



Manual de Registro y Codificación
en la Consulta Ambulatoria

Componente de Prevención y Control de daños No Transmisibles



Sistema de Información HIS

2020



PERÚ

Ministerio
de Salud

Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud



“Manual de Registro y Codificación de la Atención. Componente de Prevención y Control de Daños No transmisibles”
Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnologías de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

Equipo de Trabajo:

DGIESP

Aldo Lucchetti Rodríguez Director General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

Magda Hinojosa Campos, Directora Ejecutiva de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas

Jorge Hanco Saavedra, Responsable Nacional del Componente de Daños No transmisibles

Kathy Bolivar Palomino, Equipo Técnico del Componente de Daños No transmisibles

OGEI-OGTI

Albertico Quispe Cruzatti, Director Ejecutivo de la Oficina Gestión de la Información.

Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina Gestión de la Información

Marco Polo Bardales Espinoza, Equipo Técnico de la Oficina Gestión de la Información

Diseño y Diagramación

Julie Guillen Ramos, Equipo Técnico de la Oficina Gestión de la Información

©MINSa-febrero 2021.

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú

Tel.: (51-1) 315-6600

www.gob.pe/minsa

webmaster@minsa.gob.pe

1ra Edición, febrero 2021

Tiraje: -----

Imprenta: -----(Nombre de la imprenta)

RUC:

Dirección:

Teléfono:

E-mail:

Se terminó de imprimir en --mes--- 2021.

Versión Digital:



Óscar Raúl Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud

Percy Luis Minaya León
Viceministro de Salud Pública

Bernardo Elvis Ostos Jara
**Viceministro de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud**

Silviana Gabriela Yancourt Ruiz
Secretaria General

Karim Jaqueline Pardo Ruíz
**Directora General de Intervenciones
Estratégicas en Salud Públicas (e)**

Miguel Ángel Gutierrez Reyes
**Director General de la Oficina General de
Tecnologías de la Información**



CONTENIDO

| | Pág. |
|---|-----------|
| Actividades más frecuentes | 07 |
| Instrucciones para el registro y codificación de las actividades | 08 |
| Valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no transmisibles | 08 |
| Personas de 05 a 11 años con valoración clínica de factores de riesgo | 09 |
| Personas de 12 y 17 años con valoración clínica de factores de riesgo | 10 |
| Personas de 18 a 29 años con valoración clínica de factores de riesgo | 12 |
| Evaluación del Riesgo cardiovascular | 12 |
| Personas de 30 a 39 años con valoración clínica de factores de riesgo | 14 |
| Evaluación del Riesgo cardiovascular | 15 |
| Personas de 40 a 59 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratoria | 17 |
| Evaluación del Riesgo cardiovascular | 18 |
| Personas mayores de 60 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial | 19 |
| Evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC) | 20 |
| Evaluación del Riesgo cardiovascular | 20 |
| Tratamiento y control a personas con diagnóstico de hipertensión arterial | 22 |
| Manejo de emergencia o urgencia hipertensiva | 22 |
| Urgencia hipertensiva sin diagnóstico previo de hipertensión | 22 |
| Urgencia hipertensiva con diagnóstico previo de hipertensión | 23 |
| Emergencia hipertensiva sin diagnóstico previo de hipertensión | 23 |
| Emergencia hipertensiva con diagnóstico previo de hipertensión | 24 |
| Tratamiento y control de personas con dislipidemias | 24 |
| Registro de primera consulta médica | 25 |
| Paciente hipertenso de no alto riesgo controlado | 25 |
| Controles Mensuales | 26 |
| Control a los 6 meses | 26 |
| Personas hipertensas con tratamiento especializado | 27 |
| UPSS Cardiología/Medicina Interna | 27 |
| Manejo Integral especializado | 28 |
| UPSS Nefrología | 28 |
| UPSS Oftalmología | 29 |
| UPSS Endocrinología | 29 |
| Pacientes hipertensos con estratificación de riesgo cardiovascular | 29 |

| | |
|---|-----------|
| Tratamiento a personas con diagnóstico de diabetes | 30 |
| Manejo básico de crisis hipoglucémica o hiperglucémica en pacientes diabéticos | 30 |
| Pacientes diabéticos no complicados controlado | 31 |
| Controles mensuales | 31 |
| Registro de consulta de control a los 3 meses | 32 |
| Pacientes diabeticos con tratamiento especializado | 32 |
| UPS Nefrología | 33 |
| UPS Oftalmología | 33 |
| Valoración de complicaciones en personas con diabetes | 34 |
| UPSS Oftalmología | 34 |
| UPSS Nefrología | 34 |
| UPSS Endocrinología | 35 |
| Manejo de enfermedad renal diabetica | 35 |
| Manejo del sobrepeso y obesidad | 36 |
| Sobrepeso | 36 |
| Obesidad | 36 |
| Pacientes con enfermedad cardiometabólica organizados que reciben educación para el control de la enfermedad | 37 |
| Registro de Sesión educativa con tema de prevención de hipertensión | 37 |
| Registro de Sesión educativa con tema de prevención de Diabetes | 37 |
| Registro de Sesión Demostrativa con tema de prevención de hipertensión | 38 |
| Registro de Sesión Demostrativa con tema de prevención de diabetes | 38 |
| Registro de Sesión educativa con tema de prevención de Diabetes | 39 |
| Registro de Sesión Demostrativa con tema de prevención de hipertensión | 39 |
| Registro de Sesión Demostrativa con tema de prevención de diabetes | 39 |
| Registro de Sesión de Grupo de Ayuda Mutua con tema de prevención de hipertensión | 40 |
| Registro de Sesión de Grupo de Ayuda Mutua con tema de prevención de diabetes | 40 |
| Registro los servicios de teleorientación y telemonitoreo | 41 |
| Valoración Clínica y Tamizaje laboratorial de Enfermedades Crónicas No Transmisibles | 41 |
| Evaluación y entrega de Resultados a través de Telemonitoreo | 42 |
| Seguimiento de pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial a través de Telemonitoreo | 43 |
| Seguimiento de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus a través de Telemonitoreo | 44 |
| Registro de servicios de teleconsulta | 45 |

COMPONENTE DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Actividades más frecuentes

| Código | Diagnóstico / Actividad | Código | Diagnóstico / Actividad |
|--------|--|----------|--|
| E100 | Diabetes Mellitus tipo 1 con coma | I64 | Acidente cerebrovascular no especificado como hemorragia o infarto |
| E101 | Diabetes Mellitus con cetoacidosis | | |
| E110 | Diabetes Mellitus tipo 2, con coma | | |
| E111 | Diabetes Mellitus tipo 2, con cetoacidosis | N181 | Enfermedad renal crónica etapa 1 |
| | | N182 | Enfermedad renal crónica etapa 2 |
| E112 | Diabetes Mellitus tipo 2, con complicaciones renales | N183 | Enfermedad renal crónica etapa 3 |
| | | N184 | Enfermedad renal crónica etapa 4 |
| E113 | Diabetes Mellitus tipo 2, con Complicaciones Oftálmicas | N185 | Enfermedad renal crónica etapa 5 |
| | | R030 | Lectura elevada de la presión sanguínea, sin diagnóstico de hipertensión |
| E114 | Diabetes Mellitus tipo 2, con complicaciones neurológicas | | |
| E115 | Diabetes Mellitus tipo 2, con Complicaciones Circulatorias Periféricas | R730 | Prueba de tolerancia a la glucosa anormal |
| | | R739 | Hiperglicemia, no especificada |
| E116 | Diabetes Mellitus tipo 2, con otras Complicaciones Especificadas | 99199.22 | Tamizaje de la presión arterial |
| | | Z017 | Examen de laboratorio |
| E117 | Diabetes Mellitus tipo 2, con Complicaciones Múltiples | Z019 | Valoración Clínica de Factores de Riesgo |
| E118 | Diabetes Mellitus tipo 2, con complicaciones no especificadas | 99199.23 | Estratificación del riesgo cardiovascular global |
| E119 | Diabetes Mellitus tipo 2, sin complicaciones | Z720 | Problemas relacionados con el uso de tabaco |
| E160 | Hipoglicemia Inducida por fármacos sin coma | Z721 | Problemas sociales relacionados con el uso de alcohol |
| E162 | Hipoglicemia, no especificada | Z723 | Problemas relacionados con la falta de ejercicio físico |
| E65 | Adiposidad localizada | | |
| E669 | Obesidad | Z724 | Problemas relacionados con la dieta inadecuada y hábitos alimenticios |
| E6691 | Obesidad I | | |
| E6692 | Obesidad II | Z833 | Antecedente familiares de diabetes mellitus |
| E6693 | Obesidad III | | |
| E6690 | Sobrepeso | Z834 | Antecedentes familiares de otras enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. |
| E782 | Hiperlipidemia Mixta | | |
| E785 | Hiperlipidemia no especificada (Dislipidemia) | 93000 | Electrocardiograma |
| G632 | Polineuropatía diabética | 99401.13 | Consejería en estilos de vida saludable |
| H360 | Retinopatía diabética | | |
| H420 | Glaucoma en enfermedades endocrinas | C0009 | Sesión educativa |
| | | C0010 | Sesión demostrativa |
| I10 | Hipertensión Esencial (Primaria) | C0012 | Sesión de ayuda mutua |
| I110 | Enfermedad Cardíaca Hipertensiva con Insuficiencia Cardíaca (Congestiva) | 99499.09 | Teleorientación síncrona |
| | | 99499.10 | Telemonitoreo |
| | | 83036 | Dosaje de Hemoglobina; glucosilada (A1C) |
| I119 | Enfermedad Cardíaca Hipertensiva sin Insuficiencia Cardíaca (Congestiva) | 82947 | Dosaje de glucosa |
| | | 99209.04 | Evaluación nutricional antropométrica |
| I499 | Arritmia Cardíaca, no Especificada | 99214.07 | Evaluación del pie diabético |
| I209 | Angina de pecho, no especificada | 99402.17 | Consejería en actividad física |

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA COMPONENTE DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Este Componente desarrolla actividades de atenciones de salud, orientadas a la promoción de conductas saludables y a la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles.

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales.

A. ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al día, historia clínica, DNI, financiador, pertenencia étnica, distrito de procedencia, edad, sexo, establecimiento y servicio se registran siguiendo las indicaciones planteadas en el capítulo de Aspectos Generales del presente Documento Técnico.

En el ítem: Tipo de diagnóstico se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de registrar: Marcar con un aspa (X)

P: (Diagnóstico presuntivo) Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de Lab. Su carácter es provisional.

D: (Diagnóstico definitivo) Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.

R: (Diagnóstico repetido) Cuando el paciente vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

Si son más de tres (03) los diagnósticos y/o actividades los que se van a registrar, continúe en el siguiente registro y trace una línea oblicua entre los casilleros de los ítems día hasta servicio y utilice los siguientes tres (03) ítems del campo “diagnósticos y/o actividades” para completar el registro de la atención.

Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

VALORACIÓN CLÍNICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES – 3000015 (Valoración Clínica de Factores de Riesgo)

Definición Operacional.- Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión arterial, incluye la valoración clínica, exámenes de laboratorio y consulta por profesional de la salud para la entrega de resultados y manejo.

La valoración clínica incluye: valoración del índice de masa corporal (IMC), medición del perímetro abdominal, valoración de estilos de vida y medición de presión arterial. Se emplea 25 minutos.

El tamizaje laboratorial incluye: dosaje de glucemia en plasma venoso y perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL calculado y triglicéridos), según corresponda al grupo de edad.

El tamizaje de laboratorio se realiza en mayores de 40 años, sin embargo, las personas menores de 40 años en caso se identifique algún factor de riesgo según GPC.

PERSONAS DE 05 A 11 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO (5001504)

Definición Operacional. - Conjunto de actividades realizadas por profesional de salud para valoración del índice de masa corporal (IMC) y estilos de vida. Se emplea 20 minutos, en niños de 5 a 11 años.

Se tiene la siguiente clasificación:

| IMC PARA LA EDAD | | |
|------------------|----------------------------|---------------|
| CIE10 | Punto de Corte | Clasificación |
| E669 | 97 percentil | Obesidad |
| E6690 | > 85 percentil | Sobrepeso |
| | >Percentil 3 <85 percentil | Normal |

Fuente: RM 1120-2017/MINSA. GT para la identificación, tamizaje y manejo de factores de riesgo cardiovasculares y de diabetes mellitus tipo 2.

