



HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA



GUÍA TÉCNICA: GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO

RD. N° - - DE - HJATCH

2024

Grupo elaborador de la GUÍA TÉCNICA: GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO DEL HOSPITAL "JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA"

Nut. Nilton Cesar Becerra Espinoza

Jefe del Departamento de Apoyo al Tratamiento.

SERVICIO DE NUTRICIÓN

Lic. Nut. Quispe Orihuela, Mariela Roxana

Jefa del Servicio de Nutrición

Nut. Gaby Vanessa Mercado Quispe

Responsable de la Unidad Nutrición Lactario de Hospitalización

Nut Milagros Yessenia Quispe Flores

Responsable de la Unidad de Tratamiento Nutrioterapéutico y Dietoterapia

Nut Hellen Odalis Aguilar Colque

Responsable de la Unidad de Terapia Nutricional Especializada

Nut Esp. Nut. Onc Tula Ruth Hurtado Velásquez

Responsable de la Unidad de Nutrición Integral

Nut Cinthya Magali Tacca Ortiz

Licenciada en Nutrición

Nut Esp Nut Clin. Nelly Marilyn Arias Cuellar

Nutricionista Clínica

SERVICIO DE FARMACIA

Q.F. Karim Zynka Córdova Pinedo

Jefa del Servicio de Farmacia

Q.F. Esp. FC Nora Liz Baltuano Villafuerte

Coordinadora del área de Farmacia Clínica

Q.F. Esp. FC Ernesto Ramírez Sandoval

Químico Farmacéutico Clínico

Q.F. Angelica Clarisa Salazar Yacsavilca

Químico Farmacéutico

Q.F. Basilia Vargas Calderón

Químico Farmacéutico

Q.F. Noelia Bustillos Juarez

Químico Farmacéutico



SERVICIO DE SOCIAL

Lic. Villarroel Palpa, Delia	Jefa de Servicio Social
Lic. Betancourt Murrugarra Yohanna	Trabajadora Social
Lic. Durand Arauco Rosa	Trabajadora Social
Lic. Guerra Rojas Nelly	Trabajadora Social
Lic. Marín Silva Raquel	Trabajadora Social
Lic. Millones Vicharra Jenny	Trabajadora Social
Lic. Salvador Castillo, Alicia Carmen	Trabajadora Social
Lic. Vásquez Pino, Aurora	Trabajadora Social

SERVICIO DE PSICOLOGÍA

LIC. Psic. Pedro Néstor Castro Paredes	Jefe del Servicio de Psicología
LIC. Zenia Valdivia	Psicóloga
MG. Luis Murga Tovar	Psicólogo
LIC. Jimmy Rojas Guzmán	Psicólogo
LIC. Carmen Rosa Cárdenas Zavala	Psicóloga
LIC. Jessica Roxana Zarpan Fernández	Psicóloga
LIC. Gabriela Christel Guevara Haro	Psicóloga
LIC. Luz Nayeli Huamani Miguel	Psicóloga



ÍNDICE

FARMACIA 7

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERIA FARMACEUTICA Y PROMOCIÓN DE USO RACIONAL Y SEGURO DE MEDICAMENTOS DE RIESGO EN PACIENTES Y DE ALTA HOSPITALARIA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA..... 7

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE FARMACIA HOSPITALARIA - DOSIS UNITARIA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA 15

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE EVALUACIÓN DE CASOS DE USUARIOS DE SALUD CON SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (FARMACOVIGILANCIA) DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA..... 24

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE EVALUACIÓN DE CASOS DE USUARIOS DE SALUD CON SOSPECHAS DE INCIDENTES ADVERSOS A DISPOSITIVOS MÉDICOS (TECNNOVIGILANCIA) DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA..... 35

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA 4

NUTRICIÓN..... 16

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE REEVALUACIÓN PERIÓDICA DEL: NIÑO MENOR DE 1 AÑO, NIÑO DE 1 AÑO A 4 AÑOS Y DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA 16

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN NUTRICIONAL AMBULATORIA DEL JOVEN (18-29 AÑOS) Y ADULTO (30-59 AÑOS) DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA 22

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN Y REEVALUACIÓN NUTRICIONAL DE MEDICINA PREVENTIVA Y ENFERMEDADES PREVALENTES DEL ADULTO MAYOR 60 AÑOS DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA..... 9

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERIA EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LA ATENCIÓN NUTRICIONAL AMBULATORIA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA 23

GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN INICIAL, Y REEVALUACIÓN NUTRICIONAL Y ATENCION PREVENTIVA DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN ADOLESCENTES (12 -17 AÑOS) DEL HJATCH 39

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN NUTRICIONAL HOSPITALARIA EN EL RECIEN NACIDO CON MUY BAJO PESO AL NACER Y BAJO PESO AL NACER DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO DEL HJATCH..... 60



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERIA EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO, HIPERGLICEMIA Y DISLIPIDEMIAS DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA.....	79
SERVICIO SOCIAL	108
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN DE SERVICIO SOCIAL DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	108
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERIA FAMILIAR DE SERVICIO SOCIAL DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	153
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE EVALUACIÓN SOCIO ECONÓMICA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	162
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE TALLER DE HABILIDADES SOCIALES DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA.....	179
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE EVALUACIÓN SOCIO FAMILIAR DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA.....	191
PSICOLOGÍA	204
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL, PSICODINAMICA, PSICOEDUCATIVA EN CONSULTORIO AMBULATORIO O HOSPITALIZACIÓN Y PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA.....	204
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE VISITA COMUNITARIA INTEGRAL DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA.....	212
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE TAMIZAJES DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	218
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE SESIÓN DE PSICOTERAPIA FAMILIAR Y PAREJA DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA.....	243
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE PSICOTERAPIA INTERACTIVA DE GRUPO DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	250
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL SERVICIO DE PSICOLÓGIA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	257
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA.....	263



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE PSICOEDUCACIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA 285

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA PSICOLÓGICA SERVICIO DE PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA..... 292



FARMACIA

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERÍA FARMACÉUTICA Y PROMOCIÓN DE USO RACIONAL Y SEGURO DE MEDICAMENTOS DE RIESGO EN PACIENTES Y DE ALTA HOSPITALARIA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

Establecer los procedimientos básicos de gestión para el desarrollo de la consejería farmacéutica y la promoción del uso racional y seguro de medicamentos de riesgo, de manera que se evidencie el aporte del Químico farmacéutico integrante del equipo de salud, para lograr el cumplimiento efectivo de la farmacoterapia y mejorar la calidad de vida del paciente del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

- Orientar sobre aspectos relacionados al cumplimiento de su tratamiento farmacológico e identificación oportuna de posibles efectos adversos e interacciones medicamentosas y alimentarias
- Sensibilizar sobre la importancia del cumplimiento de su farmacoterapia, de manera didáctica y con lenguaje comprensible, cerciorándose que éste haya comprendido el mensaje.
- Reconocer los elementos de la realidad que puedan ser beneficios o perjudiciales para su salud, favoreciendo su control, crecimiento personal y la toma de decisiones.
- Erradicar hábitos inadecuados en el manejo de medicamentos y la automedicación.
- Recomendar el modo correcto de almacenamiento de medicamentos y manejo de botiquines en el hogar.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Departamento Apoyo al Tratamiento – Servicio de Farmacia del Hospital José Agurto Tello de Chosica

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre de los procedimientos médicos:

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

4.3 4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento

Nombre de los procedimientos médicos	Código o CPMS	Tiempo	
		Sin Intervención farmacéutica	Con Intervención farmacéutica
Promoción del uso racional y seguro de grupos de medicamentos de riesgo (antimicrobianos, psicofármacos, citotóxicos, hormonas, entre otros)	C3091	15 min	20 min
Consejería y orientación en el uso racional de medicamentos al individuo, familia y comunidad	99401.20		



V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Intervención Farmacéutica.** - Actuaciones efectuadas por el profesional Químico Farmacéutico en colaboración con el paciente y otros profesionales de la salud, en el cual participa activamente en la toma de decisiones, contribuye a alcanzar las metas terapéuticas y evaluación de los resultados.^{5,6}
- **Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).**- Acto profesional del químico farmacéutico en el cual el profesional Químico Farmacéutico orienta y supervisa al paciente en relación al cumplimiento de su farmacoterapia, mediante intervenciones dirigidas a prevenir, identificar y resolver los Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM).^{5,6}
- **Validación:** Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.^{5,6}
- **Atención Farmacéutica:** Acto del profesional Químico Farmacéutico para la mejora y mantenimiento de la salud y calidad de vida del paciente, los cuales se realizan mediante prácticas correctas de dispensación y seguimiento Farmacoterapéutico.^{5,6}
- **Consejería Farmacéutica:** Consiste esencialmente en un proceso de ayuda en relación a la farmacoterapia y al uso seguro del medicamento.^{5,6}



5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Denominación Común Internacional.** - Nombre genérico de los medicamentos.^{5,6}
- **Reacción adversa a medicamentos (RAM).**- Es cualquier reacción nociva no intencionada que aparece tras el uso de un medicamento o producto farmacéutico en el ser humano para fines de profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.^{5,6}
- **Dispensación.** - Acto profesional del Químico-Farmacéutico de proporcionar uno o más productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios a un paciente o usuario, generalmente en atención a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado.^{5,6}
- **Dosificación/Posología.** - Describe la dosis de un medicamento, los intervalos entre las administraciones y la duración del tratamiento.^{5,6}
- **Dosis.** - cantidad total de un medicamento que se administra de una sola vez o total de la cantidad fraccionada, administrada durante un período determinado.^{5,6}
- **Adherencia al tratamiento.** - Referida al cumplimiento del régimen terapéutico prescrito. Incluye la buena disposición del paciente para empezar el tratamiento y su capacidad para cumplir su farmacoterapia



- **Problema de salud:** Situación que el paciente o el profesional de la salud perciben como una desviación de la normalidad que ha afectado, puede afectar o afecta a su capacidad funcional.
- **Problema Relacionado con el Medicamento (PRM):** Es un problema de salud experimentado por el paciente, como resultado clínico negativo derivado de la farmacoterapia y que, por su interferencia real (que vienen ocurriendo) o potencial (que ocurrirá si no se resuelve), no permite conseguir el objetivo terapéutico esperado o genera efectos no deseados.
- **Receta Médica.** - Es un documento sanitario que incluye en forma escrita la prescripción de un tratamiento farmacológico o no farmacológico realizado por un profesional de la salud autorizado, a fin de solucionar un problema de salud en un determinado paciente.
- **Unidad Productora de Servicios de Salud Farmacia (UPSS):** Es la unidad orgánica que se encarga de suministrar en forma oportuna, eficiente y adecuada de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, destinados a la prevención, recuperación y conservación de la salud de los pacientes, según prescripción médica. La actividad farmacéutica se rige por una serie de normas emanadas por el Ministerio de Salud.

5.2 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- Farmacia de Hospitalización: 01 Químico Farmacéutico Clínico
- Farmacia de Consultorios Externos: 01 Químicos Farmacéuticos

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

Equipos Biomédicos, Instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD
Escritorio	UNIDAD	1
Sillas	UNIDAD	2
Equipo de cómputo con acceso a internet	UNIDAD	1
Impresora multifuncional	UNIDAD	1
Archivador de cartón con palanca lomo ancho tamaño oficio	UNIDAD	1
Bolígrafo (lapicero) de tinta seca punta fina azul	UNIDAD	1
Engrapador de metal tipo alicate	UNIDAD	1
Grapa 26/6 x 5000	UNIDAD	1
PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	UNIDAD	1



Folder manila tamaño a4	UNIDAD	05
Sacagrapas de metal	UNIDAD	01
Tóner para impresora multifuncional	UNIDAD	1

- Material Médico Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Mascarillas KN95	UNIDAD	01
Alcohol 70° gel frasco 500 ml	ml	05

- **Material Médico Fungible:** No aplica
- **Medicamentos:** No aplica

5.3.3 FORMATOS

- Formato/Cartilla de Uso seguro de medicamentos (Anexo 1)
- Formato de Intervención Farmacéutica (Anexo 2)

VI CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

Nº	ETAPAS	RESPONSABLE	TIEMPO
01	Entrevista con paciente o familiar., identificando algún problema relacionado al uso del medicamento en tratamiento habitual	Farmacéutico Clínico / Químico Farmacéutico	05 minutos
02	Orientación sobre el uso seguro y racional de los medicamentos de la farmacoterapia prescrita, entregar LA CARTILLA DE USO SEGURO DE MEDICAMENTOS Si se da el caso, realizar la promoción de uso racional y seguro de medicamentos de riesgo (Antimicrobianos, psicofármacos, citotóxicos, entre otros)	Farmacéutico Clínico / Químico Farmacéutico	05 minutos
03	Si se identifica algún PRM de necesidad, eficacia o seguridad, o se detecta algún error de medicación, realizar la intervención farmacéutica al médico tratante	Farmacéutico Clínico / Químico Farmacéutico	10 minuto s
04	Registrar el /los procedimientos con los códigos correspondientes	Farmacéutico Clínico / Químico Farmacéutico	05 minutos



05	Luego de 3 días, monitorizar a través de la tele orientación la efectividad y seguridad de los medicamentos dispensados	Farmacéutico Clínico / Químico Farmacéutico	5-10 minutos
----	---	---	--------------

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

La consejería farmacéutica está dirigida a pacientes de alta hospitalaria de los Servicios de Hospitalización de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Gineco-Obstetricia y a pacientes ambulatorios atendidos por las diferentes especialidades médicas como son: Medicina Interna, Cardiología, Endocrinología, Gineco Obstetricia, Reumatología, Traumatología, Dermatología, Neurología, Psiquiatría y Pediatría, cubiertos por el SIS, Estrategias Sanitarias, o Pagantes

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS

- Pacientes Polimedicados
- Pacientes que usan medicamentos con estrecho margen terapéutico
- Pacientes con insuficiencia renal o hepática o a otros órganos que pudiesen verse afectado por la farmacocinética del medicamento
- Pacientes con factores de riesgo (pluripatológicos, gestantes, púerperas, adultos mayores, niños)

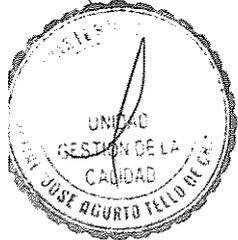
6.3 CONTRAINDICACIONES: No aplica

6.4 COMPLICACIONES

- Paciente que necesite referencia a un hospital de mayor complejidad no dado de alta
- Paciente postrado sin familia o cuidador

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales de la salud que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.



VII. RECOMENDACIONES

- Contar con un ambiente con capacidad para ubicar el mobiliario y equipo para interactuar con el paciente con la confidencialidad requerida
- Contar con profesionales Químicos Farmacéuticos que puedan dedicarse a la labor y garantizar la orientación adecuada

VIII. ANEXOS.

- **Anexo N° 1:** Cartilla de uso seguro de medicamentos
- **Anexo N° 2:** Formato de Intervención Farmacéutica (solo pacientes de alta)

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS estilo Vancouver

- 1.- Care Doria, Á, González Argumedo, G, Payares Mendoza, J, Arrieta Rodríguez, T Diseño de herramientas para el uso seguro de medicamentos hospitalarios.[Internet]. 2020. Disponible en <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/2917>
- 2.- García Falcón D, Lores Delgado D, Dupotey Varela NM, Espino Leyva DL. Problemas relacionados con medicamentos en adultos mayores hipertensos. Pharm Care Esp. 2021; 23(3):219-235
- 3.- Soares Rodríguez MC, Oliveira C. Interacciones medicamentosas y reacciones adversas a los medicamentos en polifarmacia en adultos mayores: una revisión integradora. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24: e2800. [Internet]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1316.2800>
- 4.- Rojas-León C, Segura-Cano S, Lizano-Barrantes C, Cordero-García E. Servicios de Atención Farmacéutica en farmacias de comunidad privada de Costa Rica: percepción de usuarios. Rev. OFIL-ILAPHAR [Internet]. 2022 Dic [citado 2024 Mar 18] ;32(4):341-345. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2022000400006>.
- 5.- Perú. Ministerio de Salud. Documento técnico: Manual de buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica Resolución Ministerial 554-2022 /MINSA (27 Julio 2022)
- 6.-Perú.Ministerio de Salud. Aprueban Reglamento de Establecimientos farmacéuticos. Decreto supremo 014-2011/SA (27 Julio 2011)



Anexo N°1: CARTILLA DE USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

HOSPITAL JOSE AGUIRTO TELLO DE CHINCHA
SERVICIO FARMACIA - ASISTENCIA FARMACIA

CARTILLA DE USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

NOMBRE: _____ N° RG: _____ FECHA: _____
 EDAD: _____ DIA DE REGISTRO: _____

MEDICAMENTO <i>Nombre y dosis</i>	DESAYUNO	ALMUERZO	POSA LA TARDE	CENA	AL NOCHE	Otras Observaciones
	In Ayuda	1 HORA ANTES	1 HORA ANTES	1 HORA ANTES	1 HORA ANTES	

OTRAS OBSERVACIONES _____

Recibi Consejo Farmacéutico

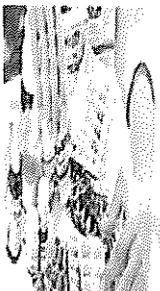
Nombre: _____
Dirección: _____
DNI: _____
Firma: _____
N° Tel: _____

NORA LIZ BALTUANO VILLAFUERTE
CQF 05619
FARMACIA CHINCHA




CÓMO UTILIZAR SUS MEDICAMENTOS DE FORMA SEGURA

- 1. Guarde los medicamentos en sus envases originales. Evite combinar unos medicamentos con otros de apariencia similar.
- 2. Nunca tome por su cuenta medicamentos que esto tomando otra persona, ya que no sabe si puede ser eficaz, si la dosis es adecuada para Ud. o si le puede causar alergia.
- 3. Asegúrese de ver correctamente lo que está tomando: espanda la luz, colóquese sus lentes. Piense que muchos medicamentos tienen envases y formas parecidas.
- 4. Es muy importante que respete el horario de toma de medicación. Si olvida alguna toma, es mejor que espere a la próxima. Nunca tome una dosis doble.
- 5. No parta, abra o triturar ninguna tableta sin asegurarse antes que sea posible hacerlo con ese medicamento, según instrucciones del profesional de la salud.
- 6. Para tomar medicamento líquidos, utilice únicamente la cucharita o dosificador incluido junto con ellos. Pueden producir errores en la dosis si utiliza otra cucharita (por ej. para café o sopa).
- 7. No conserve los medicamentos en la cocina, el baño, o en lugares expuestos directamente a la luz, el calor o la humedad, ya que pueden afectar su potencia y seguridad.
- 8. Mantenga los medicamentos que Ud. toma, separados de los medicamentos para animales y de los productos para limpieza del hogar.
- 9. No guarde medicamentos en forma de crema, pomada o loción, junto a sus productos de higiene personal. La confusión podría tener graves consecuencias.
- 10. Conserve esta cartilla y las recomendaciones y observaciones de uso, léala siempre que tenga cualquier duda. Comuníquese con el Químico Farmacéutico para mayor orientación sobre el uso seguro de medicamentos.





Anexo N° 2: FORMATO DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA - SERVICIO DE FARMACIA- AREA DE FARMACIA CLINICA

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO: INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

PROBLEMAS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS

FECHA:HC..... PACIENTE:..... EDAD

MEDICAMENTOS INVOLUCRADOS NOMBRE, CONCENTRACION, PRESENTACION, DOSIS	PROBLEMA DE SALUD	SITUACION		ACCION ADVERSA	INTERACCION MEDICAMENTO SA
		PRM REAL (MANIFESTADO)	PRM POTENCIAL (RIESGO DE APARICION)		

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA:

INTERVENIR SOBRE CANTIDAD DE MEDICAMENTO:

DOSIS
FAUTA DE ADMINISTRACION

INTERVENIR SOBRE ESTRATEGIA FARMACOLOGICA:

AÑADIR MEDICAMENTO
RETIRAR MEDICAMENTO
SUSTITUIR MEDICAMENTO

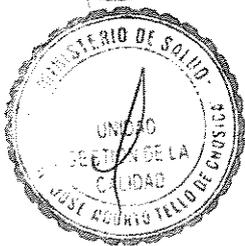
VIA DE COMUNICACIÓN MEDICO TRATANTE:

VERBAL
ESCRITA

RESULTADO:

INTERVENCIÓN ACEPTADA
INTERVENCIÓN NO ACEPTADA

Q. FARMACEUTICO CLINICO



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE FARMACIA HOSPITALARIA - DOSIS UNITARIA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento de dispensación de medicamentos en dosis unitaria para promover el acceso, así como el uso seguro y racional de los medicamentos y dispositivos médicos en el ámbito del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

- Establecer los criterios técnicos para la organización, gestión, administración y evaluación del Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU).
- Establecer los recursos mínimos necesarios para el adecuado funcionamiento del Sistema de Dispensación de medicamentos en Dosis Unitaria
- Proporcionar las herramientas necesarias para el adecuado funcionamiento del SDMDU

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Departamento Apoyo al Tratamiento, servicio de Farmacia Hospital José Agurto Tello de Chosica.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- 4.1 Nombre del procedimiento: Dispensación de medicamentos en dosis unitaria.
- 4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99199.37
- 4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 45 min

CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU).** Aquella que el profesional Químico Farmacéutico realiza a partir del análisis e interpretación de la orden médica de manera individualizada, en envases debidamente identificados, cantidades exactas y para un período de 24 horas, lo cual garantiza accesibilidad, oportunidad del tratamiento farmacológico, optimiza la distribución y el uso racional de medicamentos e insumos médicos en los servicios de hospitalización.
- **Dispensación** Es el acto profesional farmacéutico de proporcionar uno o más medicamentos a un paciente generalmente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado. En este acto el farmacéutico informa y orienta al paciente sobre el uso adecuado del medicamento, reacciones adversas, interacciones medicamentosas y las condiciones de conservación del producto.
- **Hoja de prescripción** Es el formato donde se registra el tratamiento farmacológico o no farmacológico para el paciente; para el caso del



SDMDU este tratamiento corresponde al de veinticuatro horas y debe estar incluida en la Historia Clínica.

