna 22 o 23**, si durante la intervención quirúrgica se utilizó **anestesia general o regional**.

Diagnóstico de Egreso

(Columna 24)

Se refiere al diagnóstico final con el cual el o la paciente egresa del establecimiento. A este diagnóstico se llega después de preguntar, examinar e interpretar los exámenes complementarios.



Escriba en la **Columna 24**, únicamente el diagnóstico o **diagnósticos etiológicos** y no signos y/o síntomas.

Si en un caso se ha diagnosticado más de una patología, se debe tomar en cuenta a todas, especialmente la que fue la causa básica y/o principal de la internación y aquellas que son de declaración obligatoria incluyendo la causa externa.

Estancia de Internación en el establecimiento

(Columnas 25 – 27)

Se refiere al tiempo que el o la paciente estuvo internado(a) en el establecimiento de salud.

Anote en la **Columna 25 (Fecha de Egreso) la fecha**, (Día, Mes y Año) en la que el o la paciente es **dado(a) de alta o fallece**.

Anote en la **Columna 26 (Días de estancia)** el número de días que el o la paciente permaneció internado(a) en el establecimiento.

Anote en la **Columna 27 (Días cama ocupadas)** el número de días cama que él o la paciente ocupó(a) en el establecimiento.

Tipo de Egreso

(Columnas 28 – 32)

Se refiere a la característica del egreso del paciente, incluyendo si es por fallecimiento.

Tiquee (✓) en las **Columnas 28 (Alta Médica), 29 (Alta Solicitada) o 30 (Fuga)**, según corresponda.

Tiquee (✓) en las **Columnas 31 o 32** si el o la paciente **falleció antes o después de las 48 horas** de su internación.

Mortalidad dentro del Servicio

(Columna 33 – 40)

Se refiere al seguimiento de la mortalidad ocurrida dentro del servicio.

Mortalidad en el menor de cinco años

(Columnas 33 – 42)

Muerte Fetal (Óbito)

(Columna 33)

Muerte ocurrida antes de la expulsión completa o extracción del producto de gestación de la madre, independientemente de la duración del embarazo. Luego de la separación el feto no muestra ninguna evidencia de vida (latido cardíaco, pulsación del cordón umbilical o producción de movimientos por músculos voluntarios).

Para su registro esta debe ser notificada y registrada por el comité de mortalidad perinatal y neonatal.

Muerte neonatal temprana (0-6 días)

(Columna 34)



Muerte que ocurre durante los primeros 7 días de vida. (0-6 días), El primer día de vida es considerado como día 0. Para su registro esta debe ser notificada y registrada por el comité de mortalidad perinatal y neonatal.

Muerte neonatal tardía (7-27 días) confirmada

(Columna 35)

Se anotará la Muerte neonatal tardía (7-27 días) confirmada, Si la muerte ocurre después del séptimo día pero antes de los 28 días de vida. Para su registro esta debe ser notificada y registrada por el comité de mortalidad perinatal y neonatal.

Muerte del menor de 28 días por sepsis

(Columna 36)

Anotar la Muerte del menor de 28 días por sepsis, entendida como la muerte que ocurre antes de los 28 días de vida y tiene como causa directa de muerte el diagnóstico de sepsis.

Muerte del menor de 28 días por asfixia perinatal

(Columna 37)

Registre la Muerte del menor de 28 días por asfixia perinatal, entendida como la muerte que ocurre antes de los 28 días de vida y tiene como causa directa de muerte el diagnóstico de asfixia perinatal.

Muerte del niño(a) de 28 días a menor de 1 año

(Columna 38)

Registre la Muerte del niño(a) de 28 días a menor de 1 año, considerada como mortalidad infantil, la misma ocurre entre el día vigésimo octavo día hasta los 11 meses y 29 días.

Anote en las **Columnas 38 a la 42**, la **muerte en el menor de 5 años por diarrea, neumonía y desnutrición aguda grave**, así como **la muerte en el menor de 5 años por otras causas** producidas dentro del establecimiento por grupos de edad.

Muerte Materna

(Columna 43)

Tiquee (✓) la muerte materna: Son las defunciones en la mujer gestante o puerpera debidas a complicaciones del embarazo, parto y/o puerperio durante su internación.

Muerte todas las causas de 5 años o más

(Columnas 44)

Tiquee (✓) en la **columna 44**, la muerte producida en personas de 5 años y más por todas las causas, excepto las producidas por complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

Referencia y Contrareferencias

(Columnas 45- 50)

Pacientes referidos recibidos por el establecimiento

(Columna 45)



Se entiende por el registro de pacientes referidos de otros establecimientos que son recibidos por el establecimiento para su atención.

Pacientes referidos a otros establecimientos

(Columna 46)

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

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

(Columna 47)

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

Pacientes contrareferidos al establecimiento

(Columna 48)

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

Pacientes referidos de la comunidad o medicina tradicional

(Columna 49)

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

Pacientes referidos a la medicina tradicional

(Columna 50)

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

IV. Procesamiento de los Datos

El procesamiento de los datos registrados en un mes en el Cuaderno de Internaciones debe realizarse cumpliendo determinados pasos, antes de su vaciado al Formulario del Informe Mensual de Producción de Servicios 301a.

Estos pasos son los siguientes:

Para transcribir los datos al instrumento de consolidación tome en cuenta lo siguiente:

1. El conjunto de estas variables está en directa relación con los siguientes grupos de variables del **Informe Mensual de Producción de Servicios 301a:**

- **12. INTERNACIONES**



2. Transcriba los totales obtenidos en cada una de las columnas dejándose guiar por el orden en que están dispuestas las variables en el formulario de consolidación.

Transcripción de los datos al Formulario del Informe Semanal y Mensual de Morbilidad para Vigilancia Epidemiológica.

- **Muerte materna**
- **Muerte en el menor de 5 años**
- **Muerte por otras causas en mayores de 5 años**

ESTOS DATOS DE MORTALIDAD DEBEN SER SUMADOS CON LOS DATOS REGISTRADOS EN TODOS LOS DEMÁS CUADERNOS QUE CONSIGNAN LA MUERTE FUERA DEL ESTABLECIMIENTO.