Cuando no se identifican factores de riesgo

En el ítem peso y talla, registrar en valores numéricos la peso(kg) y talla(m)

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º casillero Consejería en estilos de vida saludable

En el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º, y 2º casilleros marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero DNT de daños no trasmisibles

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|--|---|---|-----------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ | | | | | | |
| 8 | 45320 | 2 | Huancayo | 9 | M | PC | PESO | 30 | N | 1. Valoración Clínica de factores de riesgo | P | D | R | DNT | | | 2019 |
| | | | | | F | Pab | TALLA | 1.40 | C | 2. Consejería en estilos de vida | P | D | R | | | | 99401.13 |
| | 85274136 | 58 | | | D | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | |

Cuando se identifican factores de riesgo

En el ítem peso y talla, registrar en valores numéricos la peso(kg) y talla(m)

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º casillero sobrepeso.
- En el 3º casillero examen de laboratorio
- En el 4º casillero la consejería en estilos de vida saludable

En el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1º, 2º, 3º y 4º casilleros corresponde “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero “DNT” de daños no trasmisibles

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|----------|----------|---|--|---|---|-----------|---|-----|------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ | | | | | | | |
| 8 | 45320 | 2 | Paras | 9 | A | M | PC | PESO | 37 | N | N | 1. Valoración Clínica de factores de riesgo | P | D | R | DNT | | Z019 |
| | 85274136 | | | | M | F | Pab | TALLA | | C | C | 2. Sobrepeso | P | D | R | | | E6690 |
| | | 58 | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. Examen de laboratorio | P | D | R | | | Z017 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ | | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | | | N | N | 4. Consejería estilos de vida saludable | P | D | R | | | 99401.13 |
| | | | | | M | F | Pab | TALLA | | C | C | 5. | P | D | R | | | |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 6. | P | D | R | | | |



Quando se identifican factores de riesgo, en el ejemplo se muestra la identificación de sobrepeso, por lo cual corresponde indicar examen de laboratorio según criterio médico.

Quando se cuenta con resultados de laboratorio positivo (personas que presentan factores de riesgo)

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º y 2º casillero los diagnosticos encontrados (hiperglicemia no especificada y dislipidemia)
- En el siguiente casillero Consejería en estilos de vida saludable.

En el ítem tipo de diagnóstico

- Todos los casilleros se marcan con “D” de diagnóstico definitivo.

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|----------|----------|---|--|--|---|-----------|---|----|------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ | | | | | | | |
| 19 | 7622210 | 2 | Paras | | A | M | PC | PESO | 37 | N | N | 1. Hiperglicemia, no especificada | P | D | R | | | R739 |
| | | | | | M | F | Pab | TALLA | 1.40 | C | C | 2. Dislipidemia | P | D | R | | | E785 |
| | 85421 | 58 | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. Consejería en estilos de vida saludable | P | D | R | | | 99401.13 |

PERSONAS DE 12 Y 17 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO (5001501)

Definición Operacional. - Conjunto de actividades realizadas por profesional de salud para valoración del índice de masa corporal (IMC) y estilos de vida. Se emplea 20 minutos en adolescentes de 12 a 17 años.

IMC PARA LA EDAD

| CIE10 | Punto de Corte | Clasificación |
|-------|---------------------------|---------------|
| E669 | 97 percentil | Obesidad |
| E6690 | > 85 percentil | Sobrepeso |
| | >Percentil 3<85 percentil | Normal |

Fuente: RM 1120-2017/MINSA. GT para la identificación, tamizaje y manejo de factores de riesgo cardiovasculares y de diabetes mellitus tipo 2.

Cuando no se identifican factores de riesgo

En el ítem peso y talla, registrar en valores numéricos el peso(kg) y talla(m)

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º Consejería en estilos de vida saludable

En el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º, y 2º casilleros marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero DNT de daños no trasmisibles

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|----------|----------|---|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|----|-----|------------------|----|------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | | ETNIA | | | | | | | | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | 2º | | 3º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | |
| 8 | 12345678 | 2 | San Juan de Lurigancho | 15 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 50 | N | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Valoración clínica de factores de riesgo | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | DNT | | | Z019 |
| | 1234 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | TALLA | 1.52 | <input checked="" type="checkbox"/> | C | 2. Consejería en estilos de vida saludable | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | |
| | | 58 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | F | Pab | Hb | | R | R | | 3. | P | D | R | | |

Cuando se identifican factores de riesgo

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º casillero sobrepeso.
- En el 3º casillero el examen de laboratorio.
- En el 4º casillero la consejería en estilos de vida saludable

En el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º, 2º y 3º casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero “DNT” de daños no trasmisibles

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|----------|----------|---|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|----|-------------------------------------|------------------|-----------------------------------|----------|-------|------|--|--|----------------------------|--|--|--|--|--|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | | ETNIA | | | | | | | | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | 2º | | 3º | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | (*FECHA DE NACIMIENTO: / / | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: / / | | | | | |
| 18 | 7622210 | 2 | Paras | 15 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 58 | N | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Valoración Clínica de Factores de Riesgo | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | DNT | | | Z019 | | | | | | | | | | |
| | 85421 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | TALLA | 1.52 | <input checked="" type="checkbox"/> | C | 2. Sobrepeso | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | | E6690 | | | | | | | | | |
| | | 58 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | F | Pab | Hb | | R | R | | 3. Examen de laboratorio | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | Z017 | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | (*FECHA DE NACIMIENTO: / / | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: / / | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | PESO | | N | N | 4. Consejería en estilos de vida saludables | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 99401.13 | | | | | | | | | | |
| | | | | | M | | | TALLA | | C | C | 5. | P | D | R | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 6. | P | D | R | | | | | | | | | | | | | | |



Cuando se identifican factores de riesgo, en el ejemplo se muestra la identificación de sobrepeso, por lo cual corresponde indicar examen de laboratorio según criterio médico.

Cuando se cuenta con resultados de laboratorio

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º y 2º casillero los diagnosticos encontrados (hiperglicemia no especificada y dislipidemia)
- En el siguiente casillero Consejería en estilos de vida saludable.

En el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º y 2º casilleros marque “D” de diagnóstico definitivo.

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|-------------------------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------|-------------------------------------|---|-----------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | (*)FECHA DE NACIMIENTO: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: | | | | FECHA DE ULTIMA REGLA: | | | | | |
| 19 | 7622210 | 2 | Paras | 15 | M | PC | | N | N | 1. Dislipidemia | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | E785 |
| | 85421 | 58 | | 15 | M | Pab | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Hiperglicemia no especificada | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | R739 |
| | | | | | D | | Hb | R | R | 3. Consejería en estilos de vida saludable | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 99401.13 |

PERSONAS DE 18 A 29 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO (5001502)

Definición Operacional. - Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, en personas de 18 a 29 años. Como valoración clínica corresponde: valoración del índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, medición de la presión arterial y estilos de vida; si no tienen alto riesgo se realiza la consejería y acuerdos para modificar estilos de vida. Se emplea 20 minutos.

En personas con riesgos elevados: sobrepeso, obesidad, antecedentes familiares directo de diabetes (padres y hermanos) y/o hipertensión arterial, solicitar tamizaje laboratorial de glucosa y perfil lipídico; en estas personas la valoración clínica y tamizaje termina con la consulta médica para la entrega de resultado y se recomendará una re-evaluación clínica de sus factores de riesgo anual, así como modificación de sus estilos de vida.

En el caso tener resultados anormales de glucosa o perfil lipídico o presión arterial alta se aplicará el producto de tratamiento y control de diabetes o hipertensión. La consulta médica dura 15 minutos.

Evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC)

IMC PARA LA EDAD

| CÓDIGO | PUNTO DE CORTE (IMC) | CLASIFICACIÓN |
|--------|----------------------|---------------|
| E6690 | 25 a < 30 | Sobrepeso |
| E6691 | 30 a < 35 | Obesidad I |
| E6692 | 35 a < 40 | Obesidad II |
| E6693 | ≥ a 40 | Obesidad III |

Fuente: Adaptado de la OMS, 1995. El estado físico: Uso e interpretación de la Antropometría. Informe del Comité de Expertos de la OMS, Serie de Informes técnicos 854, Ginebra, Suiza.

Luego de realizar la medición de peso, talla y perímetro abdominal, se registraran los valores obtenidos en el casillero del HIS correspondiente a peso talla y perímetro abdominal.

Evaluación del Riesgo cardiovascular

Se realiza en personas mayores de 20 años, en la cual se evalúan cinco variables: edad, colesterol total, HDL, tabaquismo, presión arterial sistólica y se les asigna un puntaje de acuerdo con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 1120-2017/MINSA, Guía Técnica para la Identificación, Tamizaje y Manejo de Factores de Riesgo Cardiovasculares y de Diabetes Mellitus tipo 2.



Valoración de Riesgo Cardiovascular

Nivel de Riesgo

Valor en Lab

Bajo
Alto

| Framingham | |
|------------|------------|
| BAJ | <14 puntos |
| ALT | >15 puntos |

Quando no se identifican factores de riesgo

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º casillero el Examen de la Presion arterial

En el ítem Tipo de Diagnóstico

- En el 1º y 2º casilleros marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero “DNT” de daños no transmisibles.
- En el 2º casillero “N” el resultado del examen de presión sanguínea: “N” si es normal y “A” si es anormal.

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|---------|--------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|-----------------------------------|-----|------------------|----|----------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | | ETNIA | | | | | | | | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | 2º | | 3º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | |
| 8 | 12345678 | 2 | San Juan de Miraflores | 20 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | 60 | N | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Valoración clínica de factores de riesgo | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | DNT | | | 2019 |
| | 1234 | | | | <input type="checkbox"/> | M | | TALLA | 1.65 | <input checked="" type="checkbox"/> | C | 2. Tamizaje de presión arterial | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | N | | | 99199.22 |
| | | 58 | <input type="checkbox"/> | | F | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | | | |



La presión arterial normal es <120/80 alterada cuando es ≥ 120/80).

Quando se identifican factores de riesgo

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º casillero el diagnóstico o los diagnósticos que se identifiquen.
- En el 3º casillero el examen de laboratorio.
- En el 4º casillero el Examen de la Presion Sanguinea

- En el 5º casillero la Consejería en estilos de vida saludable

En el ítem Tipo de Diagnóstico marcar:

- En el 1º, 2º, 3º, 4º y 5º casilleros marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero “DNT”
- En el 4º casillero del Examen de la Presion Sanguinea: “N” si es Normal y “A” si es Anormal

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|---|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----|----|------------------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | |
| 13 | 754125 | 2 | Callao | 26 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 82 | N | N | 1. Valoración Clínica de Factores de Riesgo | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | DNT | | 2019 |
| | 95135746 | 58 | | | M | | | TALLA | 1.65 | C | C | 2. Obesidad | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | E669 |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 3. Examen de laboratorio | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | PESO | | N | N | 4. Tamizaje de presión arterial | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | N | | 99199.22 |
| | | | | | M | | | TALLA | | C | C | 5. Consejería en estilos de vida saludable | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | 99401.13 |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 6. | P | D | R | | | |



La presión arterial normal es <120/80 alterada cuando es ≥ 120/80)

Cuando se cuenta con los resultados de laboratorio

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º y 2º casillero los diagnosticos encontrados (hiperglicemia no especificada y dislipidemia)
- En el 3º casillero, Valoración del riesgo Cardiovascular
- En el 4º casillero, Consejería en estilos de vida saludable.

En el ítem Tipo de Diagnóstico marcar:

- En el 1º, 2º, 3º y 4º casilleros marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 3º casillero BAJ o ALT

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|--|----------------|-------------------------------------|-----------|-----|----|------------------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | |
| 13 | 95135746 | 2 | Callao | 26 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 82 | N | N | 1. Dislipidemia | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | E785 |
| | | | | | M | | | TALLA | 1.65 | | | 2. Hiperglicemia | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | R739 |
| | 754125 | 58 | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. Valoración del riesgo Cardiovascular | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | BAJ | | 99199.23 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | PESO | | N | N | 4. Consejería en estilos de vida saludable | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | 99401.13 |
| | | | | | M | | | TALLA | | C | C | 5. | P | D | R | | | |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 6. | P | D | R | | | |

PERSONAS DE 30 A 39 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO (5001503)

Definición Operacional. - Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, en personas de 30 a 39 años. Como valoración clínica corresponde: valoración

del índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, medición de la presión arterial y estilos de vida; si no tienen alto riesgo se realiza la consejería y acuerdos para modificar estilos de vida. Se emplea 20 minutos.