- **Hoja de devolución** es el formato donde se registra los medicamentos y materiales médicos quirúrgicos devueltos en el día y en el cual se consigna el nombre del paciente, historia clínica, descripción forma farmacéutica, cantidad y motivo de la devolución.

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Dosis Unitaria:** Cantidad física de un medicamento indicado por el profesional prescriptor como una dosis de tratamiento para un paciente, cuyo envase permite la administración segura y directa a paciente a una determinada hora.
- **Medicamento envasado en dosis unitaria** Un medicamento se considera que está envasado en Dosis Unitaria si contiene la cantidad para una sola dosis y está identificado en cuanto a composición, dosis, lote y fecha de vencimiento, estando disponible para su administración directa sin necesidad de cálculos y/o manipulación previa.
- **Medicamento para coche de paro:** Es la relación de medicamentos para situaciones de paro cardio-respiratorio, shock anafiláctico o pacientes con riesgo de muerte.
- **Medicamentos para botequín de emergencia en emergencia en servicio de hospitalización** Es el listado de medicamentos que pueden ser utilizados para completar la dosis de aquellos que han excedido a las dispensadas para 24 horas (24 horas) o para la atención de una prescripción de emergencia en horas de guardia nocturna, domingo o días feriados.
- **Carros de medicamento en dosis unitaria:** Son las unidades de transporte con mecanismos de seguridad y espacios físicos denominados cajetines, que sirven para transportar tratamientos individualizados para 24 horas, estos deben tener compartimientos especiales para soluciones de gran volumen, medicamentos controlados, fotosensibles y material médico quirúrgico según corresponda. Deben ser de material liviano, lavable y resistente a impactos.



5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Químico Farmacéutico por Servicio de hospitalización

5.3.2. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos Biomédicos, Instrumental y Mobiliario

DESCRIPCIÓN	UM	CANT.
Archivador de cartón con palanca lomo ancho tamaño oficio	Unidad	01
Tóner para impresora multifuncional hp laser jet m 1522n cod. Ref cb436a negro	Unidad	01
Bolígrafo (Lapicero) de tinta seca punta fina Azul	Unidad	01

Bolígrafo (Lapicero) de tinta seca punta fina rojo	Unidad	01
Cuaderno de cargo empastado tamaño a5 x 200 hojas y cuaderno A4 x 100 hojas	Unidad	01
Escritorio	Unidad	01
Sillas	Unidad	01
Equipo de cómputo con acceso a internet	Unidad	01
Impresora multifuncional	Unidad	01

- **Material Médico Fungible**

DESCRIPCIÓN	UM	CANT
Mascarilla KN95	unidad	1
Alcohol 70 °gel frasco 500 ml	mL	5

- **Material Médico No Fungible:** No aplica
- **Medicamentos:** No aplica

5.3.3. FORMATOS.

- Formato Hoja De Prescripción (original y copia)
- Formato Devolución de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico (original y copias)

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICA

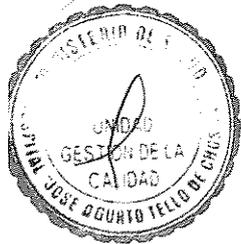
6.1 DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTO EN DOSIS UNITARIA

Procedimiento para la validación de la receta médica

El Químico Farmacéutico que dispensa los productos farmacéuticos y/o dispositivos médicos evaluará la receta.

Descripción del Procedimiento:

Nº	PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	TIEMPO
01	El Químico Farmacéutico de turno recibe la prescripción e identifica el tipo de financiamiento (SIS, PAGANTE, SOAT)	Químico Farmacéutico	01 minuto
02	En caso del alta del paciente, se deberá priorizar la atención y dispensación realizando consejería y se registra en la información estadística institucional con código 99401.20.	Químico Farmacéutico	04 minuto
03	Verificar que la receta cumpla con las BPP (buenas prácticas de prescripción) con los siguientes datos: -Nombre del establecimiento de salud -Dirección del establecimiento de salud -Nombre, sello, y firma del profesional que prescribe -Nombre del paciente. -Número de cama. -Número de colegiatura del médico -Diagnóstico (CIE-10) (se informa en el sistema estadística institucional. -Concentración -Forma Farmacéutica	Químico Farmacéutico	01 minuto



Guía Técnica: Guías de Procedimientos Asistenciales del Departamento de Apoyo al Tratamiento

	-Vía administración -Cantidad -Frecuencia. -Fecha de emisión		
04	El Químico Farmacéutico analiza e interpreta la prescripción de la receta con la historia clínica. En caso de identificar un error de prescripción procederá a comunicar al médico tratante, para la medida correctiva	Químico Farmacéutico	2 minutos
05	Verificar en táper de medicamentos de dosis unitaria de cada paciente, constatando el total uso de los medicamentos e identificando el cumplimiento del tratamiento.	Químico Farmacéutico	3 minutos
06	En caso del no cumplimiento del tratamiento (producto sobrante) consultar al personal de enfermería u obstetricia el motivo de la no administración procediendo a la devolución correspondiente	Químico Farmacéutico	5 minutos
07	Aprobar la validación con su sello y firma, autorizando la digitación y acondicionamiento de los productos farmacéuticos prescritos.	Químico Farmacéutico	01 minutos
08	Recepcionar las recetas validadas por el Químico Farmacéutico responsable de cada servicio de hospitalización e identificar que las recetas correspondan a pacientes SIS, CONTADO Y SOAT	Técnico de farmacia	05 minutos
09	Realizar el descargo (digitación en sistema informático) de las recetas validadas	Técnico en Farmacia	02 minuto por receta
10	En el caso de recetas correspondan a pacientes particulares generar un código por parte de farmacia que indique que el producto facturado se procederá al pago por parte del familiar del paciente directamente a caja hospital.	Técnico en Farmacia	01 minuto
11	Acondicionar y preparar los productos farmacéuticos y/o dispositivos médicos de acuerdo a la receta	Técnico en Farmacia	5 minuto por receta Dependiendo el servicio (UCI más de 10 ítems)
12	Rotular y ordenar los productos farmacéuticos y/o dispositivos médicos en sus respectivos cajetines de transporte individualizado; o bolsas teniendo en cuenta la contaminación cruzada e interacciones físicas y/o químicas que pueden generar y, según forma farmacéutica. Cuando se dispense o expendan productos farmacéuticos por unidad, se consignará los siguientes datos: -Nombre del producto. -Concentración del principio activo	Técnico en Farmacia	05 - minutos por receta



	-Fecha de vencimiento.		
13	Verificar y/o monitorizar la integridad de los medicamentos y dispositivos médicos preparados garantizando que este completa, rotulada, correctamente envasada y para el paciente que corresponde.	Químico Farmacéutico	02 minutos por receta
14	Transportar el coche de Dosis unitaria contenido de los productos farmacéuticos y/o dispositivos médicos al área de hospitalización, debidamente identificado.	Técnico en Farmacia	03 minutos
15	Realizar la dispensación con el personal de enfermería, quien dará la conformidad con su sello y firma en la receta médica.	Químico Farmacéutico / Personal de Enfermería	02 minutos
16	En el caso de pacientes particulares solicitarle la boleta emitida por caja y dispensar los productos farmacéuticos y/o dispositivos médicos.	Técnico en Farmacia	02 minutos por receta
17	Las recetas médicas ya sea de SIS, PARTICULAR Y SOAT debe ser contabilizada y archivada, esta sujeta a supervisión	Técnico en Farmacia / Químico Farmacéutico	01 minuto

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Pacientes de servicios de hospitalización a quienes se realiza atención bajo el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU)

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Pacientes hospitalizados que reciben medicamentos para su tratamiento farmacológico según su diagnóstico.
- Paciente hospitalizado mejora la calidad de atención.
- Paciente hospitalizado es favorecido al disminuir los errores de prescripción, dispensación y administración.
- En beneficio del paciente que permite la contención de gastos hospitalarios con devolución medicamentos e insumos médicos que realiza dosis unitaria.
- En favor del paciente se utiliza en forma eficiente los recursos humanos involucrados en las actividades y procesos de dispensación de medicamentos y material médico quirúrgico.
- En atención al paciente integra al profesional Químico Farmacéutico al equipo médico asistencial.
- En beneficio del paciente disminuye las pérdidas por deterioro, vencimiento y otras causas propias de los medicamentos.



6.3 CONTRAINDICACIONES

- Paciente ambulatorio no hospitalizado.

6.4 COMPLICACIONES

- Pacientes que necesite referencia a un hospital de mayor complejidad por presentar medicamentos no disponibles o por presentar múltiples patologías.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, La prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación con es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- Contar con un área física para la farmacia de hospitalización (Dosis Unitaria) de 25 m2 como mínimo para implementar en la farmacia el área administrativa y área de devolución de medicamentos e insumos médicos.
- Contar con unidades de transporte de medicamentos en dosis unitaria (coche de dosis unitaria).
- Implementar botiquín de emergencia en los servicios de hospitalización del hospital donde se encuentra medicamentos destinados a complementar las dosis que han excedido a las dispensadas en veinticuatro horas (24 horas) o a la prescripción de emergencia en horas de guardia nocturna, domingos o días feriados.

VIII. ANEXOS

- **Anexo N°1:** Formato de Prescripción de Dosis Unitaria.
- **Anexo N°:** Formato de Devolución de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico.



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Organización Mundial de la Salud (OMS) Sistema de Distribución de medicamentos por dosis unitaria Serie Medicamentos esenciales y Tecnología N°5.3 Octubre.
- 2.-Federación Internacional Farmacéutica. Buenas Prácticas en Farmacia. Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. La Haya FIP; 2011. (CONSULTADO EL 12 DE SEPTIEMBRE DEL 2023). Disponible en: <https://www.fip.org/file/1479>.
- 3.-Dirección General de Salud de las personas Libro Resumen 1er Encuentro Nacional de Hospitales "Hacia la Modernización Hospitalaria" MINSA. Sistema de Dispensación de Medicamentos en dosis unitaria. Lima 2002.
- 4.- Perú. MINSA. Documentos técnicos "Manual de Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica" aprobado con RM664-2022/MINSA.2022



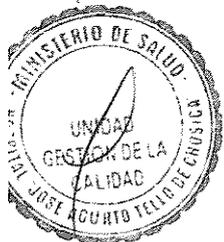
Anexo N° 2: Formato de Devolución de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico

NUMERO/ CÓDIGO		FECHA	OBSERVACIONES			
ORIGEN						
DESTINO						
NOMBRE DEL PACIENTE	HC	MEDICAMENTO/ MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				
		CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	F. F.	CANTIDAD	MOTIVO

F.F.: Forma Farmacéutica

Firma y Sello
Entrega Conforme

Firma y Sello
Recibe Conforme



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE EVALUACIÓN DE CASOS DE USUARIOS DE SALUD CON SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (FARMACOVIGILANCIA) DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de Evaluación de casos de usuarios de salud con sospechas de reacciones adversas a productos farmacéuticos (farmacovigilancia) contribuyendo al uso seguro de productos farmacéuticos, organizar e integrar todas las actividades relacionadas con la Farmacovigilancia, que permitan conocer la magnitud, trascendencia y características de las Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

- Fortalecer el sistema de notificación de reacciones adversas a medicamentos y productos sanitarios, a través de la Farmacovigilancia.
- Elaborar, establecer e implementar procedimientos para la correcta notificación, evaluación, registro y remisión de las notificaciones de sospecha de reacciones adversas.
- Detectar, evaluar, clasificar y registrar oportunamente las reacciones adversas de los medicamentos



III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Departamento de Apoyo al tratamiento, servicio de Farmacia, además para todas las unidades asistenciales

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento médico.

Evaluación de casos de usuarios de salud con sospechas de reacciones adversas a productos farmacéuticos (Farmacovigilancia)

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:99199.50

4.3Tiempo total aproximado del procedimiento:15 minutos aprox.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **EVALUACIÓN DE CASOS DE USUARIOS DE SALUD CON SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (FARMACOVIGILANCIA):** Es aquel resultado del análisis de la imputabilidad y de evaluación individual de la relación entre la administración de un producto farmacéutico y la aparición de una reacción adversa que permite determinar una categoría de causalidad



NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A

MEDICAMENTOS: Es aquella que contiene información mínima: Un notificador identificable (nombre, dirección y profesión), un paciente (iniciales, código o historia clínica, sexo y edad o fecha de nacimiento), uno o varios productos farmacéuticos sospechosos y una o varias reacciones adversas. Además, es importante incluir la fecha de inicio de la reacción adversa. Esta mínima información permite la generación de señales o alertas, pero es insuficiente para su evaluación. Para el caso de notificación de SRAM pueden notificarse también consecuencias clínicas perjudiciales derivadas de la dependencia, uso incorrecto y errores de medicación, incluyendo las causadas por el uso fuera de las condiciones autorizadas.

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

FARMACOVIGILANCIA. - es una actividad de salud pública, se define como la ciencia y las actividades relacionadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los medicamentos o cualquier otro problema relacionado con ellos. Se ocupa de los efectos indeseados o reacciones adversas medicamentosas (RAM) producidos por los medicamentos principalmente.¹

-REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS: Es cualquier reacción nociva no intencionada que aparece tras el uso de un medicamento o producto farmacéutico en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.²

- CAUSALIDAD DEFINIDA: Un acontecimiento clínico, incluso alteraciones en las pruebas de laboratorio, que se manifiesta con una secuencia temporal plausible relacionada con la administración de los productos farmacéuticos y que no puede ser explicado por la enfermedad concurrente ni por otros medicamentos o sustancias. La respuesta a la supresión del producto farmacéutico (retiro) debe ser plausible clínicamente. El acontecimiento debe ser definitivo desde un punto de vista farmacológico o fenomenológico, utilizando, si es necesario, un procedimiento de reexposición concluyente.²

- CAUSALIDAD PROBABLE: Acontecimiento clínico, incluso alteraciones en las pruebas de laboratorio, que se manifiesta con una secuencia temporal razonable respecto a la administración del producto farmacéutico, que es poco probable que se atribuya a la enfermedad concurrente o a otros productos farmacéuticos o sustancias, y que al retirar la administración del producto farmacéutico se presenta una respuesta clínicamente razonable.²



- **CAUSALIDAD POSIBLE:** Acontecimiento clínico, incluso alteraciones en las pruebas de laboratorio, que se manifiesta con una secuencia temporal razonable en cuanto a la administración del producto farmacéutico, pero que también puede ser explicado por la enfermedad concurrente o por otros productos farmacéuticos o sustancias. La información respecto al retiro del medicamento puede faltar o no estar clara.²

- **CAUSALIDAD IMPROBABLE:** Acontecimiento clínico, incluso alteraciones en las pruebas de laboratorio, que se manifiesta con una secuencia temporal improbable (pero no imposible) relacionada con la administración del producto farmacéutico y que puede ser explicado de forma más plausible por la enfermedad concurrente o por otros productos farmacéuticos o sustancias.²

- **CAUSALIDAD CONDICIONAL:** Acontecimiento clínico, incluso alteraciones en las pruebas de laboratorio, notificado como una reacción adversa, para la cual es imprescindible obtener más datos para poder hacer una evaluación apropiada, o en la cual los datos adicionales están bajo evaluación.²

- **CAUSALIDAD NO EVALUABLE:** Reporte que sugiere una reacción adversa, la cual no puede clasificarse debido a que la información es insuficiente o contradictoria, y que los datos no pueden complementarse ni clasificarse.²

- **MEDICAMENTO** Producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o estado patológico o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien le fue administrado. Incluye especialidad farmacéutica, agentes de diagnóstico, radiofármacos y gases medicinales²

- **CONFIDENCIALIDAD DE FARMACOVIGILANCIA:** Respecto al secreto de la identidad de la persona para la que se ha notificado una sospecha de reacción adversa a una unidad de farmacovigilancia y que se extiende a toda la información de carácter personal o médico.



5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- Todos los profesionales de la salud asistenciales: médicos, químicos farmacéuticos. Enfermeros, odontólogos, obstetras, entre otros.

EVALUACIÓN DE LA CAUSALIDAD

- 01 Químico Farmacéutico Clínico
- 01 Médico Internista
- 01 Licenciada Enfermería
- 01 Médico especialista en Infectología

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- **Biomédicos, instrumental y mobiliario:**

DESCRIPCIÓN	U.M.	CANTIDAD
Computadora personal	Unid	1
Escritorio estándar	unid	1
Mesa de trabajo de acero inoxidable de 140 x 70 cm	unid	1
Silla metálica apilable	unid	2
Silla metálica giratoria redoble	unid	1
Teléfono IP de mesa, de uso general	unid	1
Impresora láser baja demanda	unid	1
Estantería de acero inoxidable de 01 cuerpo 05 divisiones	unid	2
Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa accionada a pedal	unid	1

- **Material médico no fungible:** No Aplica
- **Material médico fungible:** : No Aplica
- **Medicamentos :** : No Aplica



5.3.3 FORMATOS

- Formato de Notificación de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos para profesionales de la Salud.
- Notificación de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización.
- Ficha de Evaluación de la relación de la causalidad de una Reacción Adversa a Medicamentos.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO 15 min

ANTES DEL PROCEDIMIENTO 5 min

- Todos los profesionales de la salud asistenciales: médicos, químicos farmacéuticos. Enfermeros, odontólogos, obstetras, entre otros, durante la atención (consultorio, emergencia y hospitalización) al paciente detecta una sospecha de reacción adversa a medicamentos.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO 10 min

- Los profesionales de salud registran en el formato de sospecha de reacción adversa a medicamentos.

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO

- Se emite al comité farmacovigilancia y tecnovigilancia el formato de sospecha de reacción adversa a medicamentos

COMITÉ FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA

- Recepción válida la información del reporte de sospecha de reacción adversa a medicamentos
- Registra, evalúa codifica la notificación de la sospecha de reacción adversa a medicamentos
- Realiza la evaluación de la causalidad
- Ingresa a la base de datos del comité si es grave emite un informe
- Ingresa a la base de datos del vigiflow y lo deriva a DIRIS Lima Este y a DIGEMID.



6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Paciente o profesional que requiere la notificación de sospecha de reacción adversa a medicamentos.
- Pacientes con una sola patología o un solo medicamento.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Profesionales que duplica la notificación de sospecha de reacción adversa a medicamentos
- Pacientes que acuden de otras instituciones
- Pacientes con medicamentos dispensados de otras instituciones

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Paciente que tienen patologías que producen las reacciones adversas similares.
- Pacientes con sobredosis de medicamentos.

6.4 COMPLICACIONES

- Propias de cada patología.
- Pluripatologías

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- El ambiente donde se brinda la prestación farmacéutica para la detección, notificación, evaluación, difusión y prevención de las reacciones se debe contar con el área delimitada e independiente para asegurar la confidencialidad de la información y tener fácil acceso al servicio de información de medicamentos.
- Debe estar dotado de los elementos mencionados en el inciso 5.3.