En personas con riesgos elevados: sobrepeso, obesidad, antecedentes familiares directo de diabetes (padres y hermanos) y/o hipertensión arterial, solicitar tamizaje laboratorial de glucosa y perfil lipídico; en estas personas la valoración clínica y tamizaje termina con la consulta médica para la entrega de resultado y se recomendará una reevaluación clínica de sus factores de riesgo anual, así como modificación de sus estilos de vida.

En el caso tener resultados anormales de glucosa o perfil lipídico o presión arterial alta se aplicará el sub-producto de tratamiento y control de diabetes o hipertensión. La consulta médica dura 15 minutos.

Evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC)

IMC PARA LA EDAD

| CÓDIGO | PUNTO DE CORTE (IMC) | CLASIFICACIÓN |
|--------|----------------------|---------------|
| | 18.5 a < 25 | Normal |
| E6690 | 25 a < 30 | Sobrepeso |
| E6691 | 30 a < 35 | Obesidad I |
| E6692 | 35 a < 40 | Obesidad II |
| E6693 | ≥ a 40 | Obesidad III |

Fuente: Adaptado de la OMS, 1995. El estado físico: Uso e interpretación de la Antropometría. Informe del Comité de Expertos de la OMS, Serie de Informes técnicos 854, Ginebra, Suiza.

Luego de realizar la medición de peso, talla y perímetro abdominal, se registraran los valores obtenidos en el casillero del HIS correspondiente a peso talla y perímetro abdominal.

Evaluación del Riesgo cardiovascular

Se realiza en personas mayores de 20 años, en la cual se evalúan cinco variables: edad, colesterol total, HDL, tabaquismo, presión arterial sistólica y se les asigna un puntaje de acuerdo con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 1120-2017/MINSA, Guía Técnica para la Identificación, Tamizaje y Manejo de Factores de Riesgo Cardiovasculares y de Diabetes Mellitus tipo 2.

Valoración de Riesgo Cardiovascular

| Nivel de Riesgo | Valor en Lab | |
|-----------------|--------------|------------|
| | Framingham | |
| Bajo | BAJ | <14 puntos |
| Alto | ALT | >15 puntos |

Cuando no se identifican factores de riesgo

En el ítem peso y talla, registrar en valores numéricos el peso(kg) y talla(m)

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º casillero el Examen de presión arterial

En el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º, 2º y 3º casillero marque SIEMPRE “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero DNT de daños no trasmisibles.
- En el 2º casillero registre Tamizaje de presión arterial: “N” si es Normal y “A” si es Anormal

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-----------------------------------|---|---|-----------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | | ETNIA | | | | | | | | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | 2º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | |
| 8 | 12345678 | 2 | San Cristóbal | 32 | M | PC | PESO 65 | N | X | 1. Valoración clínica de factores de riesgo | P | X | R | DNT | | | 2019 |
| | 1234 | 58 | | | M | | TALLA 1.65 | X | C | 2. Tamizaje de presión arterial | P | X | R | N | | | 99199.22 |
| | | | | | D | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | |

Cuando se identifican factores de riesgo

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud registrar

- En el 1º casillero Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º casillero Obesidad
- En el 3º Exámenes de laboratorio
- En el 4º Examen de la presión arterial
- En el 5º Consejería en estilos de vida saludable

En el ítem Tipo de Diagnóstico

- En el 1º, 2º, 3º, 4º y 5º casilleros marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero “DNT”
- En el 4º casillero del Tamizaje de la presión arterial : “N” si es Normal y “A” si es Anormal

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|--|----|---|-----------|----|----|------------------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | | ETNIA | | | | | | | | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | 2º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | |
| 18 | 56324 | 2 | Tumbes | 37 | M | PC | PESO 82 | N | N | 1. Valoración Clínica de Factores de Riesgo | P | X | R | DNT | | | 2019 |
| | 27854845 | 58 | | | M | | TALLA 1.65 | X | X | 2. Obesidad | P | X | R | | | | E669 |
| | | | | | D | Pab | Hb | | R | R | 3. Examen de laboratorio | P | X | R | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | 4. Tamizaje de la Presión Arterial | P | X | R | A | | 99199.22 |
| | | | | | M | | TALLA | | C | C | 5. Consejería en estilos de vida saludable | P | X | R | | | 99401.13 |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 6. | P | D | R | | |

Cuando se cuenta con resultados de laboratorio

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º y 2º casillero los diagnosticos encontrados (hiperglicemia no especificada y dislipidemia)
- En el 3º casillero, Valoración del riesgo Cardiovascular
- En el 4º casillero, Consejería en estilos de vida saludable.

En el ítem Tipo de Diagnóstico marcar:

- En el 1º, 2º, 3º y 4º casilleros marque “D” de diagnóstico definitivo.

Para el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º, 2º y 3º casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 3º casillero BAJ (bajo) o ALT(alto)

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|------------------|---------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|---------------------|--|-------------------------------------|--|---|-------------------------------------|------------------|----------|------|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1ª | | 2ª | 3ª |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 95135746 | 2 | Tumbes | 26 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 83 | N | N | 1. Dislipidemia | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | E785 | |
| | 754125 | 58 | | | M | | F | Pab | 90 | TALLA | 1.65 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Hiperglicemia | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | R739 |
| | | | | | D | | | | | Hb | | R | R | 3. Estratificación del riesgo Cardiovascular | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | BAJ | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | PESO | | N | N | 1. Consejería en estilos de vida saludable | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | 99401.13 | |
| | | | | | M | | | TALLA | | C | C | 2. | P | D | R | | | | |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

PERSONAS DE 40 A 59 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATORIAL (5001507)

Definición Operacional. - Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, en personas de 40 a 59 años. Como valoración clínica corresponde: valoración del índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, medición de la presión arterial y estilos de vida; asimismo se solicita tamizaje laboratorial de glucosa y perfil lipídico; en estas personas la valoración clínica y tamizaje termina con la consulta médica para la entrega de resultados, siempre y cuando tengan hipertensión y diabetes, ya que deben ser derivados para manejo con los demás productos y guías (hipertensión y diabetes).

En caso de que no tuvieran hipertensión ni diabetes se realiza la Consejería en estilos de vida (de acuerdo al riesgo poblacional) según modelo de cambio conductual. La consulta médica dura 20 minutos.

Se recomienda realizar la valoración clínica y tamizaje según las definiciones operacionales en este grupo de edad cada año.

Evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC)

IMC PARA LA EDAD

| CÓDIGO | PUNTO DE CORTE (IMC) | CLASIFICACIÓN |
|--------|----------------------|---------------|
| | 18.5 a < 25 | Normal |
| E6690 | 25 a < 30 | Sobrepeso |
| E6691 | 30 a < 35 | Obesidad I |
| E6692 | 35 a < 40 | Obesidad II |
| E6693 | ≥ a 40 | Obesidad III |

Fuente: Adaptado de la OMS, 1995. El estado físico: Uso e interpretación de la Antropometría. Informe del Comité de Expertos de la OMS, Serie de Informes técnicos 854, Ginebra, Suiza.

Luego de realizar la medición de peso, talla y perímetro abdominal, se registraran los valores obtenidos en el casillero del HIS correspondiente a peso talla y perímetro abdominal.

Evaluación del Riesgo cardiovascular

Se realiza en personas mayores de 20 años, en la cual se evalúan cinco variables: edad, colesterol total, HDL, tabaquismo, presión arterial sistólica y se les asigna un puntaje de acuerdo con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 1120-2017/MINSA, Guía Técnica para la Identificación, Tamizaje y Manejo de Factores de Riesgo Cardiovasculares y de Diabetes Mellitus tipo 2.

Valoración de Riesgo Cardiovascular

| Nivel de Riesgo | Valor en Lab | |
|-----------------|--------------|------------|
| | Framingham | |
| Bajo | BAJ | <14 puntos |
| Alto | ALT | >15 puntos |

Cuando no se identifican factores de riesgo

En el ítem peso y talla, registrar en valores numéricos el peso(kg) y talla(m)

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Valoración Clínica de Factores de Riesgo.
- En el 2º casillero el Examen de laboratorio
- En el 3º casillero Tamizaje de la presión arterial
- En el 4º casillero En el ítem Tipo de diagnóstico
- En el 1º, 2º, y 3º casilleros marquen **“D”** de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registre **“DNT”** de daños no trasmisibles.
- En el 3º casillero registre el resultado de presión sanguínea: **“N”** si es normal y **“A”** si es anormal.

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-----|------------------------------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----|----|------------------|------|----------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | |
| 24 | 65321452 | 2 | Camaná | 68 | M | PC | PESO | 60 | N | C | 1. Valoración Clínica de Factores de Riesgo | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | DNT | | | 2019 | |
| | 35745 | 58 | | | M | | TALLA | 1.64 | | | 2. Examen de laboratorio | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | | 2017 |
| | | | | | D | Pab | 95 | Hb | | R | R | 3. Tamizaje de la Presión arterial | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | N | | | 99199.22 |

Cuando se identifican factores de riesgo

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud registrar

- En el 1º casillero Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º casillero el diagnóstico resultado de la evaluación del IMC
- En el 3º Exámenes de laboratorio
- En el 4º Tamizaje de la presión arterial
- En el 5º Consejería integral

Para el ítem Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º, 2º, 3º, 4º y 5º casilleros **“D”** de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab anote

- En el 1º casillero **“DNT”** de daños no trasmisibles
- En el 4º casillero anote el resultado de presión arterial: **“N”** si es normal y **“A”** si es anormal.

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------------------------|---|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|-----|----|------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA | | CENTRO POBLADO | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | |
| | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | ETNIA |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | |
| 7 | 125445 | 2 | Huaraz | 48 | <input checked="" type="checkbox"/> M | PC | PESO | 54 | <input checked="" type="checkbox"/> N | <input checked="" type="checkbox"/> N | 1. Valoración Clínica de Factores de Riesgo | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | DNT | | 2019 | |
| | 52524758 | 58 | | | <input checked="" type="checkbox"/> M | Pab | 90 | TALLA | 1.63 | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Obesidad | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | E669 | |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> D | | Hb | | <input checked="" type="checkbox"/> R | <input checked="" type="checkbox"/> R | 3. Examen de laboratorio | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | | 2017 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> A | M | PC | PESO | | <input checked="" type="checkbox"/> N | <input checked="" type="checkbox"/> N | 4. Tamizaje de la presión arterial | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | N | | 99199.22 |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> M | F | Pab | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 5. Consejería en estilos de vida saludable | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | | 99401.13 |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> D | | | Hb | | <input checked="" type="checkbox"/> R | <input checked="" type="checkbox"/> R | 6. | P | D | R | | | |

Cuando se cuenta con resultados de laboratorio

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º y 2º casillero los diagnosticos encontrados (hiperglicemia no especificada y dislipidemia)
- En el 3º casillero, Valoración del riesgo Cardiovascular
- En el 4º casillero, Consejería en estilos de vida saludable.

En el ítem Tipo de Diagnóstico marcar:

- En el 1º, 2º, 3º y 4º casilleros marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 3º casillero registre BAJ o ALT

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------------------------|---|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|-----|----|------------------|
| | HISTORIA CLINICA | | CENTRO POBLADO | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | |
| | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | |
| 13 | 95135746 | 2 | Tumbes | 26 | <input checked="" type="checkbox"/> M | PC | PESO | 82 | <input checked="" type="checkbox"/> N | <input checked="" type="checkbox"/> N | 1. Dislipidemia | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | | E785 |
| | 754125 | 58 | | | <input checked="" type="checkbox"/> M | Pab | 90 | TALLA | 1.65 | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. Hiperglicemia | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | R739 |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> D | | Hb | | <input checked="" type="checkbox"/> R | <input checked="" type="checkbox"/> R | 3. Estratificación del riesgo Cardiovascular | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | BAJ | | 99199.23 |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> A | M | PC | PESO | | <input checked="" type="checkbox"/> N | <input checked="" type="checkbox"/> N | 1. Consejería en estilos de vida saludable | P | <input checked="" type="checkbox"/> D | R | | 99401.13 |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> M | F | Pab | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input checked="" type="checkbox"/> C | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> D | | | Hb | | <input checked="" type="checkbox"/> R | <input checked="" type="checkbox"/> R | 3. | P | D | R | | |

PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATORIAL (5001505)

Definición Operacional. - Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, en personas mayores de 60 años. Como valoración clínica corresponde: valoración del índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, medición de la presión arterial y estilos de vida; asimismo se solicita tamizaje laboratorial de glucosa y perfil lipídico; en estas personas la valoración clínica y tamizaje termina con la consulta médica para la entrega de resultados, siempre y cuando tengan hipertensión y diabetes, ya que deben ser derivados para manejo con los demás productos y guías (hipertensión y diabetes).