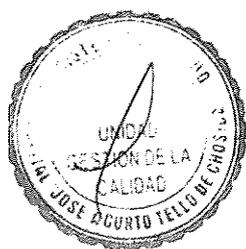


VIII. ANEXOS.

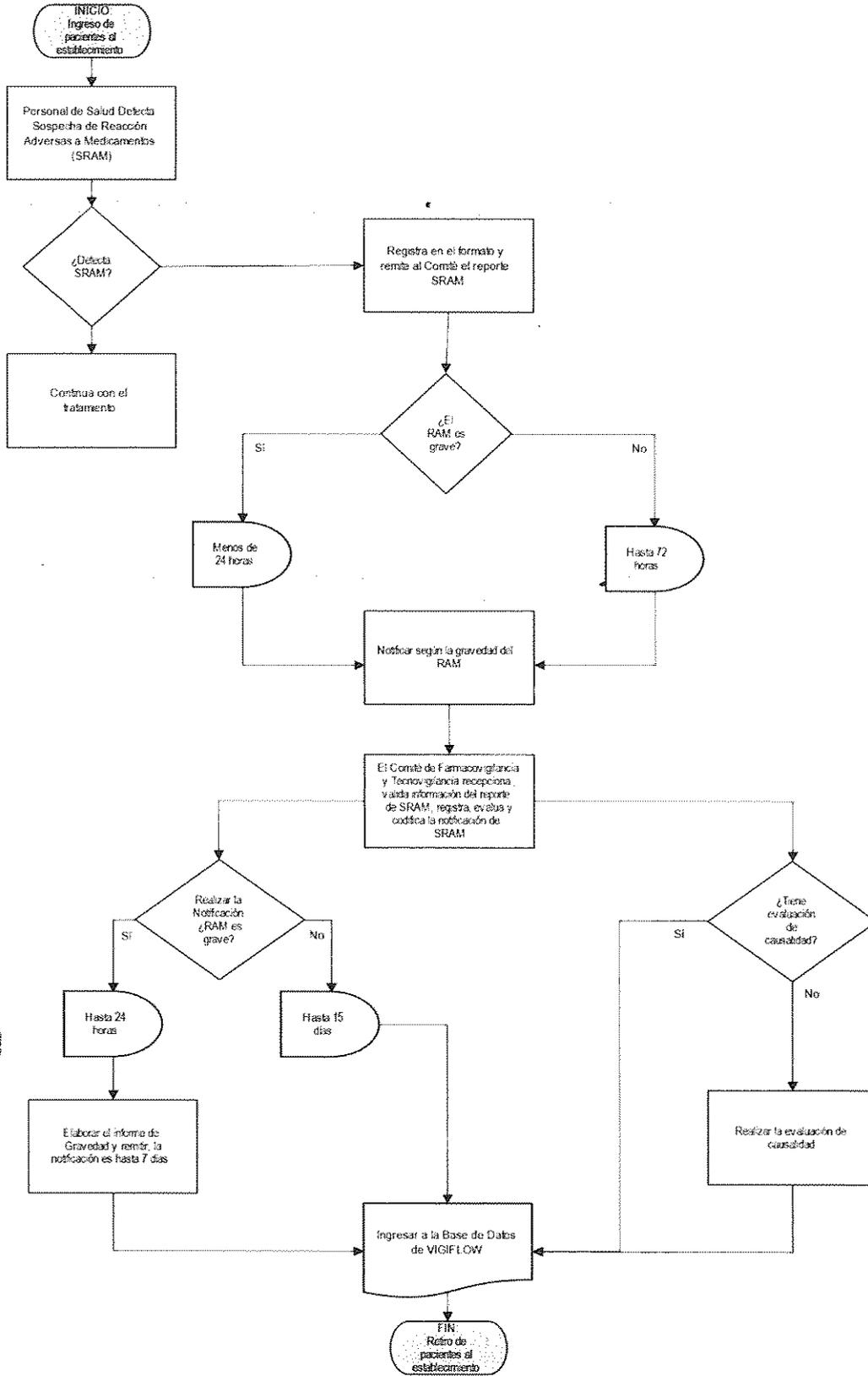
- **Anexo N°1:** Flujograma de notificación de sospecha de reacción adversa a medicamentos.
- **Anexo N°2:** Formato de Notificación de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos para profesionales de la Salud.
- **Anexo N°3:** Formato de Notificación de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización
- **Anexo N°4:** Formato de Ficha de Evaluación de la relación de la causalidad de una Reacción Adversa a Medicamentos

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú, Ministerio de Salud. Digemid. Sistema Peruano de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia. Resolución Directoral N°354.99.DG. DIGEMID/MINSA (2014).
2. Minsa Ministerio de Salud. Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. Decreto Supremo N° 016-2011-SA. MINSA. (2011).



Anexo N°1: Figura N°1 Flujograma de notificación de sospecha de reacción adversa a medicamentos.



Anexo N°2: Formato de Notificación de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos para profesionales de la Salud.





Sistema Peruano de Farmacovigilancia
 Centro de Referencia Institucional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia - IGSS
 farmacovigilancia@igss.gob.pe

CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS PARA PROFESIONALES DE SALUD

CONFIDENCIAL

A. DATOS DEL PACIENTE																																																									
Nombres o iniciales:																																																									
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Peso: Kg DNI: Historia Clínica:																																																								
Establecimiento de Salud:																																																									
Diagnóstico principal: CIE 10:																																																									
B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS																																																									
Describir la reacción adversa: error de producción, problema de calidad, u otro:	Fecha de inicio de RAM: Fecha final de RAM: Gravedad de RAM: (marcar con X) <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave Solo para RAM Grave: (marcar con X) <input type="checkbox"/> Murió: Fecha: <input type="checkbox"/> Puso en grave riesgo la vida del paciente <input type="checkbox"/> Produjo o prolongó su hospitalización <input type="checkbox"/> Produjo discapacidad / incapacidad <input type="checkbox"/> Produjo anomalía congénita Desenlace (marcar con X) <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuela <input type="checkbox"/> No Recuperado <input type="checkbox"/> Morta <input type="checkbox"/> Desconocido																																																								
Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas):																																																									
Otras datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones médicas preexistentes, patologías concomitantes (ejemplo: alergias, embarazo, consumo de alcohol, tabaco, defunción renal / hepática, etc.):																																																									
C. MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Nombre Genérico - (Nombre comercial)</th> <th>Laboratorio</th> <th>Lote</th> <th>Dosis / frecuencia</th> <th>Vía de Adm.</th> <th>Fecha de inicio</th> <th>Fecha Final</th> <th>Motivo de prescripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	Nombre Genérico - (Nombre comercial)	Laboratorio	Lote	Dosis / frecuencia	Vía de Adm.	Fecha de inicio	Fecha Final	Motivo de prescripción	1.	2.	3.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SUSPENSIÓN (marcar con X)</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>No aplica</th> <th>REEXPOSICIÓN (marcar con X)</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>No aplica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ¿Desapareció la reacción al suspender medicamento?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1. ¿Reapareció la reacción al administrar nuevamente el medicamento?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. ¿Desapareció la reacción al disminuir la dosis?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2. ¿El paciente ha presentado anteriormente la reacción al medicamento?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	SUSPENSIÓN (marcar con X)	SI	NO	No aplica	REEXPOSICIÓN (marcar con X)	SI	NO	No aplica	1. ¿Desapareció la reacción al suspender medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Reapareció la reacción al administrar nuevamente el medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Desapareció la reacción al disminuir la dosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿El paciente ha presentado anteriormente la reacción al medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre Genérico - (Nombre comercial)	Laboratorio	Lote	Dosis / frecuencia	Vía de Adm.	Fecha de inicio	Fecha Final	Motivo de prescripción																																																		
1.																																																		
2.																																																		
3.																																																		
SUSPENSIÓN (marcar con X)	SI	NO	No aplica	REEXPOSICIÓN (marcar con X)	SI	NO	No aplica																																																		
1. ¿Desapareció la reacción al suspender medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Reapareció la reacción al administrar nuevamente el medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
2. ¿Desapareció la reacción al disminuir la dosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿El paciente ha presentado anteriormente la reacción al medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
El paciente recibió tratamiento para la reacción: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Especifique: En caso de sospecha de problemas de calidad indicar: N° Registro Sanitario: Fecha de vencimiento:																																																									
D. MEDICAMENTOS CONCOMITANTES UTILIZADOS EN LOS ÚLTIMOS MESES (solo en pacientes con reacción grave o crítica)																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Nombre Genérico - (Nombre comercial)</th> <th>Dosis / Frecuencia</th> <th>Vía de Adm.</th> <th>Fecha inicio</th> <th>Fecha Final</th> <th>Indicación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	Nombre Genérico - (Nombre comercial)	Dosis / Frecuencia	Vía de Adm.	Fecha inicio	Fecha Final	Indicación																																	
Nombre Genérico - (Nombre comercial)	Dosis / Frecuencia	Vía de Adm.	Fecha inicio	Fecha Final	Indicación																																																				
.....																																																				
.....																																																				
.....																																																				
E. DATOS DEL NOTIFICADOR																																																									
Apellidos y Nombres:																																																									
Teléfono:	Correo electrónico:																																																								
Profesión:	Fecha de notificación: N° de notificación:																																																								

Nota: En caso de reacciones adversas graves el Comité de Farmacovigilancia deberá complementar la información mediante el "Informe de Investigación" de sospecha de reacción adversa grave"

"Este documento es válido solo para Sistema Peruano de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia"

RAM
 ESAVI



Anexo N°3: Formato de Notificación de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización

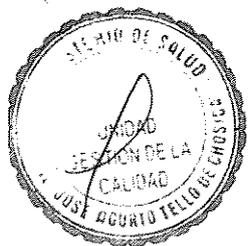


SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNIVIGILANCIA
FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI)

CONFIDENCIAL

A. DATOS DEL PACIENTE									
Nombres o iniciales:									
Edad:	Sexo	F	M	Peso (Kg):	Historia Clínica y DNI:				
Semanas de gestación (solo gestantes):									
Establecimiento donde se vacunó:									
B. EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI)									
Describir el ESAVI					Fecha de inicio de ESAVI: / / Fecha final de ESAVI: / /				
					Gravedad del ESAVI (Marcar con X): <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave				
					Solo para ESAVI grave (Marcar con X): <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Riesgo de muerte <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Anomalia congénita <input type="checkbox"/> Fallecimiento Fecha (/ /)				
					Desenlace (Marcar con X): <input type="checkbox"/> En remisión <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuela <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/> Desconocido				
					Se realizó autopsia (mortal): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido				
Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas):									
Otros datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones médicas preexistentes, patologías concomitantes (ejemplo alergias, embarazo, consumo de alcohol, tabaco, disfunción renal/hepática, etc)									
C. VACUNA(S) SOSPECHOSA(S)								DILUYENTE (si aplica)	
Nombre	Laboratorio	Lote	Dosis 1,2,3	Vía de Adm/Sitio de Adm	Fecha vacunación	Hora de vacunación	Lote	Fecha Vencimiento	
El paciente recibió tratamiento para el evento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique:									
En caso de sospecha de problemas de calidad indicar: N° Registro Sanitario: Fecha de vencimiento: / /									
D. MEDICAMENTOS UTILIZADOS AL MOMENTO DE SER VACUNADO (excluir medicamentos para tratar el evento)									
Nombre comercial o genérico	Dosis/frecuencia	Vía de Adm.	Fecha inicio	Fecha final	Motivo de prescripción				
E. DATOS DEL NOTIFICADOR									
Establecimiento/ Institución:									
Nombres y apellidos:									
Teléfono:					Correo electrónico:				
Profesión:					Fecha de notificación: / /		N° Notificación:		

CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNIVIGILANCIA



Anexo N°4: Formato de Ficha de Evaluación de la relación de la causalidad de una Reacción Adversa a Medicamentos

ANEXO N° 04: FORMATO N° 4 FICHA DE EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN DE LA CAUSALIDAD

DIGEMID

CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
FICHA DE EVALUACIÓN DE LA RELACION DE CAUSALIDAD DE RAM
 Para ser llenado durante el proceso de evaluación

N° Ficha

Medicamento sospechoso:..... RAM:.....

Resultado de la Evaluación (ver Algoritmo e Instructivo)							
A. Criterio de Evaluación	Número	Puntaje	B. Categorías del Algoritmo de Causalidad				
a) Secuencia Temporal			(1) Definida ≥ 8				
b) Conocimiento Previo			(2) Probable 6-7				
c) Efecto de retiro del fármaco			(3) Posible 4-5				
d) Efecto de reexposición al medicamento sospechoso			(4) Improbable ≤ 0				
e) Existencia de causa alternativa			(5) Condicional 1-3				
f) Factores contribuyentes que favorecen la relación de causalidad			(6) No clasificable Falta información				
g) Exploraciones complementarias			C. Gravedad (1) Leve				
Puntaje Total			(2) Moderado				
			(3) Grave				
B. Categoría de Algoritmo de Causalidad							
C. Gravedad							
LATC	GRUPO FARMACOLOGICO	2.OMS	ORGANOS Y SISTEMAS	3.RAM	4.CAUSALIDAD	5.Graved	6.Tipo

EVALUADOR RESPONSABLE: _____

FRMA y SELLO _____

A. Arellano M. 214-215



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE EVALUACIÓN DE CASOS DE USUARIOS DE SALUD CON SOSPECHAS DE INCIDENTES ADVERSOS A DISPOSITIVOS MÉDICOS (TECNOVIGILANCIA) DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de Evaluación de casos de usuarios de salud con sospechas de incidentes adversos a dispositivos médicos (Tecnovigilancia) contribuyendo al uso seguro de dispositivos médicos, organizar e integrar todas las actividades relacionadas con la Tecnovigilancia, que permitan conocer la magnitud, trascendencia y características de las Notificación de incidentes adversos a dispositivos médicos del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

- Determinar la causa probable del incidente adverso, para aplicar las acciones correctivas o preventivas.
- Fortalecer el sistema de notificación de incidentes adversos a dispositivos médicos a través de la Tecnovigilancia.
- Elaborar, establecer e implementar procedimientos para la correcta notificación, evaluación, registro y remisión de las notificaciones de dispositivos médicos.
- Promover el reporte de Notificación de incidentes adversos a dispositivos médicos por parte de todos los profesionales de la salud.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Departamento de Apoyo al tratamiento, servicio de Farmacia, además para todas las unidades asistenciales

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento médico. Evaluación de casos de usuarios de salud con sospechas de incidentes adversos a dispositivos médicos (Tecnovigilancia)

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA 99199.51

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento: 15 min

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **EVALUACIÓN DE CASOS DE USUARIOS DE SALUD CON SOSPECHAS DE INCIDENTES ADVERSOS A DISPOSITIVOS MÉDICOS (TECNOVIGILANCIA):** Conjunto de procedimientos encaminados a la prevención, detección, investigación, evaluación y difusión de información



sobre incidentes adversos o potencialmente adversos relacionados a dispositivos médicos durante su uso que pueda generar algún daño al paciente, usuario, operario o al ambiente que lo rodea.²

- **NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS A DISPOSITIVOS MÉDICOS:** Ésta debe contener una información mínima: Un notificador identificable (nombre, dirección y profesión), un paciente (iniciales, código o historia clínica, sexo y edad o fecha de nacimiento), uno o varios dispositivos médicos sospechosos. Además, es importante incluir la fecha de inicio del incidente adverso. Esta mínima información permite la generación de señales o alertas, pero es insuficiente para su evaluación. uso incorrecto y errores de manipulaciones, incluyendo las causadas por el uso fuera de las condiciones autorizadas.²

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **DISPOSITIVO MÉDICO:** Se entenderá por tal cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, equipo, artefacto, implante, agente reactivo in vitro o calibrador, software, material u otro artículo similar.³
- **ERROR DE USO:** Acción u omisión de una acción que produce un resultado diferente al previsto por el fabricante o esperado por el usuario. Error de uso incluye las equivocaciones, faltas y mal uso razonablemente previsibles.³
- **EVALUACIÓN DE RIESGO:** Proceso de comparación del riesgo estimado frente a los criterios de riesgo para determinar la aceptabilidad del mismo.³
- **EVENTO ADVERSO:** Daño no deseado para el paciente, usuario u otra persona, que puede ser o no consecuencia de un error.³
- **INCIDENTE ADVERSO:** Potencial riesgo de daño no intencionado al paciente, usuario u otra persona, que ocurre como consecuencia del uso de un dispositivo médico, pero que por causa del azar, la intervención de un profesional de la salud, o una barrera de seguridad, no generó daño.³
- **ACCIÓN CORRECTIVA:** Acción destinada a eliminar la causa de una posible no conformidad o de cualquier otra situación no deseada con el objeto de prevenir su recurrencia.³
- **ACCIÓN PREVENTIVA:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseada para prevenir su ocurrencia.³
- **CAUSALIDAD:** la causalidad es la relación entre la causa y el efecto, donde el segundo es consecuencia del primero. A veces hay múltiples factores que pueden precipitar el evento o puede funcionar como cofactores para que ocurra el evento. El análisis de causalidad es un proceso complejo que requiere la participación de un conjunto de expertos³



- **EFFECTO COLATERAL**, son efectos no deseados, generalmente desagradables, causados por los dispositivos médicos.³
- **CONFIDENCIALIDAD**: Respecto al secreto de la identidad de la persona para la que se ha notificado una sospecha de reacción adversa a una unidad de tecnovigilancia y que se extiende a toda la información de carácter personal o médico. De forma similar se mantiene la confidencialidad de la información personal relativa a los notificadores.³

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- Todos los profesionales de la salud asistenciales: médicos, químicos farmacéuticos. Enfermeros, odontólogos, obstetras, entre otros.

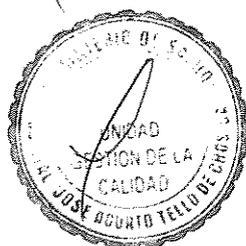
EVALUACIÓN CAUSALIDAD

- 01 Químico Farmacéutico Clínico
- 01 Médico Internista
- Licenciada Enfermería
- 01 Médico especialista en Infectología

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

DESCRIPCIÓN	U.M.	CANTIDAD
Computadora personal	unid	1
Escritorio estándar	unid	1
Mesa de trabajo de acero inoxidable de 140 x 70 cm	unid	1
Silla metálica apilable	unid	2
Silla metálica giratoria rodable	unid	1
Teléfono IP de mesa, de uso general	unid	1
Impresora láser baja demanda	unid	1
Estantería de acero inoxidable de 01 cuerpo 05 divisiones	unid	2
Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa accionada a pedal	unid	1

- **Material médico no fungible**: No Aplica
- **Material médico fungible**: No Aplica
- **Medicamentos**: No Aplica



5.3.3 FORMATOS

- Notificación de incidentes adversos a dispositivos médicos para profesionales de la Salud.
- Evaluación de causalidad de la sospecha de incidentes adversos a dispositivos médicos.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

Profesional de salud durante la atención al paciente detecta un incidente adverso a dispositivo médico.

ANTES DEL PROCEDIMIENTO 5 min

- Todos los profesionales de la salud asistenciales: médicos, químicos farmacéuticos. Enfermeros, odontólogos, obstetras, entre otros, durante la atención (consultorio, emergencia y hospitalización) al paciente detecta una sospecha de reacción adversa a medicamentos.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO 10 min

- Los profesionales de salud registran en el formato de sospecha de reacción adversa a medicamentos.

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO

- Se emite al comité farmacovigilancia y tecnovigilancia el formato de sospecha de reacción adversa a medicamentos

COMITÉ FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA

- Recepción valida la información del reporte de incidente adverso a dispositivo médico.
- Registra, evalúa codifica la notificación de incidente adverso a dispositivo médico
- Realiza la evaluación de la causalidad
- Ingresa a la base de datos del comité si es grave emite un informe
- Envía mediante correo a DIRIS Lima Este y a DIGEMID.

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Profesional que requiere la Notificación de incidente adverso a dispositivo médicos
- Pacientes con una sola patología o un solo medicamento.



6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Profesional que duplican la Notificación de incidentes adversos a dispositivos médicos.
- Pacientes que acuden de otras instituciones
- Pacientes con medicamentos dispensados de otras instituciones

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Profesional de salud que no está capacitado en el uso de los dispositivos médicos.
- Paciente que no esté desacuerdo con el procedimiento a realizar.

6.4 COMPLICACIONES

- Equipos defectuosos.
- Equipos utilizados en otros procedimientos que no corresponde a su ficha técnica

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- El ambiente donde se brinda la prestación farmacéutica para la detección, notificación, evaluación, difusión y prevención de las reacciones se debe contar con el área delimitada e independiente para asegurar la confidencialidad de la información y tener fácil acceso al servicio de información de medicamentos.
- Debe estar dotado de los elementos mencionados en el inciso 5.3



VIII. ANEXOS.

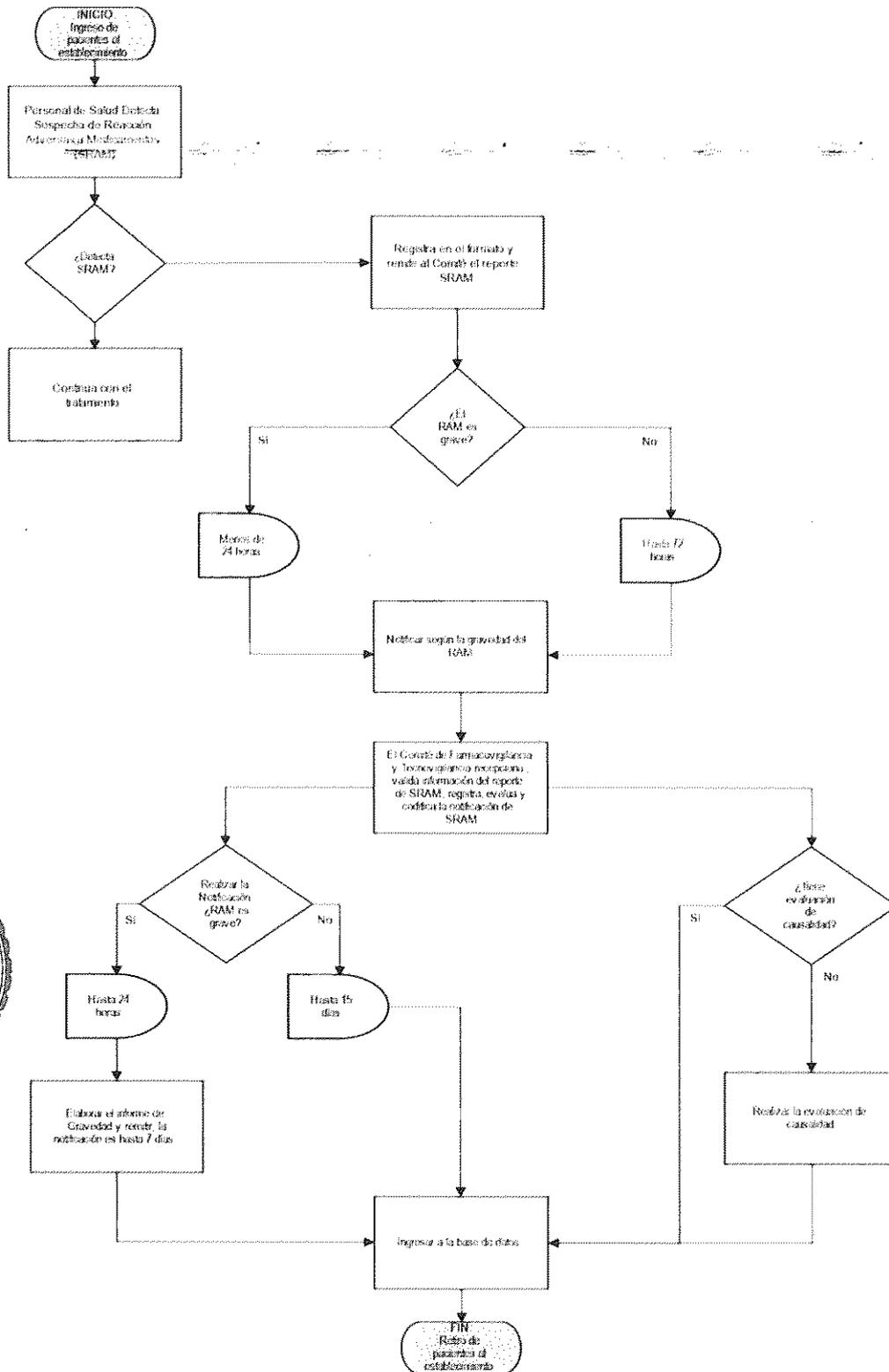
- **Anexo N°1:** Flujograma de notificación de Sospecha de Incidente Adversos a Dispositivos Médicos.
- **Anexo N°2:** Formato de Notificación de Sospecha de Incidente Adversos a Dispositivos Médicos
- **Anexo N°3:** Formato Evaluación de causalidad de la sospecha de incidentes adversos a dispositivos médicos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

3. Perú. Ministerio de Salud. Farmacovigilancia y Tecnovigilancia. Resolución Directoral N°354-99-DG-DIGEMID/Minsa (1999).
4. Centro Nacional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia. Identificación y productos.05-2022.Version 2: Pág.40.
5. Perú. Ministerio de Salud. Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. Decreto Supremo N° 016-2011-SA. (2011)



Anexo N°1: Flujograma de notificación de Sospecha de Incidente Adversos a Dispositivos Médicos.



Anexo N°2: Formato de Notificación de Sospecha de Incidente Adversos a dispositivos Médicos.

SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNIVIGILANCIA

FORMATO			
NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE INCIDENTES ADVERSOS A DISPOSITIVOS MÉDICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD			
CONFIDENCIAL			
N° de notificación		Fecha: / /	
I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:			
Iniciales del paciente:			Edad
Historia clínica y/o DNI:		Sexo	M () F ()
Diagnóstico principal o CIE10:			
II. DATOS DEL DISPOSITIVO MÉDICO (DM)			
Nombre común			
Nombre comercial y/o marca			
Registro sanitario	Lote	Modelo	
Serie	Fecha de fabricación	Fecha de expiración	
Nombre del tipo de fabricación			País
Nombre del fabricante			País
Nombre del importador y/o distribuidor			
Indique si el dispositivo médico de un solo uso ha sido utilizado más de una vez: SI () NO ()			
III. DATOS DE LA SOSPECHA DE INCIDENTE ADVERSO			
1. Detección de la temporalidad del incidente adverso:			
Antes del uso del DM ()		Durante el uso del DM ()	Después del uso del DM ()
Área y/o servicio donde se produjo el incidente adverso:			
2. Tipo de afectado:			
Paciente ()		Operario ()	Otros (especificar)
3. Descripción de la sospecha del incidente adverso			
4. Clasificación de la sospecha del incidente adverso			
Leve ()		Moderado ()	Grave ()
5. Consecuencia:			
Muerte ()		Lesión permanente ()	Lesión temporal ()
Produce o prolongó su hospitalización ()		Requiere intervención quirúrgica ()	
Otros (especificar)		No tuvo consecuencias ()	
6. Causa probable			
Mala calidad ()		Error de uso ()	Condiciones de almacenamiento ()
Ambiente inapropiado ()		Mantenimiento ()	Otros (especificar)
7. Acciones correctivas y preventivas iniciadas			
IV. DATOS DEL NOTIFICADOR			
Nombre y apellidos:			
Profesión/ocupación:		Teléfono	e-mail
V. LUGAR DONDE SE PRESENTÓ EL INCIDENTE ADVERSO			
Nombre de la institución/organismo/centro de trabajo:			
Dirección:		Ciudad	Región
		e-mail	Teléfono

* Todos los datos del reporte deben ser llenados conforme el instructivo.



Anexo N°3: Formato Evaluación de causalidad de la sospecha de incidentes adversos a dispositivos médicos.

SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA

FORMATO				
EVALUACIÓN DE CAUSALIDAD DE LA SOSPECHA DE INCIDENTES ADVERSOS A DISPOSITIVOS MÉDICOS (IADM)				
N° de Evaluación	EDUJA INVESTIGAR			Fecha
I. DATOS DEL DISPOSITIVO MÉDICO (DM)				
Nombre común				
Nombre comercial y/o marca				
Registro sanitario	Lote	Modelo		
Serie	Código	Fecha de expiración		
Nombre del fabricante y país				
Nombre del importador y/o distribuidor				
II. ANÁLISIS DE LOS FACTORES O CAUSAS RELACIONADOS AL INCIDENTE ADVERSO				
1. EL DISPOSITIVO MÉDICO				
El DM sospechoso fue utilizado anteriormente en el establecimiento de salud (si aplica)			SI ()	NO ()
Análisis:				
El DM cumple con las especificaciones técnicas usadas en el proceso de adquisición			SI ()	NO ()
Análisis:				
El DM sospechoso de otro u otros fabricantes ha presentado incidentes adversos con anterioridad			SI ()	NO ()
Análisis:				
El DM tiene eventos adversos esperados de acuerdo a la información proporcionada por el fabricante			SI ()	NO ()
Análisis:				
El DM presenta algún problema relacionado a la calidad asociado al IADM			SI ()	NO ()
Análisis:				
Algún aspecto del DM que no haya sido mencionado anteriormente y que se sospecha influyo en el IADM				
Análisis:				
El Diagnóstico del afectado justifica el uso del DM sospechoso			SI ()	NO ()
Análisis:				
El afectado tiene enfermedades concomitantes que de acuerdo a la literatura científica puede influir en el óptimo desempeño del DM			SI ()	NO ()
Análisis:				
El afectado recibe tratamiento farmacológico que se sospecha podría haber influido en el IADM			SI ()	NO ()
Análisis:				
Algún aspecto del afectado que no se haya mencionado y que se sospecha podría influir en el IADM				
Análisis:				
El procedimiento de uso del DM se realizó de una manera correcta conforme a lo indicado por el fabricante			SI ()	NO ()
Análisis:				
El operador que realizó el procedimiento cuenta con experiencia en el uso del mismo			SI ()	NO ()
Análisis:				
El operador que realizó el procedimiento a recibido capacitación por parte del proveedor (Si aplica)			SI ()	NO ()
Análisis:				
El DM se utilizó en asociación con otro DM			SI ()	NO ()
Análisis:				
El DM recibe mantenimiento (Si aplica)			SI ()	NO ()
Análisis:				
Algún aspecto del uso que no haya sido mencionado y que se sospecha influyo en el IADM				
Análisis:				
4. CONDICIONES DEL AMBIENTE				
Las condiciones del ambiente donde se realizó el procedimiento de utilización del DM se sospecha que influyo en el IADM			SI ()	NO ()
Análisis:				
Las condiciones de almacenamiento del DM se sospecha que influyo en el IADM			SI ()	NO ()
Análisis:				
Algún aspecto del ambiente que no haya sido mencionado y se sospecha que influyo en el IADM				
Análisis:				
III. RESULTADO				Fecha final / /
Causa Probable relacionado al IADM				
IV. EVALUADORES				
Nombre y Apellido	Profesión	Celular	Email	
Nombre del Establecimiento de Salud o Establecimiento Farmacéutico				



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

Proveer el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico de forma continua, sistematizada y documentada, en colaboración con los demás profesionales del equipo de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la farmacoterapia y calidad de vida del paciente del hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

- Lograr la recopilación de datos del paciente hospitalizado los mismos que servirán para identificar y determinar Problemas Relacionados al Medicamento (PRM) potenciales o reales
- Minimizar los riesgos asociados al uso de medicamentos incrementando su eficacia y seguridad mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM).
- Desarrollar el plan de Intervención con el fin de alcanzar resultados concretos en la farmacoterapia prescrita, que redunden en la recuperación y calidad de vida del paciente

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Departamento Apoyo al Tratamiento – Servicio de Farmacia Hospital José Agurto Tello de Chosica.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento Médico:

4.2. Códigos CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento:

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO CPMS	Tiempo aproximado del procedimiento
Servicios de seguimiento farmacoterapéutico es proporcionado por el químico farmacéutico, en entrevistas directas con el usuario de salud o cuidador, para evaluar e intervenir en relación a la farmacoterapia del usuario de salud, si se proporciona los primeros 15 minutos a usuario de salud seleccionado inicialmente.	99605	40 min
Servicios de seguimiento farmacoterapéutico es proporcionado por el químico farmacéutico, en entrevistas directas con el usuario de salud o cuidador, para evaluar e intervenir en relación a la farmacoterapia del usuario de salud, si se proporciona los primeros 15 minutos a usuario de salud establecido.	99606	40 min



V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Adherencia y persistencia al tratamiento**¹: Se define como el cumplimiento del tratamiento; es decir, la toma de la medicación de acuerdo con la dosificación prescrita; la persistencia se define como la toma de la medicación a lo largo del tiempo.

- **Conciliación de medicamentos**¹: Proceso asistencial que consiste en revisar de forma integral el perfil farmacoterapéutico de un paciente cuando ingresa a una estancia hospitalaria o cambia de lugar en la internación. Se obtiene una lista completa de la medicación previa del paciente y se compara con la que se ha prescrito, y se resuelven las discrepancias encontradas.

- **Hoja de seguimiento farmacoterapéutico**⁶: Es el formato donde se registra los datos del paciente, así como la medicación prescrita y administrada diariamente. Posibilita al profesional químico farmacéutico a acceder a información para realizar un adecuado seguimiento de la terapia farmacológica, permitiendo identificar problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y ejerciendo el control correspondiente en cuanto a la devolución de medicamentos

- **Intervenciones farmacéuticas**¹: Todas aquellas acciones que lleva a cabo el farmacéutico en forma activa, en la toma de decisiones en la terapia de los pacientes y en la evaluación de los resultados. Estas se consideran oportunidades de mejora si logran optimizar la terapia del paciente.

- **Reacción adversa a medicamentos**⁵ (RAM). - Es cualquier reacción nociva no intencionada que aparece tras el uso de un medicamento o producto farmacéutico en el ser humano para fines de profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.

- **Seguimiento farmacoterapéutico**¹: Práctica farmacéutica que implica una evaluación sistemática y continua del tratamiento farmacológico de un paciente. Consiste en monitorear la efectividad, la seguridad y el cumplimiento del tratamiento con medicamentos de un individuo, con el fin de optimizar los resultados terapéuticos y mejorar la calidad de vida del paciente. El seguimiento farmacoterapéutico va más allá de la simple dispensación de medicamentos. Implica una interacción cercana entre el farmacéutico y el paciente, donde se realiza una revisión exhaustiva del tratamiento para identificar posibles problemas relacionados con los medicamentos y tomar medidas para resolverlos.



5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Atención farmacéutica**¹ corresponde a una serie de actividades alrededor de la farmacoterapia del paciente que tienen como fin alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente, de la familia y de su comunidad. El desarrollo de la atención farmacéutica ha significado un cambio del paradigma para los profesionales farmacéuticos, que han pasado de ser una profesión centrada en el medicamento a tener que centrarse en el paciente que usa medicamentos para mantener o recuperar su salud.
- **Dosis unitaria**⁷ Cantidad física de un medicamento indicado por el profesional prescriptor como una dosis de tratamiento para un paciente, cuyo envase permite la administración segura y directa al paciente a una determinada hora
- **Interacciones medicamentosas**² - Efectos producidos cuando la acción diagnóstica, preventiva o terapéutica de un principio activo es modificada en el organismo por otro agente exógeno o interactuante. Este puede ser otro principio activo simultáneamente administrado, una sustancia presente en la dieta o en el ambiente que rodea al organismo.
- **Problema Relacionado con el Medicamento (PRM)**². Problema de salud experimentado por el paciente, como resultado clínico negativo derivado de la farmacoterapia y que, por su interferencia real (que vienen ocurriendo) o potencial (que ocurrirá si no se resuelve), no permite conseguir el objetivo terapéutico esperado o genera efectos no deseados. Los PRM se clasifican en seis categorías consideradas dentro de las características de necesidad efectividad y seguridad:

Por Necesidad

- PRM 1: Necesita medicamento que no usa
- PRM 2: Usa medicamento que no necesita

Por Efectividad

- PRM 3: Inefectividad independiente de la dosis.
- PRM 4: Dosis, intervalo o duración inferior a la necesaria

Por Seguridad

- PRM 5: Provoca una reacción adversa al medicamento
- PRM 6: Dosis, intervalo o duración superior a la necesaria.



5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Químico Farmacéutico con segunda especialidad en Farmacia Clínica

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Archivador de cartón con palanca lomo ancho tamaño oficio.	unidad	01
Tóner para impresora multifuncional hp laser jet m1522n cod. ref. cb436a negro.	unidad	01
Bolígrafo (lapicero) de tinta seca punta fina negro.	unidad	01
Bolígrafo (lapicero) de tinta seca punta fina rojo.	unidad	01
Cuaderno de cargo empastado tamaño a5 x 200 hojas.	unidad	02
Escritorio	unidad	01
Sillas	unidad	2
Equipo de cómputo con acceso a internet	unidad	01
Impresora multifuncional	unidad	01

- Material Médico no Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Mascarilla kn95	Unidad	01
Alcohol 70° gel frasco 500 ml	ml	05



Material Médico Fungible. (30 días)

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Archivador de cartón con palanca lomo ancho tamaño oficio	unidad	01
Boligrafo (lapicero) de tinta seca punta fina azul	unidad	01
Engrapador de metal tipo alicate	unidad	01
Grapa 26/6 x 5000	unidad	04
Papel bond 75 g tamaño a4	unidad	05
Folder manila tamaño a4	unidad	01
Sacagrapas de metal	unidad	01
Tijera de metal de 7" con mango de plástico	unidad	01
Sujetador para papel (tipo fastener) de metal x 100	unidad	04
Tóner para impresora multifuncional	unidad	01



5.3.3 FORMATOS

- Formato de Hoja farmacoterapéutico Anexo 2
- Formato de Evaluación del PRM - Anexo 3
- Formato de Intervención farmacéutica - Anexo 4

VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.2 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

Nº	ETAPAS	RESPONSABLE	TIEMPO
01	Personal Farmacéutico clínico en la visita médica para verificar y analizar los datos de salud del paciente en su Historia clínica y anotar factores predisponentes, que desencadenan o podrían desencadenar un Problema Relacionado al Medicamento (PRM)	05 Farmacéutico Clínico	05 minutos por paciente



02	Seleccionar a los pacientes con riesgo a presentar problemas relacionados a medicamentos Absolver las interrogantes del equipo multidisciplinario, respecto a la	Farmacéutico Clínico	05 minutos por
03	Revisar la historia clínica del paciente y registrar la farmacoterapia en la hoja farmacoterapéutica y los resultados de exámenes auxiliares relevantes que pueda n estar relacionados con un efecto adverso al medicamento	Farmacéutico Clínico	05 minutos por pacient e
04	Evaluar la patología, medicación, dosis, frecuencia, interacciones medicamentosas efectos adversos. Realizar la búsqueda de información científica de medicina basada en evidencias mediante el Sistema de Información de Medicamentos informando el PRM detectado para minimizar riesgos por sospechas de reacciones adversas a medicamentos, interacciones medicamentosas u otras situaciones que puedan interferir con el tratamiento prescrito	Farmacéutico Clínico	15 minuto s por pacient e
05	Realizar la intervención farmacéutica al médico tratante, y al equipo de salud de los problemas relacionados al medicamento., solicitar la firma del médico tratante. como intervención aceptada	Farmacéutico Clínico	05 minutos por paciente
06	Registrar el procedimiento con el código respectivo y realizar el monitoreo a la intervención realizada	Farmacéutico Clínico	05 minutos por paciente



6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

Pacientes de servicios de hospitalización a quienes se realiza atención bajo el sistema de dispensación en dosis unitaria

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

Seleccionar a un paciente teniendo en cuenta, qué medicamentos está utilizando o qué necesita utilizar y priorizar de acuerdo al orden siguiente:

- Pacientes que reciben medicamentos de estrecho margen terapéutico. (fenitoína, warfarina, valproato de sodio, amiodarona, digoxina, ciclosporina, etc)
- Pacientes que son vulnerables a los efectos adversos por estar en situación fisiológicamente delicada (insuficiencia renal, hepática o respiratoria)
- Pacientes que necesitan ser tratados con medicamentos de extrema toxicidad potencial, especialmente si se dosifican, administran o utilizan de forma inadecuada (por ejemplo, agentes quimioterápicos contra el cáncer, anticoagulantes, medicamentos biotecnológicos, estupefacientes administrados por vía parenteral)
- Pacientes sometidos a medicación múltiple y expuestos a un alto riesgo de interacciones fármaco - fármaco y fármaco – alimento
- Pacientes que son vulnerables a los efectos adversos (niños, adulto mayor, gestantes y lactantes)
- Pacientes cuyo estado clínico exige la evaluación y manipulación continua de la farmacoterapia (diabetes mellitus, asma, hipertensión arterial entre otros)
- Pacientes con enfermedades graves que pueden presentar un riesgo para su vida si los medicamentos prescritos resultan insuficientes o se utilizan de forma inadecuada.
- Pacientes con malos hábitos de vida (consumo de alcohol, tabaco, drogas narcóticas).

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Paciente ambulatorio no hospitalizado

6.4 COMPLICACIONES

- Paciente que necesite referencia a un hospital de mayor complejidad por presentar múltiples patologías y con medicamentos no disponibles

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

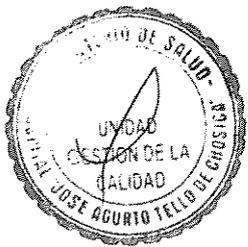


VII. RECOMENDACIONES

- Contar con un ambiente con capacidad para ubicar el mobiliario y equipo considerado necesario para el adecuado funcionamiento de farmacia clínica y desarrollar el seguimiento farmacoterapéutico.
- Contratar especialistas en cantidad suficiente para el SFT en todos los servicios de hospitalización

VIII. ANEXOS.

- **Anexo N°1:** Formato de Hoja Farmacoterapéutica
- **Anexo N° 2:** Formato para la evaluación y el análisis de datos e identificación de los problemas relacionados con el medicamento (PRM)
- **Anexo N°3 :** Formato de Intervención farmacéutica



Anexo N°1: Formato de Hoja de Seguimiento Farmacoterapeutico

HOSPITAL JOSE A TELLO OS CRUZ

SERVICIO DE FARMACIA, AREA FARMACIA CLINICA

HOJA FARMACOTERAPEUTICA

PACIENTE: _____ EDAD _____

HC: _____ FECHA INI _____

DX: _____

MEDICAMENTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SISTEMA DE PROBLEMAS RELACIONADOS A						
											DESCRIBIENDO						
											N	E	S	Revisión			
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
DATOS RELEVANTES DE LABORATORIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	OBSERVACIONES						



Anexo N° 2: Formato para la evaluación y el análisis de datos e identificación de los problemas relacionados con el medicamento (PRM)

PACIENTE:				FECHA:	
SEXO: Femenino () Masculino ()	EDAD:	PESO:	TALLA:	IMC:	
DATOS DE SALUD	EVALUACIÓN DE DATOS DE SALUD	DATOS DE FARMACOTERAPIA	EVALUACIÓN DE LOS DATOS DE FARMACOTERAPIA		PRM IDENTIFICADO
Diagnóstico(s)	Signos y síntomas que se relacionan con el(los) diagnóstico(s)	Medicamentos que consume el paciente	N	E	S
Pruebas de Laboratorio y/o exámenes auxiliares	Signos y síntomas que no se relacionan con el diagnóstico				
Plan de Intervención Farmacológica					
Químico Farmacéutico Responsable: (Sello, Firma y N° de Colegiatura)					



Anexo N° 3: Formato de Intervención farmacéutica

HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA - SERVICIO DE FARMACIA- AREA DE FARMACIA CLINICA

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO: INTERVENCION FARMACEUTICA

PROBLEMAS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS

FECHA: _____ HC: _____ PACIENTE: _____ EDAD: _____

MEDICAMENTOS INVOLUCRADOS NOMBRE, CONCENTRACION, PRESENTACION, DOSIS	PROBLEMA DE SALUD	SITUACION		ACCION ADVERSA	INTERACCION MEDICAMENTOSA
		PRM REAL (MANIFESTADO)	PRM POTENCIAL (RIESGO DE APARICION)		

INTERVENCION FARMACEUTICA:

INTERVENIR SOBRE CANTIDAD DE MEDICAMENTO:

DOSIS	_____
PAUTA DE ADMINISTRACION	_____

INTERVENIR SOBRE ESTRATEGIA FARMACOLOGICA

AÑADIR MEDICAMENTO	_____
RETIRAR MEDICAMENTO	_____
SUSTITUIR MEDICAMENTO	_____

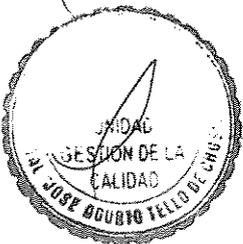
VIA DE COMUNICACION MEDICO TRATANTE

VERBAL	_____
ESCRITA	_____

RESULTADO

INTERVENCION ACEPTADA	_____
INTERVENCION NO ACEPTADA	_____

Q. FARMACEUTICO CLINICO



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Organización Panamericana de la Salud. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud: Herramienta para la evaluación de la calidad de la prestación de los servicios farmacéuticos en países de la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275328309>.
- 2.- Federación Internacional Farmacéutica, Organización Mundial de la Salud. Buenas Prácticas en Farmacia. Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. La Haya: FIP; 2011. [consultado el 12 de septiembre del 2023]. Disponible en: <https://www.fip.org/file/1479>.
- 3.- García Falcón D, Lores Delgado D, Dupotey Varela NM, Espino Leyva DL. Problemas relacionados con medicamentos en adultos mayores hipertensos. Pharm Care Esp. 2021; 23(3):219-235
- 4.- Soares Rodríguez MC, Oliveira C. Interacciones medicamentosas y reacciones adversas a los medicamentos en polifarmacia en adultos mayores: una revisión integradora. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24:e2800. [Internet]. [Citado 12 enero 2019] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1316.2800>
- 5.- Rojas-León C, Segura-Cano S, Lizano-Barrantes C, Cordero-García E. Servicios de Atención Farmacéutica en farmacias de comunidad privada de Costa Rica: percepción de usuarios. Rev. OFIL-ILAPHAR [Internet]. 2022 Dic [citado 2024 Mar 18]; 32(4):341-345. Disponible en : <https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2022000400006>.
6. Documento técnico: Manual de buenas Practicas de Oficina Farmaceutica" aprobado con RM 554-2022 /MINSA
- 7.- Centro Nacional de Documentación e Información de Medicamentos (Cenadim) - DIGEMID- MINSA
- 8.- Perú.MinsNorma técnica de salud: Sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria para los establecimientos del sector salud aprobada con R.M. 552/2007 MINSA



NUTRICIÓN

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE REEVALUACIÓN PERIÓDICA DEL: NIÑO MENOR DE 1 AÑO, NIÑO DE 1 AÑO A 4 AÑOS Y DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

Estandarizar y unificar los criterios técnicos de la reevaluación en la atención nutricional ambulatoria de los niños(as) menores de 1, niños (as) de 1 año a 4 años y niños (as) de 5 a 11 años, para brindar una atención de calidad a los usuarios(as) que acuden al Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

- Garantizar una adecuada atención nutricional ambulatoria de los usuarios neonatos, pediátricos menores de 1 año y los niños (as) de 1 año hasta los 11 años de edad, que acuden a la Unidad de Atención Integral (Consulta Nutricional Pediátrica Ambulatoria) del Hospital José Agurto Tello de Chosica.
- Mejorar el estado nutricional mediante una reevaluación y seguimiento nutricional continuo a los usuarios neonatos, pediátricos menores de 1 año y los niños (as) de 1 año hasta los 11 años de edad, que acuden a la Unidad de Atención Integral (Consulta Nutricional)

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Departamento de Apoyo al Tratamiento – Servicio de Nutrición y Dietética – Unidad Funcional de Nutrición Integral (Atención Nutricional Ambulatoria Pediátrica).

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento médico.

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento

Nombre de Procedimiento	CPMS	Tiempo
Reevaluación periódica de medicina preventiva y manejo del niño menor de 1 año	99391	25 min
Reevaluación periódica de medicina preventiva y manejo del niño de 1 a 4 años	99392	25 min
Reevaluación periódica de medicina preventiva y manejo del niño de 5 a 11 años	99393	25 min



V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

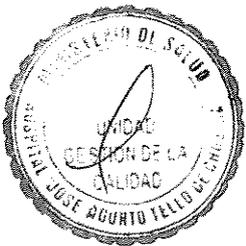
- **Atención nutricional Pediátrica:** Es realizada por el/la profesional en nutrición en el establecimiento de salud que incluye la evaluación nutricional, diagnóstico del estado nutricional y elaboración de indicaciones nutricionales a la madre, padre o cuidador/a de la/el niña/niño, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas. El tiempo mínimo de la atención es de 45 minutos².
- **Monitorización y seguimiento nutricional:** Se valora la evolución del paciente y el cumplimiento de la intervención nutricional (oral, enteral o parenteral). La repercusión en el estado nutricional se reevalúa y compara con la información recogida en la valoración inicial mediante indicadores que reflejen cambios (ej. modificación de hábitos alimentarios, cambios en el peso o en la composición corporal, bioquímicos, etc.)¹.
- **Valoración nutricional:** Es el conjunto de procedimientos que realiza el/la profesional de la salud nutricionista, en el marco del cuidado integral de salud, para determinar el estado nutricional de la persona, valorar los requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar con relación a su estado nutricional (incluye la valoración nutricional antropométrica, la evaluación de la bioquímica nutricional, la evaluación de signos clínicos de deficiencias y/o excesos nutricionales, la evaluación de la ingesta alimentaria, la evaluación de la actividad física y la evaluación de la interacción entre nutrientes y fármacos)³.
- **Prescripción nutricional:** Es la indicación específica dada por el/la nutricionista en los establecimientos de salud, de un tipo de dieta adecuada a las necesidades individuales de la persona. Tiene en cuenta las condiciones de salud, el peso, la estatura, el sexo, la edad, el nivel de actividad, la conducta y las preferencias alimentarias, con el fin de asegurar que la dieta proporcione un consumo adecuado de todos los nutrientes esenciales conocidos².
- **Monitoreo de crecimiento:** Es la recolección rutinaria de la información sobre la valoración o evaluación del crecimiento de la niña y del niño³.

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Neonata o neonato:** Es la nacida o el nacido vivos de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de edad³.
- **Niña o niño:** Es la persona cuya edad está comprendida desde la etapa del/de la recién nacido/a hasta la edad de los 11 años 11 meses y 29 días³.



- **Peso:** Es la estimación de la masa corporal de una persona, expresada en kilogramos³.
- **Longitud:** Es la medida que se toma a niñas y niños menores de 2 años en posición horizontal desde el vértice de la cabeza hasta los talones³.
- **Estatura:** Es la medida que se toma a niñas y niños de 2 años a más, en posición vertical desde el vértice de la cabeza hasta los talones³.
- **Perímetro cefálico:** Es la medida de la circunferencia de la cabeza que se realiza a toda niña y a todo niño hasta los 36 meses de edad, en su parte más amplia (por encima de las cejas y de las orejas y alrededor de la parte posterior más prominente de la cabeza)³.
- **Perímetro torácico:** Es la medida del tórax en su parte más amplia que se realiza a toda recién nacida y a todo recién nacido; y, es uno de los parámetros que se utiliza para monitorear la acreción del tejido adiposo en neonatos y neonatas³.
- **Perímetro Abdominal:** Es la medida de la circunferencia abdominal que se realiza en una persona para determinar el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles: Enfermedades cardiovasculares, diabetes, entre otras³.
- **Peso Para La Edad.** Es el indicador resultante de comparar el peso de la niña o del niño con el peso de referencia correspondiente a su edad, sea en semanas, meses o años; y, que puede identificar desnutrición para una edad específica al compararlo con los datos de referencia³.
- **Peso Para La Talla.** Es el indicador resultante de comparar el peso de la niña o del niño con el peso de referencia correspondiente a su longitud o estatura, refleja el peso corporal alcanzado en proporción a la longitud o estatura, e indica el nivel de reservas calóricas; por lo que, identifica niñas y niños adelgazadas/os o emaciadas/os (desnutrición aguda), o con sobrepeso y obesidad³.
- **Talla para la Edad.** Es un indicador que refleja el crecimiento lineal alcanzado en longitud o estatura para la edad, resultante de comparar la longitud o estatura de la niña o del niño con la longitud o estatura de referencia correspondiente a su edad³.
- **Perímetro Cefálico Para La Edad.** Es uno de los parámetros de crecimiento más importantes durante los primeros años de vida, que refleja de manera indirecta el volumen intracraneal y el crecimiento cerebral, que en su mayor parte se produce durante los primeros 2 años de vida³.
- **Índice de masa corporal (IMC):** Es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado de la persona³.
- **Índice de masa corporal para edad (IMC/Edad):** es un indicador resultante de comparar el IMC de la persona adolescente con el IMC de referencia



correspondiente a su edad. Clasifica el estado nutricional en delgadez, normal, sobrepeso y obesidad ³.

- **Perímetro Abdominal Para La Edad.** Es un indicador resultante de comparar el perímetro abdominal de la niña o del niño de 5 a 11 años con el perímetro abdominal de referencia correspondiente a su edad y sexo. En niñas y niños de 5 a 11 años, un perímetro abdominal sobre el percentil 75 puede determinar un riesgo alto de tener enfermedades cardiovasculares y enfermedades metabólicas; y, un perímetro abdominal sobre el percentil 90, puede determinar un riesgo muy alto de tener dichas enfermedades ³
- **Estado nutricional:** Es la situación de salud en que se encuentra una persona como resultado de su nutrición, régimen alimentario y estilo de vida ³.
- **Consejería nutricional a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños.** Es un proceso educativo comunicacional entre el/la profesional nutricionista o profesional de la salud capacitado/a en consejería nutricional y la madre, padre o cuidador/a de la niña y el niño. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional ³.



5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Nutricionista Asistencial
- 01 Técnico de Nutrición (Antropometrista Estandarizado)
- 01 Auxiliar asistencial (Auxiliar Antropometrista)

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- **Equipos Biomédicos, Instrumental y mobiliario.**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD
Escritorio de Oficina	Unidad	1
Sillas	Unidad	2
Computadora	Unidad	1
Armario Metálico 2 muebles	Unidad	2
Mesa (Base para balanza e Infantometro)	Unidad	2
Balanza de Plato para lactantes, con sensibilidad de 50 g.	Unidad	1
Balanza de pie para niños Pre Escolares, Escolares, Adolescentes con sensibilidad	Unidad	1

de 50 grãmos		
Un Infantometro Estandarizado (65 cm) destinado a los Recién Nacidos	Unidad	1
Un Infantometro Estandarizado de 110 cm destinado a Niños Menores de Dos Años	Unidad	1
Plicómetro Estandarizado	Unidad	1
Cinta métrica estandarizada inextensible. (Neonatal)	Unidad	1
Estetoscopio pediátrico	Unidad	1

Material Médico no Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD
Alcohol Gel 70 ^o	ml	05
Jabón tocador líquido	ml	05
Alcohol Liquido 70 ^o	ml	05

Material Médico Fungible

Descripción	U.M	Cantidad
Guantes Estériles Descartables	Unidad	03
Mascarilla Descartable quirúrgica 3 pliegues	Unidad	03
Papel Toalla 75 Hojas por Rollo	Unidad	03

5.3.3 FORMATOS

- Historia clínica: Física y Electrónica
- Historia clínica de lactancia materna
- Ficha de Evaluación de la Mamada
- Ficha de Evaluación de la Alimentación de la niña y el niño menor de 5 años (Historia Alimentaria)
- Encuesta de Consumo de Recordatorio 24 Horas
- Frecuencia de Consumo de Alimentos
- Gráficas de Crecimiento OMS 2006 para neonatas
- Gráficas de Crecimiento OMS 2006 para neonatos
- Gráficas de Crecimiento OMS 2006 para niños < 5 años.
- Gráficas de crecimiento OMS 2006 para niñas < 5 años
- Tablas de Referencia de OMS 2006 de perímetro cefálico para la edad en niñas.
- Tablas de Referencia de OMS 2006 de perímetro cefálico para la edad en niñas.
- Tablas de Referencia de OMS 2006 de perímetro cefálico para la edad en niños.



- 'Tablas de Talla para la Edad de Niñas y Niños de 5 a 11 años.'
- Tabla de Índice de Masa Corporal para la Edad de Niñas y Niños de 5 a 11 años.
- Gráfica de crecimiento corporal OMS 2007: IMC para la edad y talla para la edad en niñas de 5 a 11 años
- Gráfica de crecimiento corporal OMS 2007: IMC para la edad y talla para la edad en niños de 5 a 11 años
- Tabla de Perímetro Abdominal. Según Sexo y Edad.
- Formato de solicitud de productos a farmacia
- Orden de análisis de laboratorio
- Plan de Alimentación para Menor de 1 año hasta los 23 meses.
- Plan de alimentación de Consejería Nutricional Preescolar
- Plan de alimentación de Consejería Nutricional Escolar

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

- ANTES DEL PROCEDIMIENTO

-La Madre, Padre o Cuidador/Tutor solicita cita en el área de admisión para la atención nutricional ambulatoria (Interconsulta, referencia, pagante).

- El personal de Admisión indica a los pacientes con SIS recoger su ficha Única de atención (FUA). Y en el caso de los pacientes pagantes deben dirigirse a caja para pagar el derecho de la atención nutricional ambulatoria. Luego de obtener la cita acude al Consultorio de Nutrición.

El técnico de nutrición recibe el ticket de derecho de la atención para la Consulta nutricional Pediátrica, ubica la FUA hace colocar los nombres, apellidos, DNI y firmar en ambas caras y entrega al profesional de nutricionista para la atención de los usuarios pediátricos **(2 min)**.

- DURANTE EL DEL PROCEDIMIENTO (20 min)

-El nutricionista como parte de la Atención Integral de Salud de Niño(a), inicia la reevaluación del estado nutricional del usuario pediátrico con la Valoración Nutricional de la siguiente forma:

- **Primero** realiza la Exploración Física evaluando los signos clínicos de Deficiencias y/o Excesos Nutricionales. **(1 min)**

- **Segundo** ejecuta la anamnesis alimentaria: **(2 min)**

Neonato(as) y niños de 1 mes hasta los menores de 59 meses.

* Neonatos (a): Historia de Lactancia Materna y Ficha de la Mamada.



* Niños(as): Ficha de Evaluación de la Alimentación de la niña y el niño menor de 5 años, Frecuencia de Consumo Alimentos y Recordatorio de 24 Horas.

Niños(as) de 5 años hasta los 11 años.

Frecuencia de alimentos.

- **Tercero** realiza la evaluación antropométrica y composición corporal.

El nutricionista recibe el apoyo del técnico de nutrición y auxiliar de nutrición para la toma de medidas antropométricas: **(2 min)**.

En el caso de la valoración antropométrica considerar:

*Neonatos(as): Peso, Longitud, Perímetro Cefálico y Perímetro Torácico.

*Niños(as) menores de 1 año: Peso, Longitud y Perímetro Cefálico.

*Niños(as) de 5 a 11 años de edad: Peso, Talla y Perímetro abdominal

Y debe realizarse en base a los siguientes indicadores nutricionales:

* Neonatos(as): Peso al nacer, peso para la edad gestacional, longitud al nacer, perímetro cefálico al nacer y perímetro torácico al nacer.

*Niñas y niños menores de 1 año: Peso /Edad, Peso/Talla, Talla/Edad y Perímetro Cefálico/Edad.

*Niños(as) de 5 a 11 años de edad: Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/Edad), Talla/Edad (T/E) y perímetro abdominal para la edad (PAB/E)

- **Cuarto** analiza e interpreta resultados de los exámenes de la Valoración Bioquímica Nutricional, solicitados para la consulta de control y seguimiento nutricional. **(1 min)** (Reevaluación)

- **Quinto** determina el factor: Enfermedad (si fuera el caso), Actividad física y en este caso para el crecimiento y depósito de tejidos **(0.5 min)**

- **Sexto** realiza el análisis de la Interacción Fármaco Nutriente. **(0.5 min)**

- El nutricionista determina el diagnóstico nutricional (PES) y calcula los requerimientos nutricionales de acuerdo a individualidad, patología (si fuera el caso), diagnóstico nutricional y necesidades nutricionales, de acuerdo a lo encontrado en la consulta de control y seguimiento nutricional (Reevaluación) **(2 min)**.

- El nutricionista replantea los objetivos y metas alcanzar en la intervención nutricional, de acuerdo con lo encontrado en la reevaluación de la valoración nutricional del usuario pediátrico. **(1 min)**

- El nutricionista realiza la prescripción nutricional y/o terapia de Nutrición Medica, en base al diagnóstico del estado nutricional, patología y necesidades nutricionales del usuario pediátrico.



- El nutricionista realiza: **(8 min)**
 - *Neonatos(as), Niños(as) Lactantes (29 días hasta los 5 meses 29 días)
La Consejería en Lactancia Materna, Técnica de amamantamiento, Extracción y Conservación de la Leche materna.
 - *Niños(as) Lactantes (6 meses hasta 11 meses 29 días)
Consejería en Lactancia Materna Continuada
 - *La Consejería nutricional para la alimentación del lactante y del niño pequeño en el marco de la atención integral de salud de la niña y el niño. O Consejería nutricional en niños y niñas con problemas de alimentación y nutrición. Dependiendo el caso encontrado.
 - Niños(as) de 1 año a 11 años
Consejería nutricional a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños O Consejería nutricional en niños y niñas con problemas de alimentación y nutrición. Dependiendo el caso encontrado
- El nutricionista realiza el control y seguimiento nutricional de la prescripción de la suplementación de micronutrientes de manera preventiva o recuperativa. (Consumo, Efectos colaterales, dosis reajustada de acuerdo al control de peso mensual) **(1.5 min)**
- El nutricionista entrega a la madre, padre o cuidado el folleto de las indicaciones nutricionales de acuerdo al estado nutricional y patología. Prescribe la suplementación preventiva o recuperativa en el marco de la atención integral de salud del niño y la niña. Y la cita para su próximo control y seguimiento nutricional en la consulta nutricional pediátrica **(0.5 min)**.

DESPUÉS DEL DEL PROCEDIMIENTO (3 min)

- El nutricionista registra en la historia clínica Física y virtual la valoración nutricional del neonato(a), niño(a) menor de un año, la prescripción nutricional, consejería nutricional y la suplementación preventiva o recuperativa (Dosis y Frecuencia) y los procedimientos ejecutados **(1 min)**.
- El nutricionista procede a registrar en la hoja de la Ficha Única de Atención. (FUA) los procedimientos médicos sanitarios **(1 min)**.
- El nutricionista entrega los formatos de la Ficha Única de Atención. (FUA) al auxiliar de nutrición para que lo entregue en el área del SIS. **(1 min)**



6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS

- Usuarios: Neonatos(as) y Niños(as) menor de un año, niños y niñas 1 año a 11 años sanos(as) o con alguna patología que acuden a la Unidad Funcional Integral (Consulta Nutricional Pediátrica) para su reevaluación, es decir, tiene una segunda cita.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Usuarios: Neonatos(as) y Niños(as) menor de un año, niños y niñas 1 año a 11 años no afiliados al SIS.
- Pacientes pagantes.

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Recién Nacidos Prematuro o Bajo peso.
- Niños y Niñas de 0 meses a 11 años con malformaciones congénitas (anencefalia, microcefalia), síndrome de Down, parálisis cerebral.

6.4 COMPLICACIONES

- Madre no acepte la atención nutricional ambulatoria
- Niños y niñas que no permita la adecuada evaluación nutricional.
- Niños y niñas que tengan alguna condición especial y no pueda ser traído a la consulta.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Especificar claramente en nivel de atención donde el procedimiento debe ser efectuado. Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales nutricionistas que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- Adquirir equipos biomédicos estandarizados pediátricos para la Unidad de Atención Integral (Consulta Nutricional Ambulatoria)



- Renovar equipos mobiliarios en malas condiciones, para hacer sentir confortable al usuario(a) que acude a su cita.
- Disponer de materiales de bioseguridad para todos los profesionales nutricionistas que atienden en la Unidad de Atención Integral.
- Contar con profesionales nutricionista y técnicos de nutrición capacitados continuamente y estandarizados en medidas antropométricas pediátricas en el área de consulta nutricional Ambulatoria.