En caso de que no tuvieran hipertensión ni diabetes, pero si presentara algunos otros factores de riesgo se realiza la Consejería en estilos de vida (de acuerdo al riesgo poblacional) según modelo de cambio conductual. La consulta médica dura 20 minutos.

Se recomienda realizar la valoración clínica y tamizaje según las definiciones operacionales en este grupo de edad cada año.

Evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC)

Clasificación de la Valoración Nutricional de las Personas Adultas Mayores según Índice de Masa Corporal (IMC)

| IMC | Clasificación | CIE10 |
|-------------|---------------|-------|
| ≤ 23,0 | Delgadez | E46X |
| >23 a < 28 | Normal | |
| ≥ 28 a < 32 | Sobrepeso | E6690 |
| ≥ 32 | Obesidad | E669 |

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Módulo 5. Valoración Nutricional del Adulto Mayor Washington, DC 2002.

Luego de realizar la medición de peso, talla y perímetro abdominal, se registraran los valores obtenidos en el casillero del HIS correspondiente a peso talla y perímetro abdominal.

Evaluación del Riesgo cardiovascular

Se realiza en personas mayores de 20 años, en la cual se evalúan cinco variables: edad, colesterol total, HDL, tabaquismo, presión arterial sistólica y se les asigna un puntaje de acuerdo con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 1120-2017/MINSA, Guía Técnica para la Identificación, Tamizaje y Manejo de Factores de Riesgo Cardiovasculares y de Diabetes Mellitus tipo 2.

Valoración de Riesgo Cardiovascular

| Nivel de Riesgo | Valor en Lab | |
|-----------------|--------------|------------|
| | Framingham | |
| Bajo | BAJ | <14 puntos |
| Alto | ALT | >15 puntos |

Cuando no se identifican factores de riesgo

En el ítem peso y talla, registrar en valores numéricos el peso(kg) y talla(m)

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero registre Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º casillero registre examen de laboratorio
- En el 3º casillero registre Examen de la Presión arterial

Para el ítem: Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1º, 2º, y 3º casillero marcar **“D”**

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registre **“DNT”** de daños no transmisibles.
- En el 3º casillero registre el resultado del examen de presión arterial: **“N”** si es normal y **“A”** si es anormal.

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|-----------------------------------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|---|------------------------------------|---|-----------|-----|----|------------------|------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | 65321452 | 2 | Camaná | 68 | M | PC | PESO | 60 | N | | 1. Valoración Clínica de Factores de Riesgo | P | | R | DNT | | | 2019 |
| | | | | | M | | TALLA | 1.64 | | C | 2. Examen de laboratorio | P | | R | | | | 2017 |
| | 35745 | 58 | | | D | Pab | 95 | Hb | | R | R | 3. Tamizaje de la Presión arterial | P | | R | N | | |

Cuando se identifican factores de riesgo

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º casillero anote Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º casillero anote los factores de riesgo identificados
- En el 3º casillero anote Examen de laboratorio
- En el 4º Examen anote Tamizaje de la presión arterial
- En el 5º Consejería en estilos de vida saludable

Para el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el 1º, 2º, 3º, 4º y 5º casilleros marquen “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registre “DNT” de daños no trasmisibles
- En el 4º casillero registre el resultado del examen de presión arterial: “N” si es normal y “A” si es anormal.

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|-----------------------------------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|---|--|---|-----------|-----|----|------------------|------|----------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 125445 | 2 | Huarez | 48 | M | PC | PESO | 60 | N | N | 1. Valoración Clínica de Factores de Riesgo | P | | R | DNT | | | 2019 | |
| | | | | | M | | TALLA | 1.65 | | | 2. Obesidad | P | | R | | | | E669 | |
| | 52524758 | 58 | | | D | Pab | 90 | Hb | | R | R | 3. Examen de laboratorio | P | | R | | | 2017 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | PESO | | N | N | 4. Tamizaje de la presión arterial | P | | R | A | | | 99199.22 |
| | | | | | M | | | TALLA | | C | C | 5. Consejería en estilos de vida saludable | P | | R | | | | 99401.13 |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 6. | P | D | R | | | | |



La presión arterial normal es <120/80 alterada cuando es ≥ 120/80)

Cuando se cuenta con resultados de laboratorio

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º y 2º casillero los diagnosticos encontrados (hiperglicemia no especificada y dislipidemia)
- En el 3º casillero, Valoración del riesgo Cardiovascular
- En el 4º casillero, Consejería en estilos de vida saludable.

En el ítem Tipo de Diagnóstico marcar:

- En el 1º, 2º, 3º y 4º casilleros marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 3º casillero anote BAJ o ALT

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|-----------------------------------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|--|-----|-------------------------------------|-----------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------|---|-------------------------------------|---|---|---|-------------------------------------|------|
| | HISTORIA CLINICA | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | | | | | | |
| | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 95135746 | 2 | Tumbes | 26 | M | PC | PESO | 83 | N | N | 1. Dislipidemia | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | E785 | | | | | | | |
| | 754125 | 58 | | | | | | | | | F | Pab | 90 | TALLA | 1.65 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Hiperglicemia | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | R739 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | Hb | | R | R | 3. Valoración del riesgo Cardiovascular | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | 4. Consejería en estilos de vida saludable | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 99401.13 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | M | F | Pab | TALLA | | C | C | 5. | P | D | R | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | Hb | | R | R | 6. | P | D | R |



Recuerde que las patologías diagnosticadas no confirmadas se registran con tipo de diagnóstico "P".

TRATAMIENTO Y CONTROL A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL (3000016)

MANEJO DE EMERGENCIA O URGENCIA HIPERTENSIVA (5001601)

Definición Operacional. - Comprende acciones para el manejo de la urgencia o emergencia hipertensiva. Las crisis hipertensivas pueden ser urgencias o emergencias hipertensivas.

Urgencia hipertensiva es una situación en la que la presión arterial se ve gravemente elevada (180 o superior para la presión sistólica o 110 o superior para la presión diastólica), pero no hay daño orgánico asociado. Aquellos que experimentan urgencia hipertensiva puede o no experimentar uno o más de estos síntomas: dolor de cabeza intenso, dificultad para respirar, hemorragias nasales o ansiedad severa. La atención de la urgencia hipertensiva incluye el control de las funciones vitales.

El tratamiento de la urgencia hipertensiva generalmente requiere reajuste y/o dosificación adicional de medicamentos por vía oral, pero a menudo no requiriere hospitalización para la reducción rápida de la presión arterial. Puede ser manejada inicialmente en los establecimientos de primer nivel y ser referido de ser el caso, para ser tratada en el II nivel.

Emergencia hipertensiva cuando la presión arterial alcanza niveles que dañan órganos. Ocurren generalmente en los niveles de presión arterial superiores o iguales a 180 sistólica o 120 diastólica, pudiendo ocurrir a niveles más bajos en pacientes cuya presión arterial no había sido previamente alta. Las consecuencias de la presión arterial no controlada en este rango pueden ser graves e incluir: Ictus, pérdida de consciencia, pérdida de la memoria, ataque al corazón, daño a los ojos y los riñones, pérdida de la función renal, disección aórtica, angina de pecho (dolor de pecho inestable) edema pulmonar (acumulación de líquido en los pulmones) entre otros.

La atención de la emergencia hipertensiva incluye el ingreso por emergencia hospitalaria, la hospitalización, la monitorización continua de la presión arterial y el manejo farmacológico, además la determinación de órgano blanco afectado, cuando corresponda. Corresponde al II o III nivel de atención.

Urgencia hipertensiva sin diagnóstico previo de hipertensión

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registrar Lectura Elevada de la Presión Sanguínea

Para el ítem: Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1º casillero marque “D” de definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registrar “URG” de urgencia.

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|-----------------------------------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|----|----|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º |
| | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | 65236521 | 2 | Chiclayo | 57 | M | PC | PESO 60 | N | N | 1. Lectura Elevada de la Presión Sanguínea, sin diagnóstico de Hipertensión | P | D | R | URG | | | R030 | | |
| | 54255 | 58 | | 57 | M | | TALLA 1.55 | | | 2. | P | D | R | | | | | | |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | | |



En EE.SS. de II y III nivel se procesarán los registros del Sistema de Egresos y Emergencias (SEEM).

Urgencia hipertensiva con diagnóstico previo de hipertensión

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registrar Hipertensión arterial

Para el ítem: Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1º casillero marque “R” de repetido.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registrar “URG”

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|-----------------------------------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|---------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|----|----|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º |
| | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | 36526521 | 2 | Piura | 63 | M | PC | PESO 65 | N | N | 1. Hipertensión arterial | P | D | R | URG | | | 110 | | |
| | 854222 | 58 | | 63 | M | | TALLA 1.57 | | | 2. | P | D | R | | | | | | |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | | |



La urgencia hipertensiva con o sin diagnóstico previo no requiere referencia a otro establecimiento de salud.

Emergencia hipertensiva sin diagnóstico previo de hipertensión

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registrar Lectura elevada de la presión sanguínea.

Para el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero registrar “D” de definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registrar “EMG”
- En el siguiente casillero registrar “RF” si el paciente requiere Referencia a otro establecimiento de salud.

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|--|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----|--|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------|-----|--|--|------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | |
| 24 | 65236521 | | 2 | Chiclayo | | 57 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | | PESO | 67 | N | N | 1. | Lectura Elevada de la Presión Sanguínea, sin diagnóstico de Hipertensión | <input checked="" type="checkbox"/> | D | R | EMG | | | R030 |
| | 54255 | | 58 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | M | Pab | | TALLA | 1.61 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. | Accidente cerebrovascular no especificado como hemorragia o infarto | <input checked="" type="checkbox"/> | D | R | RF | | | 164 |
| | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | | | Hb | | R | R | 3. | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | R | | | |

Emergencia hipertensiva con diagnóstico previo de hipertensión

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registrar Hipertensión arterial

Para el ítem: Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1º casillero registrar “R” de repetido.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registrar “EMG” de emergencia.

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|--|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----|---|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------|-----|--|--|-----|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | |
| 30 | 36526521 | | 2 | Piura | | 63 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | | PESO | 67 | N | N | 1. | Hipertensión arterial | <input checked="" type="checkbox"/> | D | R | EMG | | | 110 |
| | 854222 | | 58 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | F | Pab | | TALLA | 1.56 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. | Accidente cerebrovascular no especificado como hemorragia o infarto | <input checked="" type="checkbox"/> | D | R | RF | | | 164 |
| | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | | | Hb | | R | R | 3. | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | R | | | |

TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DISLIPIDEMIAS (5001602)

Definición Operacional. - Intervención dirigida a personas con dislipidemia de dieciocho (18) años a más que se brinda en establecimientos de salud con población asignada de las categorías I-2, I-3, I-4 y II-1, y cuentan con profesional médico.

La intervención incluye una consulta médica por lo menos cada 3 meses.

La intervención incluye una consulta médica por lo menos cada 3 meses, donde se realizarán los siguientes procedimientos: exámenes de laboratorio (incluye colesterol total, colesterol HDL, cálculo del LDL y triglicéridos) según corresponda:

- Control de la presión arterial
- Cálculo del IMC
- Medición del Perímetro abdominal
- Consejería nutricional
- Consejería/prescripción de actividad física
- Recomendaciones para la cesación del consumo de tabaco y alcohol

Si el establecimiento de salud contara con nutricionista, el paciente deberá ser atendido en consulta nutricional, de lo contrario el médico tratante o profesional de salud capacitado realizará la consejería nutricional. El médico emplea al menos 15 minutos.

Dislipidémico controlado, es la persona que alcanza los valores meta establecidos en la guía de práctica clínica.

Personal que ejecuta la actividad: médico, enfermera, nutricionista, técnico de enfermería y personal de laboratorio.