VIII. ANEXOS

- ANEXO N° 1: Historia clínica: Física y Electrónica
- ANEXO N° 2 : Historia clínica de lactancia materna
- ANEXO N° 3: Ficha de Evaluación de la Mamada
- ANEXO N° 4: Ficha de Evaluación de la Alimentación de la niña y el niño menor de 5 años (Historia Alimentaria)
- ANEXO N° 5: Encuesta de Consumo de Recordatorio 24 Horas
- ANEXO N° 6: Frecuencia de Consumo de Alimentos
- ANEXO N° 7 : Graficas de Crecimiento OMS 2006 para neonatas
- ANEXO N.º 8: Graficas de Crecimiento OMS 2006 para neonatos
- ANEXO N.º 9: Graficas de Crecimiento OMS 2006 para niños < 5 años.
- ANEXO N.º 10: Gráficas de crecimiento OMS 2006 para niñas < 5 años
- : Tablas de Referencia de OMS 2006 de perímetro cefálico para la edad en niñas.
- ANEXO N° 11: Tablas de Referencia de OMS 2006 de perímetro cefálico para la edad en niñas.
- ANEXO N.º 12: Tablas de Referencia de OMS 2006 de perímetro cefálico para la edad en niños.
- ANEXO N° 13: Tablas de Talla para la Edad de Niñas y Niños de 5 a 11 años.
- ANEXO N° 14: Tabla de Índice de Masa Corporal para la Edad de Niñas y Niños de 5 a 11 años.
- ANEXO N° 15: Grafica de crecimiento corporal OMS 2007: IMC para la edad y talla para la edad en niñas de 5 a 11 años
- ANEXO N° 16: Grafica de crecimiento corporal OMS 2007: IMC para la edad y talla para la edad en niños de 5 a 11 años
- ANEXO N° 17 : Tabla de Perímetro Abdominal. Según Sexo y Edad.
- ANEXO N° 18: Formato de solicitud de productos a farmacia
- ANEXO N° 19: Orden de análisis de laboratorio
- ANEXO N° 20: Plan de Alimentación para Menor de 1 año hasta los 23 meses.
- ANEXO N° 21: Plan de alimentacion de Consejería Nutricional Preescolar
- ANEXO N° 22: Plan de alimentacion de Consejería Nutricional Escolar



Anexo N°2: Historia Clínica de Lactancia Materna

		Ministerio de Salud		Dirección de Salud		GRS	
		Instituto de Salud José Agustín Torres		Nutrición y Dietética			
HISTORIA CLÍNICA de la LACTANCIA MATERNA							
Nombre de la Madre				Nombre del/a de la Bebe			
Fecha de Nacimiento				Peso (Kg)		Longitud (cm)	
Motivo de la Consulta				Fecha:			
Alimentación Infantil	Normas	Frecuencia de la Alimentación con Leche Materna		Día		Noche	
		Duración de las Mamadas					
		Intervalo más Largo entre Mamadas					
		Uno o Ambos Pechos					
Alimentación Infantil	Otros Alimentos además de la Leche Materna		Que alimento Recibe		Cuándo se iniciaron		Frecuencia
	Uso de Biberones y cómo se los limpia		S		No		
	Gráfico de Crecimiento		Producto		Nacer		Actual
	Peso/Edad		Único		Adecuado		Indecuado
Salud/Comportamiento del/a de la Bebe	Prevalencia		Gemas		Día		Noche
	Frecuencia de Micciones al Día (6 veces o más/ Si es Menor de 6 es Si/ Si No)		Consistencia		Blandas		Duras
	Deposiciones		Activo		Vigilante		Frecuencia
	Conducta		Amamantar		Dormir		
Embarazo/Parto	Enfermedades		S		No		
	Control prenatal		S		No		
	¿Se discutió la Alimentación durante el control prenatal?		Experiencia durante el parto				
	Aparamiento Conjunto		Cantidad		Frecuencia		
Alimentación Infantil	Alojamiento Pre-Lácteos		Si		No		
	Ayuda Postnatal para la Alimentación Infantil (Lactancia Materna)		Consistencia		Cantidad		Frecuencia
	Tipo de Alimentación Infantil		Medio		Una		
	Control Temprano		Meses		Meses		
Condiciones de la Madre	Parición Familiar		Noticias		Medicamentos		
	Salud		Pecho		Pezones		
	Parición Familiar		Pechos e Invertidos		Dolores y Fisuras		Inhibición
	Parición Familiar		S		No		Conducta Lactaria Obstaculada y Vestida
Experiencia Infantil	Alimentación Infantil		Número		Cuántos Recibieron Lactancia Materna		Frecuencia
	Otras Experiencias con la Alimentación						Lactancia Materna Exclusiva/Mixta
Situación Familiar	Situación		Laboral		Económicas		Prácticas de la Alimentación (Lactancia Materna)
	Cuidado de la Niña y Niño		Padre		Familia		Actitud
				Padre		Familiares	



Anexo N°3: Ficha de Evaluación de la Mamada

FICHA DE OBSERVACIÓN DE LA MAMADA

Nombre de la madre: _____ fecha: _____

Signos de que la lactancia materna funciona bien

- Madre:**
- Luce saludable
 - Relajada y cómoda
 - Signos de apego entre madre y bebé
- Bebé:**
- Luce saludable
 - Calmado y relajado
 - Alcanza o busca el pecho si tiene hambre
- Pechos:**
- Pechos blandos, piel luce sana
 - No dolor ni incomodidad
 - Pecho bien sostenido con dedos/tejos del pezón

- Posición de la o el bebé:**
- Cabeza y cuerpo de la o el bebé alineados
 - Bebé sostenido cerca al cuerpo de la madre
 - Todo el cuerpo de la o el bebé apoyado
 - Al aproximarse la o el bebé al pecho la nariz apunta hacia el pezón

- Agarre de la o el bebé al pecho:**
- Más areola sobre el labio superior de la o el bebé
 - Boca de la o el bebé bien abierta
 - Labio inferior volteado hacia afuera
 - Mentón de la o el bebé toca el pecho

- Succión:**
- Mamadas lentas y profundas, con pausas
 - Mejillas redondeadas cuando succiona
 - La o el bebé suelta el pecho cuando termina
 - Madre nota signos del reflejo de extrusión

NOTAS:

Signos de una posible dificultad

- Madre:**
- Luce enferma o deprimida
 - Luce tensa e incómoda
 - No EXISTE contacto visual madre y bebé
- Bebé:**
- Luce somnoliento/a y enfermizo/a
 - Inquieto/a y llorando
 - No alcanza ni busca el pecho
- Pechos lucen rojos, hinchados y fisurados
 - Pechos o pezones dolorosos
 - Pecho sostenido con dedos en la areola
 - Pezones aplastados, deformados, después de la mamada

- Cuello y cabeza torcidos para mamar
- Bebé separado de la madre
- Sejo apoyados la cabeza y el cuello
- Al aproximarse a la o el bebé al pecho, el labio inferior/mentón está hacia el pezón

- Más areola debajo del labio inferior de la o el bebé
 - Boca de la o el bebé no está bien abierta
 - Labios hacia adelante o hacia adentro
 - Mentón de la o el bebé no toca el pecho
- Mamadas rápidas y superficiales
 - Mejillas chupadas hacia adentro
 - La madre retira a la o el bebé del pecho
 - La madre no nota signos del reflejo de extrusión

Adaptado con autorización de la ficha con el mismo nombre de la "Guía de capacitación en manejo de lactancia" de H.C. Armstrong, Nueva York, IBFAN y UNICEF, 1992



ANEXO N° 4: Ficha de Evaluación de la Alimentación de la Niña y el Niño menor de cinco años.
Historia Alimentaria.

N°	Preguntas	Fecha de Evaluación																				
		Edad	0m	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m	13m	14m	15m	16m	17m	18m	
1.	¿La lactancia materna (exclusiva o mixta) fue adecuada?																					
2.	¿La lactancia materna (exclusiva o mixta) fue adecuada?																					
3.	¿La lactancia materna (exclusiva o mixta) fue adecuada?																					
4.	¿La lactancia materna (exclusiva o mixta) fue adecuada?																					
5.	¿La lactancia materna (exclusiva o mixta) fue adecuada?																					
6.	¿La lactancia materna (exclusiva o mixta) fue adecuada?																					
7.	¿La lactancia materna (exclusiva o mixta) fue adecuada?																					
8.	¿La lactancia materna (exclusiva o mixta) fue adecuada?																					
9.	¿La lactancia materna (exclusiva o mixta) fue adecuada?																					
10.	¿Consumo de alimentos de origen animal?																					
11.	¿Consumo de frutas, verduras y hortalizas?																					
12.	¿Consumo de alimentos de origen vegetal?																					
13.	¿Consumo de alimentos de origen animal?																					
14.	¿Consumo de alimentos de origen vegetal?																					
15.	¿Consumo de alimentos de origen animal?																					
16.	¿Consumo de alimentos de origen vegetal?																					
17.	¿Consumo de alimentos de origen animal?																					



Guía Técnica: Guías de Procedimientos Asistenciales en el departamento de Apoyo al Tratamiento

ANEXO N° 5: Encuesta de Consumo por Recordatorio 24 Horas

ENCUESTA DE CONSUMO POR RECORDATORIO 24 HORAS - CONSUMO DEL NIÑO (DE 6 A 35 MESES DE EDAD)

Código	Descripción del medicamento	Consumo (ml)		Consumo (mg)		Consumo (tabletas)	Consumo (gotas)	Consumo (cápsulas)	Consumo (inyecciones)	Consumo (otros)
		24 horas	7 días	24 horas	7 días					
1	Paracetamol	100	200	100	200	1	10	1	1	1
2	Amoxicilina	50	100	50	100	1	10	1	1	1
3	Clorfeniramina	5	10	5	10	1	10	1	1	1
4	Difenhidramina	5	10	5	10	1	10	1	1	1
5	Acetaminofeno	100	200	100	200	1	10	1	1	1
6	Clorfeniramina	5	10	5	10	1	10	1	1	1
7	Difenhidramina	5	10	5	10	1	10	1	1	1
8	Amoxicilina	50	100	50	100	1	10	1	1	1
9	Paracetamol	100	200	100	200	1	10	1	1	1
10	Clorfeniramina	5	10	5	10	1	10	1	1	1
11	Difenhidramina	5	10	5	10	1	10	1	1	1
12	Amoxicilina	50	100	50	100	1	10	1	1	1
13	Paracetamol	100	200	100	200	1	10	1	1	1
14	Clorfeniramina	5	10	5	10	1	10	1	1	1
15	Difenhidramina	5	10	5	10	1	10	1	1	1
16	Amoxicilina	50	100	50	100	1	10	1	1	1
17	Paracetamol	100	200	100	200	1	10	1	1	1
18	Clorfeniramina	5	10	5	10	1	10	1	1	1
19	Difenhidramina	5	10	5	10	1	10	1	1	1
20	Amoxicilina	50	100	50	100	1	10	1	1	1



Anexo N° 6: Frecuencia de Consumo de Alimentos

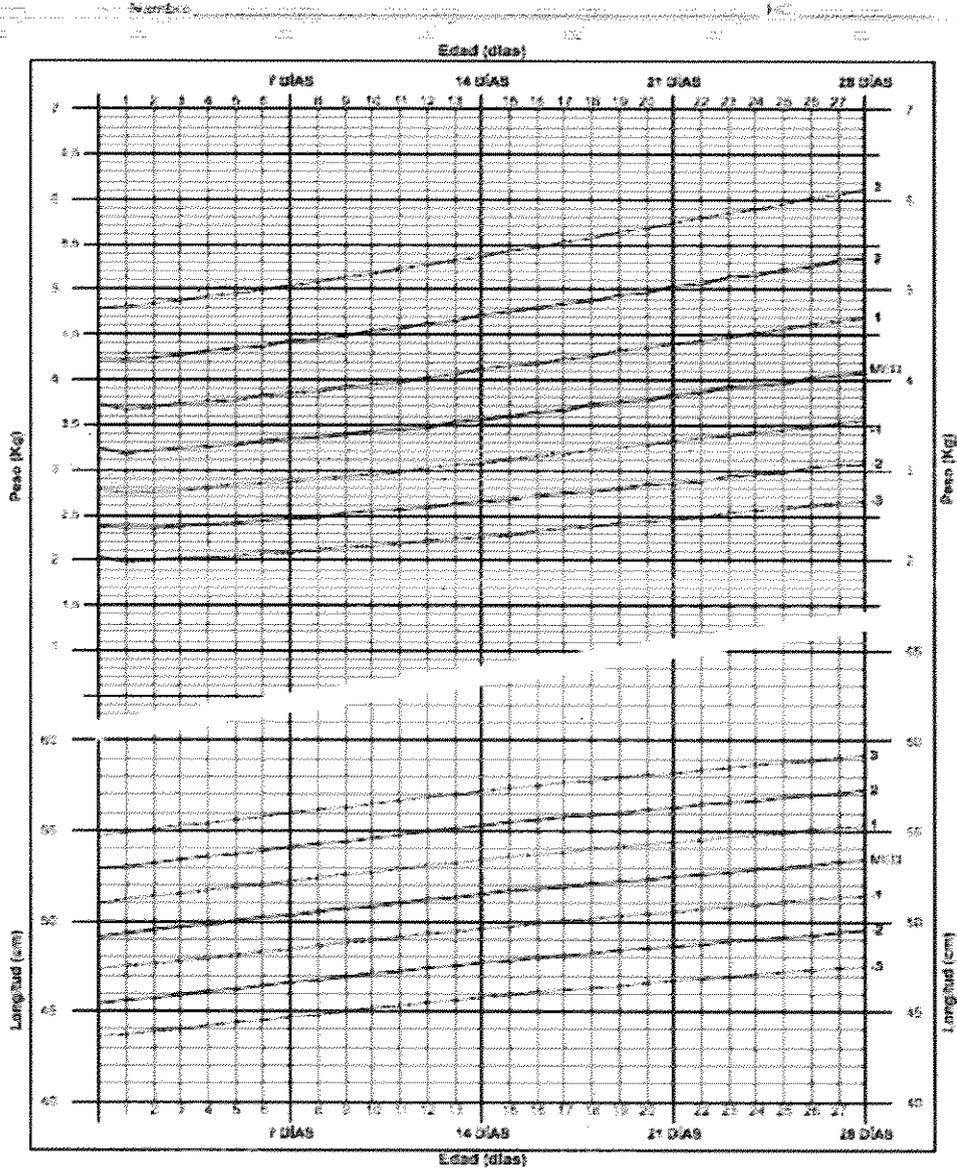
FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS
(NIÑOS/A S DE 6 A 36 MESES DE EDAD)

Categoría	Alimentos			Bebidas			Otros		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Alimentos sólidos									
2. Alimentos líquidos									
3. Alimentos semisólidos									
4. Alimentos pastosos									
5. Alimentos fibrosos									
6. Alimentos grasos									
7. Alimentos azucarados									
8. Alimentos salados									
9. Alimentos ácidos									
10. Alimentos calientes									
11. Alimentos fríos									
12. Alimentos cocidos									
13. Alimentos crudos									
14. Alimentos hervidos									
15. Alimentos fritos									
16. Alimentos asados									
17. Alimentos horneados									
18. Alimentos cocidos al vapor									
19. Alimentos al horno									
20. Alimentos al microondas									
21. Alimentos al agua									
22. Alimentos al aceite									
23. Alimentos al horno de barro									
24. Alimentos al horno de leña									
25. Alimentos al horno de carbón									
26. Alimentos al horno de gas									
27. Alimentos al horno de electricidad									
28. Alimentos al horno de gas natural									
29. Alimentos al horno de gas licuado									
30. Alimentos al horno de gas comprimido									
31. Alimentos al horno de gas industrial									
32. Alimentos al horno de gas doméstico									
33. Alimentos al horno de gas comercial									
34. Alimentos al horno de gas residencial									
35. Alimentos al horno de gas público									
36. Alimentos al horno de gas privado									
37. Alimentos al horno de gas municipal									
38. Alimentos al horno de gas estatal									
39. Alimentos al horno de gas nacional									
40. Alimentos al horno de gas internacional									
41. Alimentos al horno de gas extranjero									
42. Alimentos al horno de gas importado									
43. Alimentos al horno de gas exportado									
44. Alimentos al horno de gas producido									
45. Alimentos al horno de gas consumido									
46. Alimentos al horno de gas almacenado									
47. Alimentos al horno de gas distribuido									
48. Alimentos al horno de gas suministrado									
49. Alimentos al horno de gas suministrado									
50. Alimentos al horno de gas suministrado									



Anexo N°7: Gráficas de crecimiento OMS 2006 para neonatas

GRÁFICAS DE CRECIMIENTO OMS 2006
NEONATAS PESO EDAD (1-28 días) y LONGITUD EDAD (1-28 días)
Mediana y desviación estándar



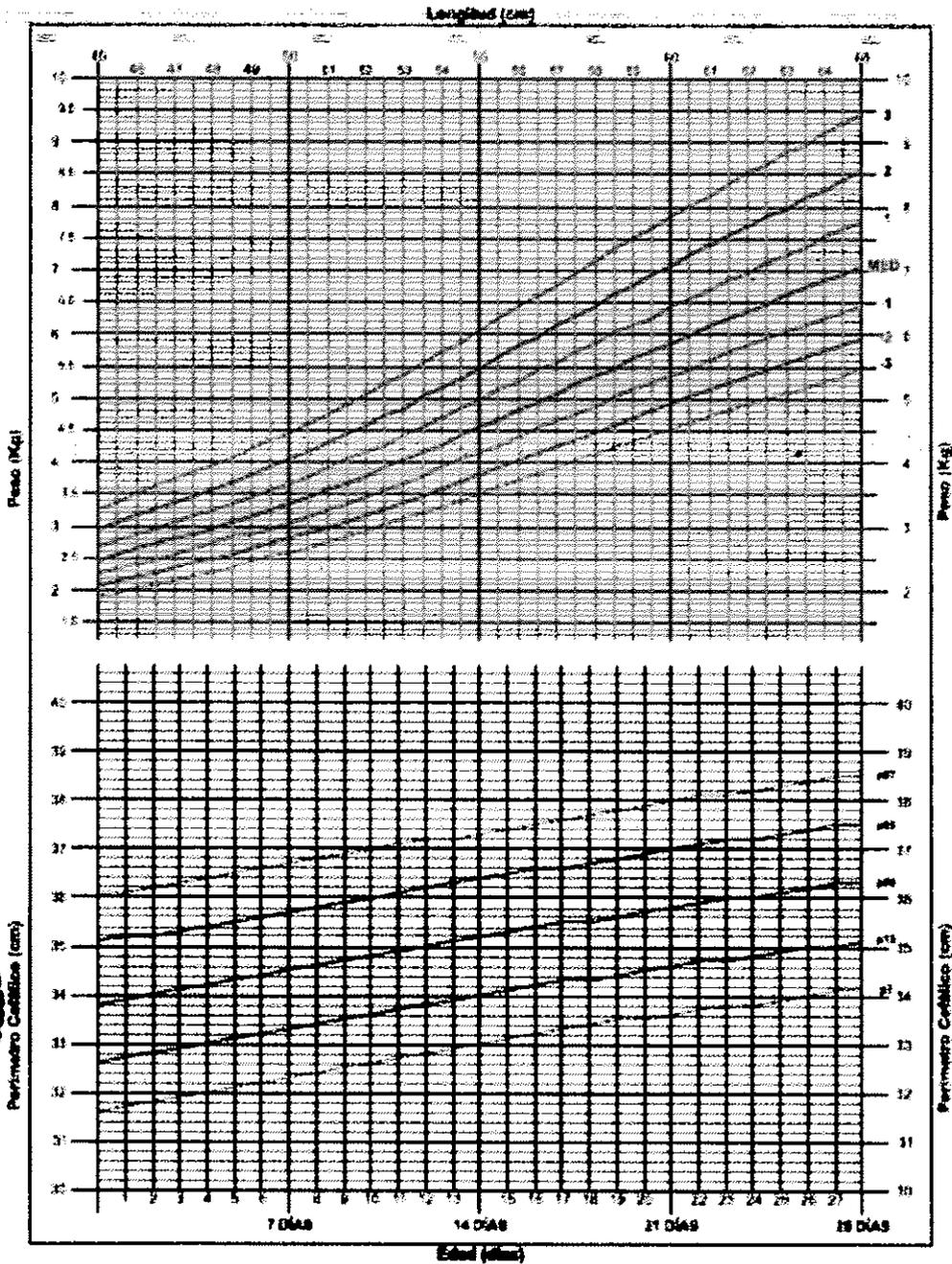
GRÁFICAS DE CRECIMIENTO OMS 2006

REVISADO POR: [] Y []