Registro de primera consulta médica

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registrar Dislipidemia.
- En el 2º casillero registrar Tamizaje de presión sanguínea

Para el ítem: Tipo de diagnóstico anote:

- En todos los casilleros corresponde marcar “D” de definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 3º casillero registrar “N”, resultado normal del examen de presión arterial.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----|------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | |
| 4 | 65321452 | 2 | Camaná | 48 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | 60 | N | N | 1. Dislipidemia | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | E785 |
| | 35745 | 58 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | M | | TALLA | 1.78 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Tamizaje de la Presión arterial | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | N | | 99199.22 |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | PaB | | | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R |

Registro de consulta médica de seguimiento a los tres meses

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registrar Dislipidemia.
- En el 3º casillero registrar Tamizaje de presión arterial.

Para el ítem Tipo de diagnóstico:

- En el 1º casillero marcar “R” de repetido.
- En el 2º y 3º casillero marcar “D” de definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registrar “PC” de paciente controlado.
- En el 3º casillero registrar “N” de normal.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | |
| 4 | 65321452 | 2 | Camaná | 48 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | 70 | N | N | 1. Dislipidemia | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | | E785 |
| | 35745 | 58 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | M | | TALLA | 1.65 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Tamizaje de la Presión arterial | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | N | | 99199.22 |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | PaB | | | | Hb | | R | R | 3. | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R |

PACIENTE HIPERTENSO DE NO ALTO RIESGO CONTROLADO (5001604)

Definición Operacional. - Intervención dirigida a personas con hipertensión arterial de no alto riesgo cardiovascular (riesgo cardiovascular bajo o moderado) de dieciocho (18) años a más que se brinda en establecimientos de salud con población asignada de las categorías I-2, I-3, I-4 y II-1, con la finalidad de brindar tratamiento integral para el control de su enfermedad que han sido tipificados como controlados. Incluye el manejo de complicaciones y multimorbididades según riesgo cardiovascular.

Paciente controlado: Es aquel que, teniendo el tratamiento instaurado, reporta en al menos 4 de 6 controles que se realizan mensualmente en un periodo de 6 meses, una presión arterial menor de 140/90 mmHg o dentro de la meta terapéutica establecida según el caso.

Incluye el desarrollo de los siguientes procedimientos e intervenciones:

- Control de la presión arterial
- Cálculo del IMC

- Medición del perímetro abdominal.
- Consejería nutricional.
- Consejería/ prescripción de actividad física.
- Recomendaciones para la cesación de consumo de tabaco y alcohol
- Evaluación de efectos adversos y prescripción farmacológica.

Controles Mensuales

Cuando mensualmente viene a su atención y tiene una presión arterial < 140/90 mmHg o dentro de la meta terapéutica establecida según el caso se registra de la siguiente manera:

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Hipertensión Esencial (Primaria)
- En el 2º casillero Examen de presión arterial

En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- En el 1º casillero marcar “R” de repetido.
- En el 2º y 3º casillero marcar “D” de definitivo.

En el ítem Lab:

En el 2º casillero registrar “N” cuando la presión es < 140/90 mmHg y “A” cuando es ≥ 140/90 mmHg.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|----|----------------------------------|-----------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------|--|----------|
| | HISTORIA CLÍNICA GESTANTE/PUERPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | |
| 7 | 16070602 | 1 | Los Olivos | 61 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 67 | N | N | 1. | Hipertensión Esencial (Primaria) | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | 110 |
| | 15212 | 58 | | | M | F | Pab | TALLA | 1.61 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. | Tamizaje de presión arterial | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | N | | 99199.22 |
| | | | | | D | | | Hb | | R | R | 3. | | P | D | R | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | PESO | | N | N | 4. | | P | D | O | | | |
| | | | | | M | | | TALLA | | C | C | 5. | | P | D | R | | | |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 6. | | P | D | R | | | |

Control a los 6 meses

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Hipertensión Esencial (Primaria)
- En el 2º casillero Examen de presión arterial

En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- En el 1º casillero marcar “R” de repetido.
- En el 2º casillero marcar “D” de definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registrar “PC” de paciente controlado.
- En el 2º casillero marcar “N” o “A”

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL | EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|----|----------------------------------|-----------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------|--|----------|-----|
| | HISTORIA CLÍNICA GESTANTE/PUERPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | |
| 7 | 16070602 | 1 | Los Olivos | 61 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 56 | N | N | 1. | Hipertensión Esencial (Primaria) | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | | | 110 |
| | 15212 | 58 | | | M | F | Pab | TALLA | 1.67 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. | Tamizaje de presión arterial | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | N | | 99199.22 | |
| | | | | | D | | | Hb | | R | R | 3. | | P | D | R | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | PESO | | N | N | 4. | | P | D | O | | | | |
| | | | | | M | | | TALLA | | C | C | 5. | | P | D | R | | | | |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 6. | | P | D | R | | | | |

PERSONAS HIPERTENSAS CON TRATAMIENTO ESPECIALIZADO (5001606)

Definición Operacional. - Intervención dirigida a personas con diagnóstico de hipertensión arterial de alto y muy alto riesgo, con una o varias complicaciones, que se encuentren clínicamente estable. El manejo integral especializado requiere de la intervención de especialista en: nefrología, oftalmología, endocrinología, cardiología o medicina interna, nutrición; incluye consulta médica, hospitalización, evaluaciones complementarias multidisciplinarias, exámenes bioquímicos y otras pruebas según criterio médico para valorar y controlar complicaciones, morbilidades asociadas y manifestaciones tardías de la enfermedad. El manejo se realiza en establecimientos de salud sin población asignada de categorías II-1, II-2, II-E, III-1 y III-2. Además, se identifica si el paciente esta controlado de acuerdo al criterio clínico del médico y las metas de presión arterial según comorbilidades.

UPSS Cardiología/Medicina Interna

Controles Mensuales

Cuando mensualmente viene a su atención y tiene una presión arterial < 140/90 mmHg o dentro de la meta terapéutica establecida según el caso se registra de la siguiente manera:

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Hipertensión Esencial (Primaria)
- En el 2º casillero Examen de presión arterial

En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- En el 1º casillero marcar "R" de repetido.
- En el 2º y 3º casillero marcar "D" de definitivo.

En el ítem Lab:

En el 2º casillero registrar "N" cuando la presión es < 140/90 mmHg y "A" cuando es ≥ 140/90 mmHg.

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|---------------------|-----------------------------------|---|-----------|---|----|------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | |
| 7 | 16070602 | 1 | Los Olivos | 61 | M | PC | PESO 67 | N | N | 1. Hipertensión Esencial (Primaria) | P | D | X | | | | 110 | |
| | 15212 | 58 | | | F | Paab | TALLA 1.61 | X | X | 2. Tamizaje de la presión arterial | P | X | R | N | | | | 99199.22 |
| | | | | | D | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | 4. | P | D | O | | | | |
| | | | | | M | | TALLA | | C | C | 5. | P | D | R | | | | |
| | | | | | D | F | Paab | Hb | | R | R | 6. | P | D | R | | | |

En el caso que el paciente hipertenso este controlado se registra de la siguiente manera:

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Hipertensión Esencial (Primaria)
- En el 2º casillero Examen de presión arterial

En el ítem Tipo de Diagnóstico:

- En el 1º casillero marcar "R" de repetido.
- En el 2º casillero marcar "D" de definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero registrar “PC” de paciente controlado.
- En el 2º casillero marcar “N” o “A”

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE /CPT | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----|-----------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | |
| 7 | 16070602 | 1 | Los Olivos | 61 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 56 | N | N | 1. Hipertensión Esencial (Primaria) | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | | 110 |
| | 15212 | 58 | | | M | | | TALLA | 1,67 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Tamizaje de presión arterial | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | N | | 99199.22 |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | PESO | | N | N | 4. | P | D | O | | | |
| | | | | | M | | | TALLA | | C | C | 5. | P | D | R | | | |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 6. | P | D | R | | | |

Manejo Integral especializado

El manejo integral especializado involucra los servicios de nefrología, oftalmología, endocrinología, cardiología o medicina interna, nutrición; incluye consulta médica, hospitalización, evaluaciones complementarias multidisciplinarias, exámenes bioquímicos y otras pruebas según criterio médico para valorar y controlar complicaciones, morbilidades asociadas y manifestaciones tardías de la enfermedad.

ESPECIALIDAD

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES

| | |
|-----------------------|--|
| Cardiología | Enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca (I110) Trastorno de la válvula aórtica (I359) |
| Cardiovascular | Enfermedad vascular periférica (I739) Arteriosclerosis de la aorta (I700) |
| Endocrinología | Diabetes tipo 2 con complicaciones múltiples (E117) |
| Nefrología | Enfermedad renal hipertensiva (I129) |
| Neurología | Accidente cerebrovascular no especificado como hemorragia o infarto (I64) |
| Oftalmología | Retinopatía hipertensiva (H350) |
| Rehabilitación | Secuelas de accidente vascular encefálico, no especificado como hemorrágico o isquémico (I694) |

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico del especialista.

Para el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque “R” según sea el diagnóstico del especialista.

En el ítem Lab No aplica en este ejemplo.

UPSS Nefrología

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE /CPT | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|----------------------------------|---|-----------|-------------------------------------|----|-----------------|------|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | |
| 13 | 85274136 | 1 | Iquitos | 58 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 60 | N | N | 1. Enfermedad renal hipertensiva | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | 1129 |
| | 65471 | 58 | | | M | | | TALLA | 1.73 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. | P | D | R | | | |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | |

UPSS Oftalmología

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-----------------------------|-----------------------------------|---|-----------|----|----|------------------|------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | | ETNIA | | | | | | | | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1ª | 2ª | | 3ª |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | |
| 13 | 85274136 | 1 | Iquitos | 58 | A | PC | PESO | 60 | N | N | 1. Retinopatía Hipertensiva | P | D | X | | | | H350 |
| | | | | | M | | TALLA | 1.70 | X | X | 2. | P | D | R | | | | |
| | 65471 | 58 | | | D | F | PaB | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | |

UPSS Endocrinología

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|---|-----------------------------------|---|-----------|----|----|------------------|------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | | ETNIA | | | | | | | | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1ª | 2ª | | 3ª |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | |
| 13 | 85274136 | 1 | Iquitos | 58 | A | PC | PESO | 65 | N | N | 1. Diabetes tipo 2 con complicaciones múltiples | P | D | X | | | | E117 |
| | | | | | M | | TALLA | 1.67 | X | X | 2. | P | D | R | | | | |
| | 65471 | 58 | | | D | F | PaB | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | |

PACIENTES HIPERTENSOS CON ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR (5001607)

Definición operacional.- Intervención dirigida a personas de 18 años a más con hipertensión arterial (incluye diabéticos) implica definir claramente el riesgo cardiovascular inicial o revalorar su riesgo o su recategorización. (Incluye a las personas referidas de otros establecimientos de menor nivel resolutivo). La estratificación se realiza al menos una vez al año a todo paciente con hipertensión, Incluye evaluación del riesgo cardiovascular global según guía de práctica clínica. El personal que ejecuta la actividad: médico, enfermera, técnico de enfermería y personal de laboratorio.

Riesgo Cardiovascular: Es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una enfermedad o evento cardiovascular durante un periodo de tiempo, generalmente por 10 años, el cual va a depender del número de factores de riesgo que estén presentes simultáneamente en el individuo. Para estratificar al paciente hipertenso y adjudicarle el riesgo cardiovascular total se considera los siguientes elementos:

Valoración de Riesgo Cardiovascular

| Nivel de Riesgo | Valor en Lab |
|-----------------|--------------|
| | SCORE |
| Bajo | BAJ |
| Moderado | MOD |
| Alto | ALT |
| Muy Alto | MA |

Tomar como referencia para el cálculo del riesgo cardiovascular la RM N° 031- 2015/MINSA Guía de Práctica clínica para el Diagnóstico, tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registre valoración de riesgo cardiovascular (BAJ, MOD, ALT, MA)
- En el 2º casillero registre el diagnóstico de Hipertensión esencial (primaria)

Para el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque con “D” de diagnóstico definitivo.
- En el 2º casillero marque “R” de diagnóstico repetido.

En el ítem Lab

- En el 1º casillero registre el nivel de riesgo cardiovascular determinado por el especialista.

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-----|----|--|----------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | |
| 24 | 12345678 | | 2 | San Juan de Lurigancho | 65 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | | | PESO | | N | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Estratificación del riesgo cardiovascular global | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | MOD | | | 99199.23 |
| | 1234 | | 58 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | M | | | TALLA | | | <input checked="" type="checkbox"/> | C | 2. Hipertensión Arterial | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | 110 |
| | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | Pab | | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES (3000017)

MANEJO BÁSICO DE CRISIS HIPOGLUCÉMICA O HIPERGLUCÉMICA EN PACIENTES DIABÉTICOS (5001701)

Definición Operacional. - Intervención dirigida a brindar manejo a la persona con crisis hipoglucémica o hiperglucémica. Incluye atención médica inicial, control de funciones vitales, pruebas de laboratorio, tratamiento médico y referencia, de ser el caso.