Mediana y desviación estándar

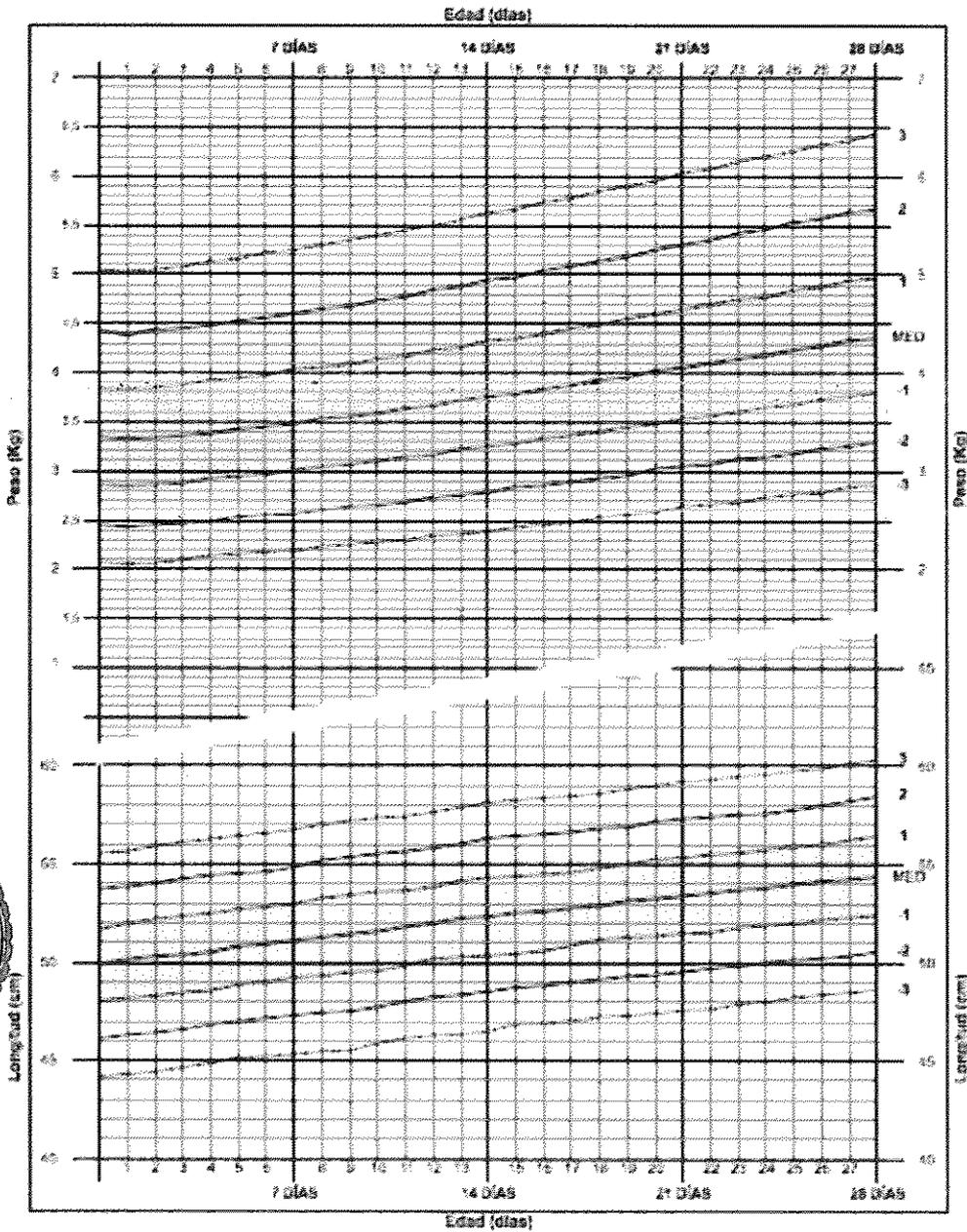
Percentiles

Nombre _____ NO _____



ANEXO N° 8: Gráficas de crecimiento OMS 2006 para neonatos

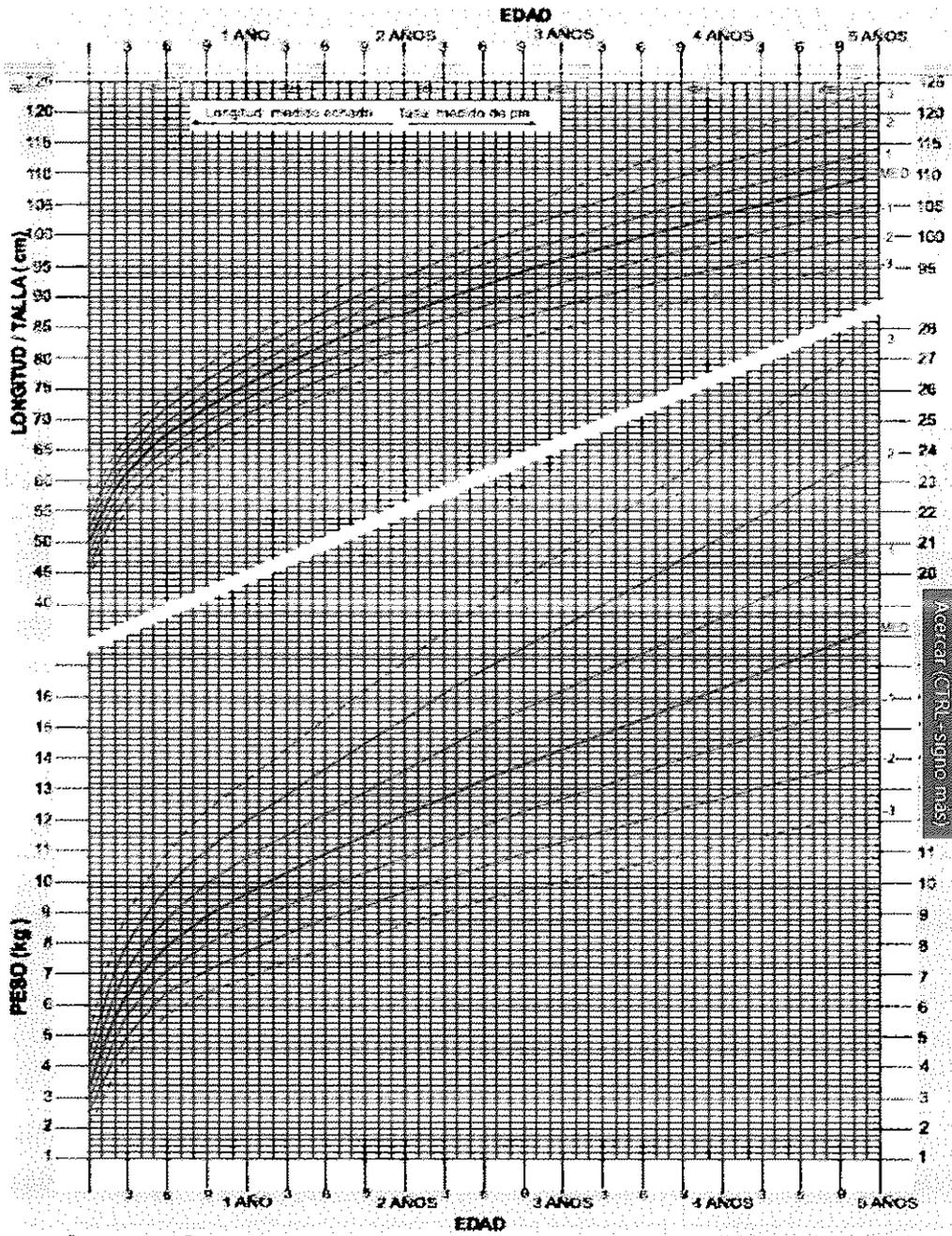
GRÁFICAS DE CRECIMIENTO OMS 2006
NEONATOS: PESO / EDAD (<28 días) y LONGITUD / EDAD (<28 días)
Mediana y desviación estándar



ANEXO N° 9: Gráficas de crecimiento OMS 2006 para niños < 5 años

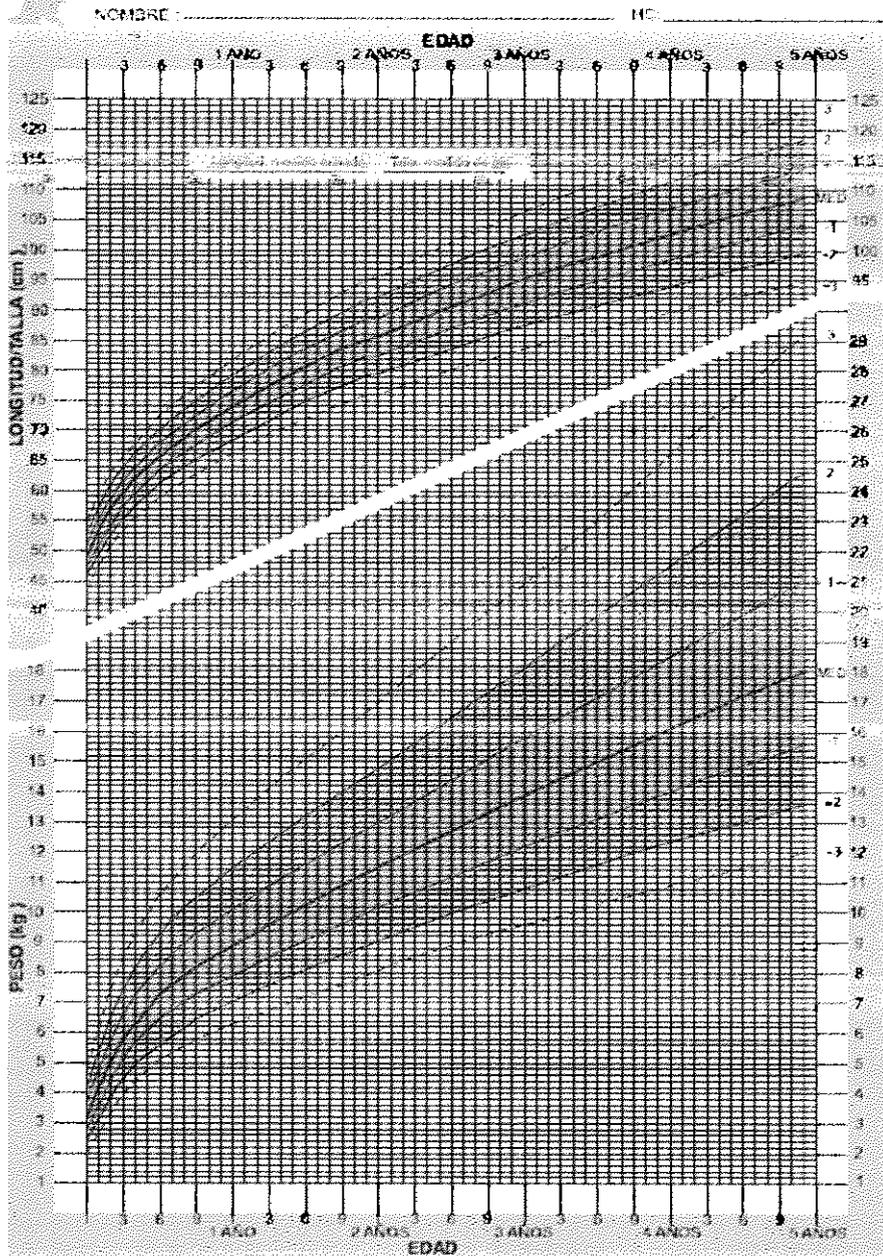
NIÑOS: LONGITUD/EDAD (< 2 años) TALLA/EDAD (2 a < 5 años) PESO/EDAD (< 5 AÑOS)
Mediana y desviación estándar

NOMBRE: _____ EDAD: _____



ANEXO N° 10: Gráficas de crecimiento OMS 2006 para niñas < 5 años

GRABADO LONGITUD/EDAD (<2 años) TALLA/EDAD (2 a < 5 años) PESO/EDAD (<5 AÑOS)
Mediana y desviación estándar



FUENTE: Curvas de crecimiento OMS 2006



ANEXO N° 11: Tabla de referencia OMS 2006 de Perímetro cefálico para la Edad en niñas

NIÑAS

PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD EN NIÑAS							
EDAD			PERCENTILES (PERÍMETRO CEFÁLICO EN CENTÍMETROS)				
SEMANAS	MESES	AÑOS	p3	p15	p50	p85	p97
0			31,7	32,7	33,9	35,1	36,1
1			32,4	33,3	34,6	35,8	36,7
2			33,1	34,0	35,2	36,4	37,4
3			33,7	34,6	35,8	37,0	38,0
4			34,2	35,2	36,4	37,6	38,6
5			34,6	35,6	36,8	38,1	39,1
6			35,0	36,0	37,3	38,5	39,5
7			35,4	36,4	37,7	38,9	39,9
8			35,7	36,8	38,0	39,3	40,3
9			36,1	37,1	38,4	39,6	40,6
10			36,4	37,4	38,7	39,9	41,0
11			36,7	37,7	39,0	40,2	41,3
12			36,9	38,0	39,3	40,5	41,6
13	3		37,2	38,2	39,5	40,8	41,9
	4		38,2	39,3	40,6	41,9	43,0
	5		39,0	40,1	41,5	42,8	43,9
	6		39,7	40,8	42,2	43,5	44,6
	7		40,4	41,5	42,8	44,2	45,3
	8		40,9	42,0	43,4	44,7	45,9
	9		41,3	42,4	43,8	45,2	46,3
	10		41,7	42,8	44,2	45,6	46,8
	11		42,0	43,2	44,6	46,0	47,1
	12	1	42,3	43,5	44,9	46,3	47,5
	13		42,6	43,8	45,2	46,6	47,7
	14		42,9	44,0	45,4	46,8	48,0
	15		43,1	44,2	45,7	47,1	48,2
	16		43,3	44,4	45,9	47,3	48,5
	17		43,5	44,6	46,1	47,5	48,7
	18		43,6	44,8	46,2	47,7	48,8
	19		43,8	45,0	46,4	47,8	49,0
	20		44,0	45,1	46,6	48,0	49,2
	21		44,1	45,3	46,7	48,2	49,4
	22		44,3	45,4	46,9	48,3	49,5
	23		44,4	45,6	47,0	48,5	49,7
	24	2	44,6	45,7	47,2	48,6	49,8
	25		44,7	45,9	47,3	48,8	49,9
	26		44,8	46,0	47,5	48,9	50,1
	27		44,9	46,1	47,6	49,0	50,2
	28		45,1	46,3	47,7	49,2	50,3
	29		45,2	46,4	47,8	49,3	50,5
	30		45,3	46,5	47,9	49,4	50,6
	31		45,4	46,6	48,0	49,5	50,7
	32		45,5	46,7	48,1	49,6	50,8
	33		45,6	46,8	48,2	49,7	50,9
	34		45,7	46,9	48,3	49,8	51,0
	35		45,8	47,0	48,4	49,9	51,1
	36	3	45,9	47,0	48,5	50,0	51,2

Fuente: OMS 2006

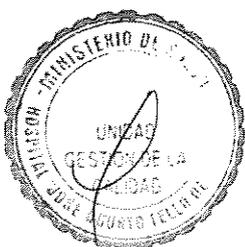


ANEXO N° 12: Tabla de referencia OMS 2006 de Perímetro cefálico para la Edad en niños

NIÑOS

PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD EN NIÑOS							
EDAD			PERCENTILES (PERÍMETRO CEFÁLICO EN CENTÍMETROS)				
SEMANAS	MESES	AÑOS	p3	p15	p50	p85	p97
0			32,1	33,1	34,5	35,8	36,9
1			32,9	33,9	35,2	36,4	37,5
2			33,7	34,7	35,9	37,1	38,1
3			34,3	35,3	36,5	37,7	38,7
4			34,9	35,9	37,1	38,3	39,3
5			35,4	36,4	37,6	38,8	39,8
6			35,9	36,8	38,1	39,3	40,3
7			36,3	37,3	38,5	39,7	40,7
8			36,7	37,7	38,9	40,1	41,1
9			37,0	38,0	39,2	40,5	41,4
10			37,4	38,4	39,6	40,8	41,8
11			37,7	38,7	39,9	41,1	42,1
12			38,0	39,0	40,2	41,4	42,4
13	3		38,3	39,3	40,5	41,7	42,7
	4		39,4	40,4	41,6	42,9	43,9
	5		40,3	41,3	42,6	43,8	44,8
	6		41,0	42,1	43,3	44,6	45,6
	7		41,7	42,7	44,0	45,3	46,3
	8		42,2	43,2	44,5	45,8	46,9
	9		42,6	43,7	45,0	46,3	47,4
	10		43,0	44,1	45,4	46,7	47,8
	11		43,4	44,4	45,8	47,1	48,2
	12	1	43,6	44,7	46,1	47,4	48,5
	13		43,9	45,0	46,3	47,7	48,8
	14		44,1	45,2	46,6	47,9	49,0
	15		44,3	45,5	46,8	48,2	49,3
	16		44,5	45,6	47,0	48,4	49,5
	17		44,7	45,8	47,2	48,6	49,7
	18		44,9	46,0	47,4	48,7	49,9
	19		45,0	46,2	47,5	48,9	50,0
	20		45,2	46,3	47,7	49,1	50,2
	21		45,3	46,4	47,8	49,2	50,4
	22		45,4	46,6	48,0	49,4	50,5
	23		45,6	46,7	48,1	49,5	50,7
	24	2	45,7	46,8	48,3	49,7	50,8
	25		45,8	47,0	48,4	49,8	50,9
	26		45,9	47,1	48,5	49,9	51,1
	27		46,0	47,2	48,6	50,0	51,2
	28		46,1	47,3	48,7	50,2	51,3
	29		46,2	47,4	48,8	50,3	51,4
	30		46,3	47,5	48,9	50,4	51,6
	31		46,4	47,6	49,0	50,5	51,7
	32		46,5	47,7	49,1	50,6	51,8
	33		46,6	47,8	49,2	50,7	51,9
	34		46,6	47,8	49,3	50,8	52,0
	35		46,7	47,9	49,4	50,8	52,0
	36	3	46,8	48,0	49,5	50,9	52,1

Fuente: OMS 2006



ANEXO N° 13: Tabla de Talla para la Edad de Niñas y Niños de 5 a 11 años

NIÑAS

NIÑOS

EDAD	-3DE	-2DE	-1DE	Med	1DE	2DE	3DE	EDAD	-3DE	-2DE	-1DE	Med	1DE	2DE	3DE
5a	95,3	100,1	104,8	109,6	114,4	119,1	123,9	5a	96,5	101,1	105,7	110,3	114,9	119,4	124,0
5a 3m	98,1	101,0	105,8	110,6	115,5	120,3	125,2	5a 3m	97,4	102,0	106,7	111,3	116,0	120,6	125,3
5a 6m	97,4	102,3	107,2	112,2	117,1	122,0	127,0	5a 6m	99,7	103,4	108,2	112,9	117,7	122,1	127,1
5a 9m	98,6	103,6	108,6	113,7	118,7	123,7	128,8	5a 9m	99,9	104,8	109,6	114,5	119,3	124,1	129,0
6a	99,8	104,9	110,0	115,1	120,2	125,4	130,5	6a	101,2	106,1	111,0	116,6	120,9	125,8	130,7
6a 3m	100,9	106,1	111,3	116,6	121,8	127,0	132,2	6a 3m	102,4	107,4	112,4	117,4	122,4	127,5	132,5
6a 6m	102,1	107,4	112,7	118,0	123,3	128,6	133,9	6a 6m	103,6	108,7	113,8	118,9	124,0	129,1	134,2
6a 9m	103,2	108,6	114,0	119,4	124,8	130,2	135,5	6a 9m	104,7	109,9	115,1	120,3	125,5	130,7	135,9
7a	104,4	109,9	115,3	120,8	126,3	131,7	137,2	7a	105,9	111,2	116,4	121,7	127,0	132,3	137,6
7a 3m	105,6	111,1	116,7	122,2	127,8	133,3	138,9	7a 3m	107,0	112,4	117,8	123,1	128,5	133,9	139,3
7a 6m	106,8	112,4	118,0	123,7	129,3	134,9	140,6	7a 6m	108,1	113,6	119,1	124,5	130,0	135,5	140,9
7a 9m	108,0	113,7	119,4	125,1	130,8	136,5	142,3	7a 9m	109,2	114,8	120,4	125,9	131,5	137,0	142,6
8a	109,2	115,0	120,8	126,6	132,4	138,2	143,9	8a	110,3	116,0	121,6	127,3	132,9	138,6	144,2
8a 3m	110,4	116,3	122,1	128,0	133,9	139,8	145,7	8a 3m	111,4	117,1	122,9	128,6	134,3	140,1	145,8
8a 6m	111,6	117,6	123,5	129,5	135,5	141,4	147,4	8a 6m	112,4	118,3	124,1	129,9	135,8	141,6	147,4
8a 9m	112,9	118,9	125,0	131,0	137,0	143,1	149,1	8a 9m	113,5	119,4	125,3	131,3	137,2	143,1	149,0
9a	114,2	120,3	126,4	132,5	138,6	144,7	150,8	9a	114,5	120,5	126,6	132,6	138,6	144,6	150,6
9a 3m	115,5	121,6	127,8	134,0	140,2	146,4	152,6	9a 3m	115,6	121,7	127,8	133,9	140,0	146,1	152,2
9a 6m	116,8	123,0	129,3	135,5	141,8	148,1	154,3	9a 6m	116,6	122,8	129,0	135,2	141,4	147,6	153,8
9a 9m	118,1	124,4	130,8	137,1	143,4	149,7	156,1	9a 9m	117,6	123,9	130,2	136,5	142,8	149,1	155,3
10a	119,4	125,8	132,2	138,6	145,0	151,4	157,8	10a	118,7	125,0	131,4	137,8	144,2	150,5	156,9
10a 3m	120,8	127,3	133,7	140,2	146,7	153,1	159,6	10a 3m	119,7	126,2	132,6	139,1	145,5	152,0	158,5
10a 6m	122,2	128,7	135,3	141,8	148,3	154,8	161,4	10a 6m	120,7	127,3	133,8	140,4	146,9	153,5	160,1
10a 9m	123,6	130,2	136,8	143,4	150,0	156,6	163,1	10a 9m	121,8	128,5	135,1	141,7	148,4	155,0	161,7
11a	125,1	131,7	138,3	145,0	151,6	158,3	164,9	11a	122,9	129,7	136,4	143,1	149,8	156,6	163,3
11a 3m	126,5	133,2	139,9	146,6	153,3	160,0	166,7	11a 3m	124,1	130,9	137,7	144,5	151,3	158,2	165,0
11a 6m	127,9	134,7	141,4	148,2	154,9	161,7	168,4	11a 6m	125,3	132,2	139,1	146,0	152,9	159,8	166,7
11a 9m	129,3	136,1	142,9	149,7	156,5	163,3	170,1	11a 9m	126,5	133,5	140,5	147,5	154,5	161,5	168,5

Fuente: World Health Organization 2007. Growth reference data for 5-19 years.



ANEXO N°14: Índice de Masa Corporal para la Edad de Niñas y Niños de 5 a 11 años.