La hipoglucemia se define como una concentración de glucemia menor a 70 mg/dl, con o sin síntomas. Las crisis hiperglucémicas se definen como todos aquellos episodios que cursan con elevadas concentraciones plasmáticas de glucemia, generalmente mayor de 250 mg/dl. Las dos formas de presentación de descompensación hiperglicemia severa son: estado hiperosmolar hiperglucémico (EHH) y la cetoacidosis diabética (CAD) o una combinación de ambas

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º casillero registre Hipoglicemia no especificada
- En el 2º casillero registre Diabetes mellitus tipo 2 o Diabetes mellitus tipo 1 según corresponda.

Para el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En el 2º casillero marque “R” de diagnóstico repetido.

En el ítem Lab

- En el 1º casillero registre “RF” si el paciente es referido a otro establecimiento de salud.

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----|----|--|------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | |
| 7 | 84521475 | | 1 | Los Olivos | 61 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | | | PESO | | N | N | 1. Hipoglicemia no especificada | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | RF | | | E162 |
| | 15212 | | 58 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | F | Pab | | | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Diabetes mellitus tipo 2 | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | E119 |
| | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | | | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero, Hiperglicemia no especificada
- En el 2º casillero Diabetes mellitus tipo 2 o Diabetes mellitus tipo 1 según corresponda

Para el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En el 2º casillero marque “R” de diagnóstico repetido.

En el ítem Lab

- En el 1º casillero registre “RF” si el paciente es referido a otro establecimiento de salud.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|---------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----|------------------|------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | | ETNIA | | | | | | | | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | 2º | | 3º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | |
| 7 | 84521475 | 1 | Los Olivos | 61 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | | N | N | 1. Hipoglucemia no especificada | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | RF | | R739 |
| | 15212 | 58 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | F | Pab | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Diabetes mellitus tipo 1 | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | E109 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | D | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | |

PACIENTES DIABÉTICOS NO COMPLICADOS CONTROLADO (5001703)

Definición Operacional. - Intervención que se brinda a personas con diabetes mellitus sin complicaciones (personas con diabetes sin retinopatía, examen simple de orina con proteínas negativo o microalbuminuria categoría A1 y pie diabético con evaluación de monofilamento negativa), que han logrado alcanzar las siguientes metas de control cardiometabólico:

- Glucemia en ayunas 70 a 130 mg/dl en dos mediciones, o hemoglobina glucosilada menor de 7% (o según meta terapéutica de Hb1Ac)
- Presión arterial menor de 140/80 mmHg.

Paciente diabético no complicado: se define como las personas con diabetes que cumplen con las tres condiciones siguientes:

1. Sin retinopatía o retinopatía no proliferativa Leve,
2. Nefropatía mayor o igual a 60ml/min y
3. Pie diabético con clasificación de Wagner 0 ó 1.

Controles mensuales

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registre diabetes mellitus tipo 1, sin complicaciones o diabetes mellitus tipo 2, sin complicaciones.
- En el 2º casillero registre dosaje de glucosa en sangre.
- En el 3º casillero registre Examen de presión arterial

Para el ítem Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1º casillero marque "R" de diagnóstico repetido.
- En el 2º, 3º y 4º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab

- En el 2º casillero registre "N" cuando el resultado de examen de glucosa es < 130 mg/dl y "A" cuando el resultado de la glucosa es ≥ 130 mg/dl.

| DÍA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----|------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA | | ETNIA | | | | | | | | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | 2º | | 3º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | |
| 7 | 52146387 | 2 | | 56 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | | N | N | 1. Diabetes Mellitus tipo 2 sin complicaciones | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | E119 |
| | 854255 | 58 | Cajamarca | | <input checked="" type="checkbox"/> | F | Pab | TALLA | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Dosaje de glucosa en sangre | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | 82947 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | D | | Hb | | R | R | 3. Tamizaje de la presión arterial | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | N | | 99199.22 |

Registro de consulta de control a los 3 meses

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registre diabetes mellitus tipo 1, sin complicaciones o diabetes mellitus tipo 2, sin complicaciones.
- En el 2º casillero registre dosaje de glucosa en sangre.
- En el 3º casillero registre Examen de presión arterial

Para el ítem Tipo de diagnóstico anote:

En el 1º casillero marque “**R**” de diagnóstico repetido.

En el 2º y 3º casillero marque “**D**” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab

- En el 1º casillero registre “**PC**” cuando se alcanza las metas de control cardiometabólica de glucosa o hemoglobina glucosilada y presión arterial.
- En el 3º casillero registre “**N**” cuando la presión arterial es normal (< 120/80) y “**A**” cuando la presión arterial es anormal (≥ 120/80).

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|-------------------------------------|---|------------------------------------|--|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|----|------------------|----------|
| | HISTORIA CLINICA | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | |
| 7 | 52146387 | 2 | | 56 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | | PESO | N | N | 1. Diabetes Mellitus tipo 2 sin complicaciones | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | | E119 |
| | 854255 | 58 | Cajamarca | | <input checked="" type="checkbox"/> | M | | TALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Dosaje de glucosa en sangre | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 82947 |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | Pab | Hb | R | R | 3. Tamizaje de la presión arterial | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | N | | 99199.22 |

PACIENTES DIABETICOS CON TRATAMIENTO ESPECIALIZADO (5001704)

Definición Operacional. - Intervención dirigida a personas con diagnóstico de diabetes, con alguna o varias complicaciones, tipificada para su manejo en establecimientos de salud sin población asignada de categorías II-,1, II-2, III-1 y III-2, que se encuentran clínicamente estables. El manejo integral especializado (nefrología, dermatología, oftalmología, traumatología, farmacología, otorrinolaringología, infectología, ginecología, gastroenterología, cardiología, cardiovascular, neurología, endocrinología, medicina interna, psiquiatría, neumología, dietética, urología, odontología) consiste en la prestación de servicios de consulta médica, hospitalización, evaluaciones complementarias multidisciplinarias, exámenes bioquímicos y otras pruebas según criterio médico para valorar y controlar complicaciones, morbilidades asociadas y manifestaciones tardía de enfermedad.

| ESPECIALIDAD | DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES |
|-----------------------|---|
| Cardiología | Cardiopatía isquémica (I259) |
| Cardiovascular | Diabetes mellitus tipo 1 (E105) o 2 con complicaciones circulatorias (E115) |
| Endocrinología | Diabetes mellitus tipo 1 con complicaciones múltiples (E107) |
| Nefrología | Diabetes mellitus tipo 1 (E102) o 2 con complicaciones renales (E112) |
| Neurología | Diabetes mellitus tipo 1 (E104) o 2 con complicaciones neurológicas (E114) , Polineuropatía diabética (G632) |
| Oftalmología | Diabetes mellitus tipo 1 (E103) o 2 con complicaciones oftálmicas (E113) Retinopatía diabética(H360), Glaucoma en enfermedades endocrinas (H420) |

UPS Nefrología

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º casillero registre la complicación o complicaciones de diabetes por la que acude el paciente.
- En el 2º casillero registre el estadio 3, 4 o 5. Estadio 3 cuando la tasa de Filtración Glomerular (TFG) está entre 30-59 mL/min; estadio 4, cuando la tasa de Filtración Glomerular (TFG) está entre 15-29 mL/min y estadio 5 cuando esta en etapa terminal.

Para el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque “R” de diagnóstico repetido.
- En el 2º casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab: No aplica en este ejemplo.

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----|------------------|-------|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | |
| 7 | 52146387 | 2 | Cajamarca | 56 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 70 | N | N | 1. Diabetes Mellitus 2 con complicaciones renales | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | E112 |
| | 854255 | 58 | | | M | | | TALLA | 1.67 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Enfermedad renal crónica etapa 3 | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | N18.3 |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | |

UPS Oftalmología

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º casillero registre la complicación o complicaciones oftalmológicas por la que acude el paciente, estas pueden ser retinopatía diabética (H360), Glaucoma (H420).

Para el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque “R” de diagnóstico repetido.

En el ítem Lab: No aplica en este ejemplo.

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | |
|-------------------------------|------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|--------------------------|---|-----------|-------------------------------------|----|------------------|------|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | |
| 7 | 52146387 | 2 | Cajamarca | 56 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 70 | N | N | 1. Retinopatía diabética | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | H360 |
| | 854255 | 58 | | | M | | | TALLA | 1.65 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. | P | D | R | | | |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | |

VALORACIÓN DE COMPLICACIONES EN PERSONAS CON DIABETES (5001705)

Definición Operacional. - Intervención dirigida a personas con diagnóstico definitivo de diabetes que han sido referidas para efectuar la valoración inicial o anual de sus complicaciones/multimorbilidades/manifestaciones tardías de la enfermedad con especialistas en endocrinología, oftalmología. Se brinda en establecimientos de salud categoría I-3, I-4, II-1, II-2, III-1 y III-2, siempre que se cuente con especialistas en el establecimiento de salud.

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º, 2º y demás casilleros registre los diagnósticos de las complicaciones si estas son renales, oftalmológicas o polineuropatía diabética.

Para el ítem Tipo de diagnóstico

En el 1º y 2º casilleros marque “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab

- En el 1º casillero registre “VAL” de valoración de complicaciones.

UPSS Oftalmología

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----|-------------------------------------|---|-----|------------------|----|------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | |
| 7 | 52146387 | | 2 | Cajamarca | 56 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 70 | N | N | 1. Retinopatía diabética | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | VAL | | | H360 |
| | 854255 | | 58 | | | M | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | F | TALLA | 1.60 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. | P | D | R | | | |
| | | | | | | D | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | F | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | |

UPSS Nefrología

Se registrará de la siguiente manera:

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----|------------------|----|------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | |
| 7 | 52146387 | | 2 | Cajamarca | 56 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 70 | N | N | 1. Diabetes Mellitus 2 con complicaciones renales | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | VAL | | | E112 |
| | 854255 | | 58 | | | M | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | F | TALLA | 1.67 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Enfermedad renal crónica etapa 1 | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | |
| | | | | | | D | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | F | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | |

Nota: El manejo de las complicaciones renales se realizará en los establecimientos del primer nivel de atención cuando la Tasa de Filtración Glomerular (TFG) se encuentra en los estadios G1, G2, G3a y G3b con una Relación Albúmina Creatinina (RAC) A1, así como, cuando esta se encuentre en los estadios G1, G2, G3a con una RAC A2, y en los estadios G1, G2 con RAC A3. Caso contrario, el manejo se realizará en los establecimientos de II-III nivel que cuenten con especialista.

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----|------------------|----|------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | |
| 7 | 52146387 | | 2 | Cajamarca | 56 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 70 | N | N | 1. Diabetes Mellitus 2 con complicaciones renales | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | VAL | | | E112 |
| | 854255 | | 58 | | | M | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | F | TALLA | 1.60 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Enfermedad renal crónica etapa 3 | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | |
| | | | | | | D | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | F | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | |

Nota: En caso se identifique en la valoración complicaciones que requieran tratamiento especializado en el II o III nivel, como tener estadio 3, 4 o 5 de enfermedad renal crónica.

UPSS Endocrinología

Se registra de la siguiente manera:

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----|-------------------------------------|---|-----|------------------|----|------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | |
| 7 | 52146387 | | 2 | Cajamarca | 56 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 70 | N | N | 1. Polineuropatía diabética | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | VAL | | | G632 |
| | 854255 | | 58 | | | M | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | F | TALLA | 1.60 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. | P | D | R | | | |
| | | | | | | D | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | F | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | |

Nota: En caso se identifique en la valoración complicaciones que requieran tratamiento especializado en el II o III nivel, como tener en la evaluación del pie diabético un valor ≥ 2 en *Wagner*.

En caso no se identifique complicaciones en la valoración

Se registrará de la siguiente manera

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º casillero registre E10: Diabetes mellitus tipo 1 y E11: Diabetes mellitus tipo 2 sin complicaciones

Para el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque “R” de diagnóstico repetido.

En el ítem Lab

- En el 1º casillero registre “VAL” si el paciente es referido a otro establecimiento de salud.

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | |
|-------------------------------|------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|---------------------------------|---|-----------|-------------------------------------|-----|------------------|----|------|--|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | |
| 7 | 52146387 | 2 | Cajamarca | 56 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 70 | N | N | 1. DM tipo 2 sin complicaciones | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | VAL | | | E119 | |
| | 854255 | 58 | | | M | | | TALLA | 1.64 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. | P | D | R | | | | | |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | | | |

MANEJO DE ENFERMEDAD RENAL DIABETICA (5001707)

Definición Operacional. - Intervención que se brinda a personas con enfermedad renal diabética en estadio del 1 al 2 y microalbuminuria según GPC de complicaciones crónica de diabetes, la cual se realiza en el primer nivel de atención. Incluye la consulta de diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico y consulta o consejería nutricional.

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud

- En el 1º casillero registre la complicación renal del paciente diabético.
- En el 2º casillero registre la etapa de la enfermedad renal crónica (etapa 1, 2, según TFG)

Para el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque “R” de diagnóstico repetido.
- En el 2º casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | |
|-------------------------------|------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----|------------------|----|------|------|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | |
| 7 | 52146387 | 2 | Cajamarca | 56 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | PC | PESO | 69 | N | N | 1. Diabetes Mellitus 2 con complicaciones renales | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | E112 | |
| | 854255 | 58 | | | M | | | TALLA | 1.61 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Enfermedad Renal crónica etapa 1 | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | | N181 |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | | | |

MANEJO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD (5001706)

Definición Operacional. - Intervenciones dirigidas a las personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad que cumplan criterios para recibir una consulta de intervención, estructura del comportamiento según la Guía Técnica para la identificación, tamizaje y manejo de factores de riesgo cardiovascular y de diabetes mellitus tipo 2.

Son programas de modificación de conducta intensivos que utilizan varias sesiones o atenciones a lo largo de semanas o meses, incluyen intervenciones basadas en comportamientos centrados en cambios en la dieta, el ejercicio o cambio del estilo de vida; solos o en combinación.

Los cambios en la dieta incluyen el asesoramiento, educación o apoyo y/o los cambios ambientales, además de los cambios en el ejercicio y/o la dieta. El personal que ejecuta la actividad: medico, enfermera, nutricionista, psicólogo registrara consejería integral, cada vez que se brinde dicha actividad mensualmente.

Luego de realizar la medición de peso, talla y perimetro abdominal, se registraran los valores obtenidos en el casillero del HIS correspondiente a peso talla y perimetro abdominal.

Sobrepeso

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registrar Sobrepeso
- En el 2º casillero registrar Consejería Integral

Para el ítem: Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1º casillero marque "D" de definitivo.
- En el 2º casillero marque "D" de definitivo

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-----------|-------------------------------------|----|------------------|----|----------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 65321452 | | 2 | Camaná | 48 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | | PESO | 70 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Sobrepeso | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | E6690 |
| | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | M | | | TALLA | 1.56 | C | C | 2. Consejería en estilos de vida saludable | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | 99401.13 |
| | 35745 | | 58 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | Pab | 90 | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | |

Obesidad

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero registrar Obesidad
- En el 2º casillero registrar Consejería Integral

Para el ítem: Tipo de diagnóstico anote:

- En el 1º casillero marque "D" de definitivo.
- En el 2º casillero marque "D" de definitivo.

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-----------|-------------------------------------|----|------------------|----|----------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 65321452 | | 2 | Camaná | 48 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | | PESO | 70 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Obesidad | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | E669 |
| | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | M | | | TALLA | 1.67 | C | C | 2. Consejería en estilos de vida saludable | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | 99401.13 |
| | 35745 | | 58 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | Pab | 90 | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | |



PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOMETABÓLICA ORGANIZADOS QUE RECIBEN EDUCACIÓN PARA EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD (5001605)

Definición Operacional. - Intervención que se brinda en establecimientos de salud de las categorías I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1 y III-2 que brindan regularmente servicios para el tratamiento y control de pacientes con enfermedad hipertensiva o diabética.

Incluye el desarrollo de los siguientes procedimientos:

- **Sesión Educativa:** Participan como máximo de 15 personas por actividad, tiene una duración aproximada de 30 minutos.
- **Sesión Demostrativa:** Participan entre 8 y 15 personas por evento, tiene una duración estimada de 45 minutos.
- **Sesión de Grupo de Ayuda Mutua:** Participan por lo menos 8 personas, tiene una duración estimada de 30 minutos.

Registro de Sesión educativa con tema de prevención de hipertensión

Los ítems: Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio no se registran por tratarse de una actividad grupal.

En el ítem: Historia Clínica anote siempre **APP100** de **Actividades en Establecimiento de Salud**

En el ítem: Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En el 1º casillero registrar Sesión Educativa
- En el 2º casillero registrar el tema que corresponde la sesión educativa
 - Hipertensión arterial

Para el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo.
- En el 2º casillero marque "R" de diagnóstico repetido.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de personas que participan de la sesión

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | |
|-------------------------------|------------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|---------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------|---|----|------------------|----|----|-------|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: | | | | | | | | |
| 7 | APP100 | | Huaraz | | A | M | PC | | | PESO | N | N | 1. Sesión Educativa | P | X | R | 15 | | | C0009 |
| | | | | | M | | | | | TALLA | C | C | 2. Hipertensión Arterial | P | D | X | | | | I10 |
| | | | | | D | F | PaB | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

Registro de Sesión educativa con tema de prevención de Diabetes

En el ítem: Historia Clínica anote siempre **APP100** de **Actividades en Establecimiento de Salud**

En el ítem: Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En el 1º casillero registrar Sesión Educativa
- En el 2º casillero registrar el tema que corresponde la sesión educativa
 - Diabetes Mellitus tipo 2 sin complicaciones

- En el 1º casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En el 2º casillero marque “R” de diagnóstico repetido.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de personas que participan de la sesión

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | | | | | |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------|----------------|---------------------|-----------|-------------------------------------|----|------------------|----|----|-------|--|---|---|-------------------------------------|--|--|--|------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | | | | | | | | | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | APP100 | / | / | Huaraz | / | A | M | PC | / | PESO | / | N | N | 1. Sesión Educativa | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 15 | | | C0009 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | M | / | / | TALLA | / | C | C | 2. Diabetes Mellitus tipo 2 sin complicaciones | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | E119 |
| | | | | | | | | | | | | | | | D | / | / | Hb | / | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

Registro de Sesión Demostrativa con tema de prevención de hipertensión

Los ítems Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio; no se registran por tratarse de una actividad grupal.

En el ítem Historia Clínica anote siempre **APP100** de **Actividades en Establecimiento de Salud**

En el ítem Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud

- En el 1º casillero registre Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero registre:
 - Hipertensión Arterial

Para el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En el 2º casillero marque “R” de diagnóstico repetido.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero registre el número de personas que participan de la sesión demostrativa.

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | | | | | |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------|----------------|------------------------|-----------|-------------------------------------|----|------------------|----|----|-------|--------------------------|---|---|-------------------------------------|--|--|--|-----|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | | | | | | | | | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | APP100 | / | / | Moyobamba | / | A | M | PC | / | PESO | / | N | N | 1. Sesión Demostrativa | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 15 | | | C0010 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | M | / | / | TALLA | / | C | C | 2. Hipertensión arterial | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | 110 |
| | | | | | | | | | | | | | | | D | / | / | Hb | / | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

Registro de Sesión Demostrativa con tema de prevención de diabetes

En el ítem Historia Clínica anote siempre **APP100** de **Actividades en Establecimiento de Salud**

En el ítem Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud

- En el 1º casillero registre Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero registre lo que corresponde:
 - Diabetes Mellitus tipo 2 sin complicaciones

Para el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En el 2º casillero marque “R” de diagnóstico repetido

En el ítem Lab

- En el 1º casillero el número de personas que participan de la sesión demostrativa.

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|----------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|----|------------------|-------|------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | P | D | R | 1* | 2* | 3* | | | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | |
| 24 | APP100 | / | / | Moyobamba | / | / | A | M | PC | PESO | N | N | 1. Sesión Demostrativa | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 15 | | | C0010 | |
| | | | | | | | M | | | TALLA | | C | C | 2. Diabetes Mellitus tipo 2 sin complicaciones | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | E119 |
| | | | | | | | D | F | PaB | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

Registro de Sesión educativa con tema de prevención de Diabetes

En el ítem: Historia Clínica anote siempre **APP100** de **Actividades en Establecimiento de Salud**

En el ítem: Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud:

- En el 1º casillero registrar Sesión Educativa
- En el 2º casillero registrar el tema que corresponde la sesión educativa
 - Diabetes Mellitus tipo 2 sin complicaciones

En el ítem: Tipo de diagnóstico marcar siempre “D” en ambos casilleros

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de personas que participan de la sesión

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|----------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|----|------------------|-------|------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | P | D | R | 1* | 2* | 3* | | | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | |
| 7 | APP100 | / | / | Huaraz | / | / | A | M | PC | PESO | N | N | 1. Sesión Educativa | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 15 | | | C0009 | |
| | | | | | | | M | | | TALLA | | C | C | 2. Diabetes Mellitus tipo 2 sin complicaciones | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | E119 |
| | | | | | | | D | F | PaB | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

Registro de Sesión Demostrativa con tema de prevención de hipertensión

Los ítems Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio; no se registran por tratarse de una actividad grupal.

En el ítem Historia Clínica anote siempre **APP100** de **Actividades en Establecimiento de Salud**

En el ítem Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud

- En el 1º casillero registre Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero registre:
 - Hipertensión Arterial

Para el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En el 2º casillero marque “R” de diagnóstico repetido.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero registre el número de personas que participan de la sesión demostrativa.

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|----------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|----|------------------|-------|-----|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | P | D | R | 1* | 2* | 3* | | | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | |
| 24 | APP100 | / | / | Moyobamba | / | / | A | M | PC | PESO | N | N | 1. Sesión Demostrativa | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 15 | | | C0010 | |
| | | | | | | | M | | | TALLA | | C | C | 2. Hipertensión arterial | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | I10 |
| | | | | | | | D | F | PaB | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

Registro de Sesión Demostrativa con tema de prevención de diabetes

En el ítem Historia Clínica anote siempre **APP100** de **Actividades en Establecimiento de Salud**

En el ítem Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud

- En el 1º casillero registre Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero registre lo que corresponde:
 - Diabetes Mellitus tipo2 sin complicaciones

Para el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque “**D**” de diagnóstico definitivo.
- En el 2º casillero marque “**R**” de diagnóstico repetido.

En el ítem Lab

- En el 1º casillero el número de personas que participan de la sesión demostrativa.

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|-----------------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|--|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------|--|--|------------------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | APP100 | / | / | Moyobamba | / | / | A | M | PC | PESO | N | N | 1. Sesión Demostrativa | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 15 | | | C0010 |
| | | | | | | | M | | | TALLA | C | C | 2. Diabetes Mellitus tipo 2 sin complicaciones | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | E119 |
| | | | | | | | D | F | PAB | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

Registro de Sesión de Grupo de Ayuda Mutua con tema de prevención de hipertensión

Los ítems Documento de Identidad, Financiador, Pertenencia Étnica, Edad, Sexo, Establecimiento y Servicio; no se registran por tratarse de una actividad grupal.

En el ítem Historia Clínica anote siempre **APP100** de **Actividades en Establecimiento de Salud**

En el ítem Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud

- En el 1º casillero Sesión Demostrativa
- En el 2º casillero Hipertensión arterial

Para el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque “**D**” de diagnóstico definitivo.
- En el 2º casillero marque “**R**” de diagnóstico repetido.

En el ítem Lab

- En el 1º casillero registre el número de personas que participan en la sesión de grupo de ayuda mutua.

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|-----------------------------------|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-----------------------------------|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------|--|--|------------------|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | |
| | NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | APP100 | / | / | Moyobamba | / | / | A | M | PC | PESO | N | N | 1. Sesión de Grupo de Ayuda Mutua | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 15 | | | C0012 |
| | | | | | | | M | | | TALLA | C | C | 2. Hipertensión arterial | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | I10 |
| | | | | | | | D | F | PAB | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | | | |

Registro de Sesión de Grupo de Ayuda Mutua con tema de prevención de diabetes

En el ítem Historia Clínica anote siempre **APP100** de **Actividades en Establecimiento de Salud**

En el ítem Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud

- En el 1º casillero registre Sesión de grupo de ayuda mutua
- En el 2º casillero registre Diabetes Mellitus tipo 2 sin complicaciones o con complicaciones

Para el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque “D” de diagnóstico definitivo.
- En el 2º casillero marque “R” de diagnóstico repetido.

En el ítem Lab

- En el 1º casillero el número de personas que participan en la sesión de grupo de ayuda mutua.

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------|---------|-------------------------|--|------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|--|---|---|-----------|----|----|------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | HISTORIA CLINICA | GESTANTE/PUERPERA | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | APP100 | / | / | Moyobamba | | / | A | M | PC | PESO | N | N | 1. Sesión de Grupo de Ayuda Mutua | P | D | R | 15 | | | C0012 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | TALLA | | C | C | 2. Diabetes Mellitus tipo 2 sin complicaciones | P | D | R | | | | E119 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | | | | | | | | | | | |

REGISTRO LOS SERVICIOS DE TELEORIENTACIÓN Y TELEMONITOREO

A. Valoración Clínica y Tamizaje laboratorial de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (Valoración Clínica De Factores De Riesgo), a través de teleorientación síncrona.

Definición Operacional. - Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión arterial, incluye la valoración clínica, exámenes de laboratorio y consulta por profesional de la salud para la entrega de resultados y manejo.

La valoración clínica incluye: valoración del índice de masa corporal (IMC), medición del perímetro abdominal, valoración de estilos de vida y medición de presión arterial. Se emplea 25 minutos.

El tamizaje laboratorial incluye: dosaje de glucemia en plasma venoso y perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL calculado y triglicéridos), según corresponda al grupo de edad.

El tamizaje de laboratorio se realiza en mayores de 40 años, sin embargo, en las personas menores de 40 años en caso se identifique algún factor de riesgo según GPC se realiza.

Primera Atención:

Cuando no se identifiquen factores de riesgo

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Valoración Clínica de Factores de Riesgo
- En el 2º casillero Consejería en estilos de vida saludable
- En el 3º casillero Teleorientación sincronica

En el ítem Tipo de diagnóstico

- En el 1º, 2º y 3º casilleros marquen “D” de diagnóstico definitivo.

En el ítem Lab:

- En el 1º casillero DNT de daños no trasmisibles

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|-----------------------------------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-----------------------------|----------------|---|-----------|---|----|------------------|----------|----|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º |
| | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 45320 | 2 | Huancayo | 56 | M | PC | PESO 50 | N | X | 1. Valoración Clínica de factores de riesgo | P | X | R | DNT | | | 2019 | | |
| | 85274136 | 58 | | M | | | TALLA 1.60 | X | C | 2. Consejería en estilos de vida saludable | P | X | R | | | | 99401.13 | | |
| | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. Teleorientación síncrona | P | X | R | | | | 99499.08 | |

* Nota: Cuando no se identifican factores de riesgo culmina la actividad.

Cuando se identifiquen factores de riesgo

En el ítem: **Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud** registrar:

- En el 1º casillero se colocará la Valoración Clínica de Factores de Riesgo, según corresponda.
- En el 2º se consignarán los factores de riesgo que se identifiquen. (sobrepeso, obesidad)
- En el 3º casillero, registra la solicitud de exámenes de laboratorio (glucosa y perfil lipídico).
- En el último casillero, registrar el servicio realizado Teleorientación síncrona.

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1º casillero marque "D" de diagnóstico definitivo

En el ítem LAB anote:

- En el campo LAB, considerar DNT que corresponde a la actividad de daños no transmisibles.

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|-----------------------------------|------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|--|----------------|---|-----------|---|----|------------------|------|----|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º |
| | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 45320 | 2 | Huancayo | 68 | M | PC | PESO 70 | N | X | 1. Valoración Clínica de factores de riesgo | P | X | R | DNT | | | 2019 | | |
| | 85274136 | 58 | | M | | | TALLA 1.66 | X | C | 2. Sobrepeso | P | X | R | | | | E6690 | | |
| | | | | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. Solicitud de examen de laboratorio | P | X | R | | | | 2017 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | A | M | PC | PESO | N | N | 4. Consejería en estilos de vida saludable | P | X | R | | | 99401.13 | | |
| | | | | | M | | | TALLA | | C | 5. Teleorientación síncrona | P | X | R | | | 99499.08 | | |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | | R | 6. | P | D | R | | | | | |

A. Evaluación y entrega de Resultados a través de Telemonitoreo

Segunda Atención luego de haber encontrado factores de riesgo en la teleorientación:

Cuando se identifica que no tiene exámenes de control

Si el paciente no cuenta con glucómetro en domicilio para realizar la medición, se le solicita examen de laboratorio y se programa una atención domiciliaria para la toma de muestra.

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1º casillero se coloca el diagnóstico Hiperglicemia no especificada
- En el 2º casillero colocar Consejería en estilos de vida saludable
- En el 3º casillero se registrará el servicio realizado Telemonitoreo



En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1° casillero marque “D” de repetido
- En el 2° casillero marque “D”, de definitivo
- En el 3° casillero maque “D” de definitivo

En el ítem LAB anote:

- En el campo LAB, registre DNT

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | | | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|-------------------|--|---------|-------------------------|----------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|--|---------------------|----|----|-------------------------------------|-------------------------------------|-----|------------------|--|----------|
| | HISTORIA CLINICA | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | P | D | R | 1° | 2° | 3° | | | | | | |
| | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | |
| 19 | 7622210 | | 2 | Paras | | 68 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | 70 | N | N | 1. Hiperglicemia no especificada | | | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | DNT | | | R739 |
| | 85421 | | 58 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | M | Pab | TALLA | 1.66 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Consejería en estilos de vida saludable | | | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 99401.13 |
| | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | | Hb | | | R | R | 3. Telemonitoreo | | | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | |

B. Seguimiento de pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial a través de Telemonitoreo

Definición Operacional. - Intervención dirigida a personas con hipertensión arterial de no alto riesgo cardiovascular (riesgo cardiovascular bajo o moderado) de dieciocho (18) años a más que se brinda en establecimientos de salud con población asignada de las categorías I-2, I-3, I-4 y II-1, con la finalidad de brindar tratamiento integral para el control de su enfermedad que han sido tipificados como controlados. Incluye el manejo de complicaciones y multimorbilidades según riesgo cardiovascular

Cuando no tiene tensiómetro para la toma de presión arterial

Si el paciente no cuenta con tensiómetro en domicilio para realizar la medición, se programa una atención domiciliaria para la toma de la presión.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1° casillero se colocará el diagnostico Hipertensión arterial.
- En el 2° casillero Telemonitoreo

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- Marcar siempre “D”

En el ítem LAB anote:

- En el campo LAB, considerar DNT que corresponde a la actividad de daños no transmisibles

| DIA | D.N.I. | | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | | | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-------------------------------|-------------------|--|---------|-------------------------|----------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|--------------------------|---------------------|----|----|-------------------------------------|-------------------------------------|-----|------------------|--|----------|
| | HISTORIA CLINICA | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | P | D | R | 1° | 2° | 3° | | | | | | |
| | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | |
| 19 | 7622210 | | 2 | Paras | | 38 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | 71 | N | N | 1. Hipertensión arterial | | | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | DNT | | | 110 |
| | 85421 | | 58 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | M | Pab | TALLA | 1.68 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Telemonitoreo | | | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 99499.10 |
| | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | | Hb | | | R | R | 3. | | | P | D | R | | | |

Cuando tiene tensiómetro para la toma de presión arterial

Si el paciente cuenta con tensiómetro en el momento de realizar el telemonitoreo, se registra los valores encontrados como N o A.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1° casillero se colocará el diagnostico de enfermedad hipertensiva
- En el 2° casillero se registrará el servicio realizado Telemonitoreo

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1° casillero marcar “R”
- En el 2° casillero marcar “D”

En el ítem LAB anote:

- En el campo LAB, considerar N: presión arterial <140/90 y A: presión arterial ≥ 140/90

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|--------------------------|---|-----------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----|----|--|----------|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | | |
| | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | 7622210 | 2 | Paras | 38 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | 71 | N | N | 1. Hipertensión arterial | | | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | N | | | 110 |
| | 85421 | 58 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | M | | TALLA | 1.68 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Telemonitoreo | | | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 99499.10 |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | Pab | Hb | | R | R | 3. | | | P | D | R | | | | |

C. Seguimiento de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus a través de Telemonitoreo

Definición Operacional. - Intervención que se brinda a personas con diabetes mellitus sin complicaciones (personas con diabetes sin retinopatía, examen simple de orina con proteínas negativo o microalbuminuria categoría A1 y pie diabético con evaluación de monofilamento negativa), que han logrado alcanzar las siguientes metas de control cardiometabólico:

Glucemia en ayunas 70 a 130 mg/dl en dos mediciones, o hemoglobina glucosilada menor de 7% (o según meta terapéutica de Hb1Ac), y Presión arterial menor de 140/80 mmHg.

Cuando se identifica que no tiene exámenes de control

Si el paciente no cuenta con glucómetro en domicilio para realizar la medición, se le solicita examen de laboratorio y se programa una atención domiciliaria para la toma de muestra.

En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1° casillero se colocar el diagnóstico DM2 sin complicaciones
- En el 2° casillero colocar solicitud de examen de laboratorio
- En el 3° casillero se registrará el servicio realizado Telemonitoreo

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1° casillero marque “R” de repetido
- En el 2° casillero marque “D”, de definitivo
- En el 3° casillero maque “D” de definitivo

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------|-----------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----|----|--|------|
| | HISTORIA CLINICA | | | | | | | | | | ETNIA | CENTRO POBLADO | P | D | R | 1º | | 2º | 3º | | |
| | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 45320 | 2 | Huancayo | 68 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | PESO | 70 | N | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Diabetes tipo 2 sin complicaciones | | | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | E119 |
| | 85274136 | 58 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | M | | TALLA | 1.66 | <input checked="" type="checkbox"/> | C | 2. Solicitud de examen de laboratorio | | | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 2017 |
| | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | D | F | Pab | Hb | | R | R | 3. Telemonitoreo | | | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | |

Cuando tiene resultados de laboratorio

Luego de haber solicitado los exámenes de laboratorio y obtener los resultados se registra los valores. Sin embargo, si el paciente cuenta con glucómetro en el momento de realizar el telemonitoreo, se registra los valores encontrados como N o A.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1° casillero se coloca el diagnostico.
- En el 2° casillero se registrará el servicio realizado Telemonitoreo

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1° casillero marque “R” de repetido
- En el 2° casillero marque “D”, de definitivo

En el ítem LAB anote:

- En el campo LAB, registre N: glucosa 70- 130mg/dl y A: glucosa >130mg/dl de acuerdo con el resultado de glucosa.

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------------------|------------------|----|-------------------------------------|---|---|---|------|----------|
| | HISTORIA CLINICA | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | | | |
| | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | |
| 19 | 7622210 | 2 | Paras | 38 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | | | PESO | 71 | N | N | 1. Diabetes tipo 2 sin complicaciones | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | N | | | E119 | |
| | 85421 | 58 | | | <input type="checkbox"/> | M | | | TALLA | 1.68 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | 2. Telemonitoreo | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 99499.10 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | D | Pab | | Hb | | R | R | | | | | 3. | P | D | R | | |

REGISTRO DE SERVICIOS DE TELECONSULTA

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de salud registrar:

- En el 1° casillero se colocará el diagnostico de enfermedad hipertensiva(I10) o Diabetes Mellitus (E10, E11,E13,E14)
- En el 2° casillero se registrará el servicio realizado Teleconsulta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico

- En el 1° casillero marcar “R”
- En el 2° casillero marcar “D”

| DIA | D.N.I. | FINANC. | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLEC. | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | VALOR LAB | | | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|---------|-------------------------|------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|-----------------|----|-------------------------------------|---|---|---|-----|----------|
| | HISTORIA CLINICA | ETNIA | CENTRO POBLADO | | | | | | | | P | D | R | 1º | 2º | 3º | | | | | | |
| | GESTANTE/PUERPERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | | |
| 19 | 7622210 | 2 | Paras | 38 | <input checked="" type="checkbox"/> | M | PC | | | PESO | 71 | N | N | 1. Hipertensión arterial | P | D | <input checked="" type="checkbox"/> | N | | | I10 | |
| | 85421 | 58 | | | <input type="checkbox"/> | M | | | TALLA | 1.68 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | 2. Teleconsulta | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | | | 99499.01 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | D | Pab | | Hb | | R | R | | | | | 3. | P | D | R | | |



Ministerio de Salud

Av. Salaverry 801, Jesús María Lima - Perú
Central telefónica(01) 315 6600