NIÑAS

NIÑOS

EDAD	-3DE	-2DE	-1DE	Med	1DE	2DE	3DE
5a	11,8	12,7	13,9	15,2	16,9	18,9	24,3
5a 3m	11,8	12,7	13,9	12,5	16,9	18,9	21,5
5a 6m	11,7	12,7	13,9	15,2	16,9	19,0	21,7
5a 9m	11,7	12,7	13,9	15,3	17,0	19,1	21,9
6a	11,7	12,7	13,9	15,3	17,0	19,2	22,1
6a 3m	11,7	12,7	13,9	15,3	17,1	19,3	22,4
6a 6m	11,7	12,7	13,9	15,3	17,1	19,5	22,7
6a 9m	11,7	12,7	13,9	15,4	17,2	19,6	23,0
7a	11,8	12,7	13,9	15,4	17,3	19,8	23,3
7a 3m	11,8	12,8	14,0	15,5	17,4	20,0	23,6
7a 6m	11,8	12,8	14,0	15,5	17,5	20,1	24,0
7a 9m	11,8	12,8	14,1	15,6	17,6	20,3	24,4
8a	11,9	12,9	14,1	15,7	17,7	20,6	24,8
8a 3m	11,9	12,9	14,2	15,8	17,9	20,8	25,2
8a 6m	12,0	13,0	14,3	15,9	18,0	21,0	25,6
8a 9m	12,0	13,1	14,3	16,0	18,2	21,3	26,1
9a	12,1	13,1	14,4	16,1	18,3	21,5	26,5
9a 3m	12,2	13,2	14,5	16,2	18,5	21,8	27,0
9a 6m	12,2	13,3	14,6	16,3	18,7	22,0	27,5
9a 9m	12,3	13,4	14,7	16,5	18,8	22,3	27,9
10a	12,4	13,5	14,8	16,6	19,0	22,6	28,4
10a 3m	12,5	13,6	15,0	16,8	19,2	22,8	28,8
10a 6m	12,5	13,7	15,1	16,9	19,4	23,1	29,3
10a 9m	12,6	13,8	15,2	17,1	19,6	23,4	29,7
11a	12,7	13,9	15,3	17,2	19,9	23,7	30,2
11a 3m	12,8	14,0	15,5	17,4	20,1	24,0	30,6
11a 6m	12,9	14,1	15,6	17,6	20,3	24,3	31,1
11a 9m	13,0	14,3	15,8	17,8	20,6	24,7	31,5

EDAD	-3DE	-2DE	-1DE	Med	1DE	2DE	3DE
5a	12,1	13,0	14,1	15,3	16,6	18,3	20,2
5a 3m	12,1	13,0	14,1	15,3	16,7	18,3	20,2
5a 6m	12,1	13,0	14,1	15,3	16,7	18,4	20,4
5a 9m	12,1	13,0	14,1	15,3	16,7	18,4	20,5
6a	12,1	13,0	14,1	15,3	16,8	18,5	20,7
6a 3m	12,2	13,1	14,1	15,3	16,8	18,6	20,9
6a 6m	12,2	13,1	14,1	15,4	16,9	18,7	21,1
6a 9m	12,2	13,1	14,2	15,4	17,0	18,9	21,3
7a	12,3	13,1	14,2	15,5	17,0	19,0	21,6
7a 3m	12,3	13,2	14,3	15,5	17,1	19,2	21,9
7a 6m	12,3	13,2	14,3	15,6	17,2	19,3	22,1
7a 9m	12,4	13,3	14,3	15,7	17,3	19,5	22,5
8a	12,4	13,3	14,4	15,7	17,4	19,7	22,8
8a 3m	12,4	13,3	14,4	15,8	17,5	19,9	23,1
8a 6m	12,5	13,4	14,5	15,9	17,7	20,1	23,5
8a 9m	12,5	13,4	14,6	16,0	17,8	20,3	23,9
9a	12,6	13,5	14,6	16,0	17,9	20,5	24,3
9a 3m	12,6	13,5	14,7	16,1	18,0	20,7	24,7
9a 6m	12,7	13,6	14,8	16,2	18,2	20,9	25,1
9a 9m	12,7	13,7	14,8	16,3	18,3	21,2	25,5
10a	12,8	13,7	14,9	16,4	18,5	21,4	26,1
10a 3m	12,8	13,8	15,0	16,6	18,6	21,7	26,7
10a 6m	12,9	13,9	15,1	16,7	18,8	21,9	27,0
10a 9m	13,0	14,0	15,2	16,8	19,0	22,2	27,5
11a	13,1	14,1	15,3	16,9	19,2	22,5	28,0
11a 3m	13,1	14,1	15,4	17,1	19,3	22,7	28,5
11a 6m	13,2	14,2	15,5	17,2	19,5	23,0	29,0
11a 9m	13,3	14,3	15,7	17,4	19,7	23,3	29,5

Fuente: World Health Organization 2007. Growth reference data for 5-18 years



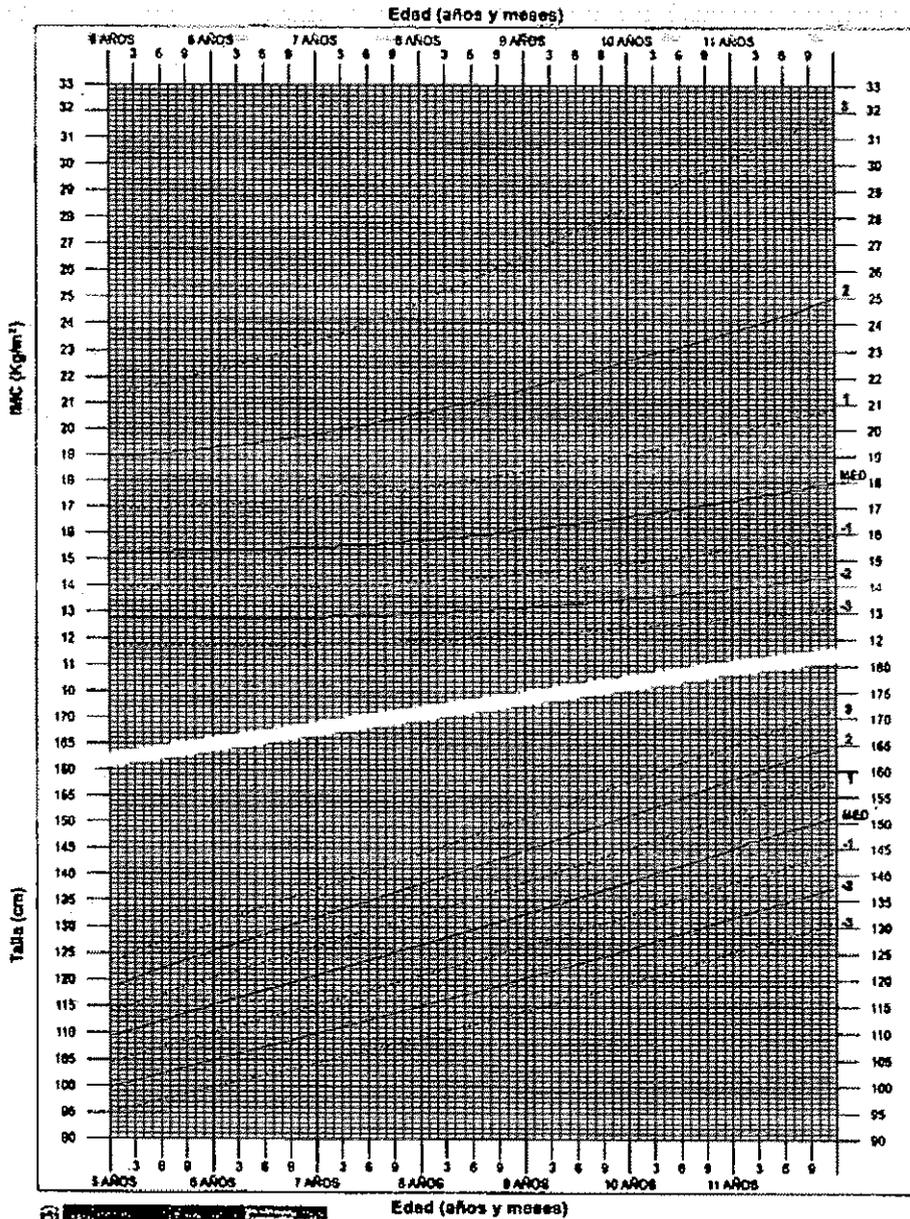
ANEXO N°15: GRÁFICA DE CRECIMIENTO CORPORAL OMS 2007: IMC PARA LA EDAD Y TALLA PARA LA EDAD EN NIÑAS DE 5 A 11 AÑOS.

GRÁFICA DEL CRECIMIENTO CORPORAL OMS 2007

MUJERES (5 a < 12 años) ÍNDICE DE MASA CORPORAL / EDAD Y TALLA / EDAD
Mediana y desviación estándar



NOMBRE: _____ HC: _____



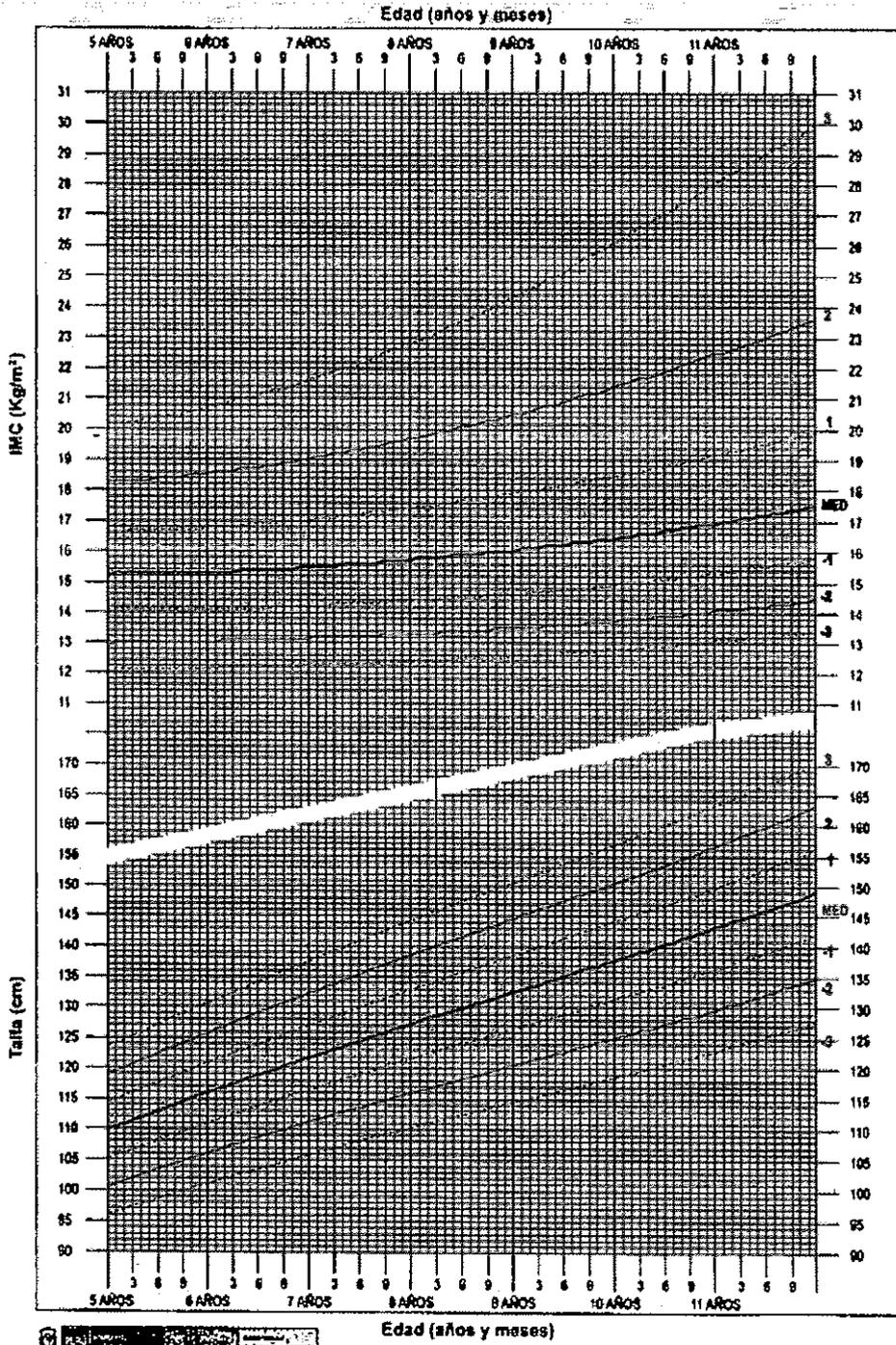
ANEXO N° 16: GRÁFICA DE CRECIMIENTO CORPORAL OMS 2007: IMC PARA LA EDAD Y TALLA PARA LA EDAD EN NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS

GRÁFICA DEL CRECIMIENTO CORPORAL OMS 2007

VARONES (5 a < 12 años) ÍNDICE DE MASA CORPORAL / EDAD Y TALLA / EDAD
Mediana y desviación estándar



NOMBRE: _____ HC: _____



ANEXO N° 17 : Tabla de Perímetro Abdominal. Según Sexo y Edad.

Clasificación de riesgo de enfermar según sexo, edad y perímetro abdominal

Edad (años)	Riesgo de enfermar según perímetro abdominal (cm)					
	Niñas de 5 a 11 años			Niños de 5 a 11 años		
	Bajo (< P75)	Alto (≥ P75)	Muy alto (≥ P90)	Bajo (< P75)	Alto (≥ P75)	Muy alto (≥ P90)
5	59,0	59,1	64,4	58,3	58,4	63,4
6	62,0	62,1	68,4	61,3	61,4	67,4
7	65,0	65,1	72,4	64,3	64,4	71,4
8	68,0	68,1	76,4	67,3	67,4	75,4
9	71,1	71,1	80,4	70,2	70,3	79,3
10	73,9	74,0	84,5	73,2	73,3	83,3
11	76,9	77,0	88,5	76,2	76,3	87,3

Fuente: Adaptado de Fernández J, Bohan M, López-Alarcón M, Dawson J, Guo F, Redden D, Allison D. 2017. Changes in pediatric waist circumference percentiles despite reported pediatric weight stabilization in the United States. *Pediatr Obes.* 2017 Oct; 12(5):347-355.



ANEXO N°18: Formato de solicitud de productos de farmacia



FORMATO DE SOLICITUD DE PRODUCTOS A FARMACIA



Establecimiento de Salud: _____

I. DATOS DEL PACIENTE O USUARIO

Nombres y Apellidos _____

Código del Asegurado (de corresponder) _____

DNI _____ Edad _____

Historia Clínica _____
 Diagnóstico (CIE-10) _____ NA

II. TIPO DE USUARIO

Demanda _____ SIS _____ Intenciones Sanitarias _____ Otro (especif) _____

III. TIPO DE ATENCIÓN (CONTROL)

Inmunizaciones _____ Niño Sano _____ Planificación Familiar _____ Otro (especif) _____

Nutrición y Dietética

IV. PRODUCTO(S) SOLICITADO(S)

N°	Nombre del producto*	Presentación	Unidad de Medida	Cantidad
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Sello / Firma / Céd. Profesional _____

Fecha de Atención _____

Recibido _____

FELE



ANEXO N°20: Plan de Alimentación para Menor de 1 año hasta los 23 meses.

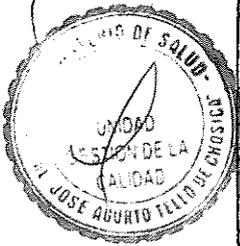


CONSEJERIA NUTRICIONAL										
APELLIDOS		NOMBRES	EDAD		EVALUACION del ESTADO NUTRICIONAL					
PATERNO	MATERNO		A	M	PESO	LONGITUD/ TALLA	IP	CLINICO/ NUTRICIONAL	HA	
LECHE MATERNA										
IMPORTANCIA	Protectora				Previene					
	Beneficio Psicológico	Vínculo Emocional								
		Desarrollo								
	Diferencias	Leche				Materna				
						Vaca				
						Maternizado				
CANTIDAD										
FRECUENCIA										
ALIMENTACION COMPLEMENTARIA										
CONSISTENCIA										
CANTIDAD (Almuerzo) Cucharas Grandes (Cena) Cucharas Grandes										
CALIDAD Alimentos Origen Animal Almuerzo Cucharas Grandes Cena Cucharas Grandes										
FRECUENCIA										
Régimen Alimentario Principal (ALMUERZO)										
GRUPOS de ALIMENTOS	ALIMENTOS				DOSIFICACION		FRECUENCIA			
ALIMENTOS de ORIGEN ANIMAL	Pollo	Crudo		14	Gramos		ALMUERZO / CENA			
		Cocido		12	Gramos					
GEREALES	Arroz	Crudo		3	Gramos		ALMUERZO / CENA			
		Cocido		8	Gramos					
VEGETALES	Color	Amarillo				Cucharas Lianas				
		Anaranjado				Cucharas Grandes		ALMUERZO / CENA		
		Verde Oscuro								
LACTEOS	Leche Entera	Líquida		25	Taza		ALMUERZO / CENA			
		Polvo		11	Gramos					
GRASAS	Aceite	Vegetal		4	Gramos		ALMUERZO / CENA			
				1	Cucharita					
AZUCARES	Azúcar/Glucosa			3	Gramos		ALMUERZO / CENA			
				23	Cucharita a Ras					
LIQUIDO	Agua	Hervida		200	ml		ALMUERZO / CENA			
REFRIGERIO										
MAÑANA										
TARDE										
ADMINISTRACION										
MICRONUTRIENTES	Ingrediente		Dosis		Vía Administración		Frecuencia		Tiempo de Duración	
ZINC										
VITAMINA A										
Higiene y Manipulación de Alimentos										
Lavado										



ANEXO N°22: Plan de alimentación de Consejería Nutricional Escolar

CONSEJERÍA NUTRICIONAL en el BANCO de la ATENCIÓN INTEGRAL de SALUD de la NESA y RMO										
MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	CARGOS Y FUNCIONES DEL ESTADO NUTRICIONAL				
NOMBRE	DIRECCIÓN					ANTROPOMÉTRICO		ANÁLISIS DE ALIMENTOS	ANÁLISIS DE ESTADOS NUTRICIONALES	ALIMENTACIÓN
		A		B		C		D		
ALIMENTACIÓN del ESCOLAR										Observaciones
CONTENIDO										
CANTIDAD	(Almuerzo)				Cuchara Grande		(Cena)			Cuchara Grande
CALIDAD (A/B)	(Almuerzo)				Cuchara Grande		(Cena)			Cuchara Grande
FRECUENCIA										
Plan de Alimentación (Puntual)										
GRUPO de ALIMENTOS	ALIMENTOS				DOSEIFICACION		FRECUENCIA			
Cereales y derivados	Ejemplo de Pato Rizo Sangreca				Cuchara		ALMUERZO			
	Pato, Harina Molida y Harina Pata				Grandes		CENA			
Verduras	Arroz Omeña Servida Mielera				Cuchara		ALMUERZO			
	Fideos, Maíz y Frijol				Grandes		CENA			
	Arroz, Arroz Partido Grueso									
	Papas, Frijol				Cuchara		ALMUERZO			
	Papa, Carne				Grandes		CENA			
	Guiso, Yuca									
Verduras	Coles	Arroz	Zapallo Macra							
		Arroz	Zapallo			Cuchara Grande				
			Espinaca Brocoli, Cargua							
			Rebanado Tomate							
Grasas	Aceite Vegetal, Manteca				Cuchara Grande		ALMUERZO-CENA			
DESAYUNO										
GRUPO de ALIMENTOS	ALIMENTOS				DOSEIFICACION		FRECUENCIA			
LACTEOS y DERIVADOS	Leche		Poco Entera Espesada Entera o Espesada descremada 7 veces 25 ml		Cuchara Lucha o 1 vaso 1 litro					
	Yogurt		Leche Entera Fusedo Descremado		1 Vaso o 1 litro					
	Queso		Fresco de Vaca Mantecado		1 tapa mediana					
Pan	Pan Integral				1 pan					
	Pan Francés				1 pan					
Aditivo					Cuchara Grande					
ADICIVOS y DERIVADOS	Azúcar, Miel, Algodón				Cuchara					
DESAYUNO										
Mañana	Mantana, Miel, Mango, Miel				Unidad Mediana					
Tarde	Papaya, Platano (de Seda Marcano), Uva, Seda				Tijera Mediana					
SUPLEMENTACION NUTRICIONAL PREVENTIVA y/o TERAPÉUTICA										
Microelementos	Nombre	Dosis		Vías de Administración		Frecuencia	Tiempo Consumo			
Microelementos										
Acido Fólico										
Control y Seguimiento Nutricional										



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carbajal A. Sierra J. López-Lora L. Ruperto M. Proceso de Atención Nutricional: Elementos para su implementación y uso por los profesionales de la Nutrición y la Dietética. Rev. Esp. Nutr. Hum Diet. 2020; 24(2): 172 – 186.
2. Perú. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud: Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y púerperas. Resolución Ministerial N° 251 – 2024/ MINSa. (2024 Abril 8).
3. Perú. Ministerio de Salud. Guía Técnica Para La Valoración Nutricional Antropométrica De La Niña Y El Niño De 0 A 11 Años. Resolución Ministerial N° 034 - 2024 / MINSa. (2024 Enero 16).
4. Perú.MINSa. Manual de Requerimientos Nutricionales de las y los usuarios/as hospitalizados /as en el marco de la atención nutricional hospitalaria del Hospital José Agurto Tello de Chosica. Resolución Directoral N° 0276 – 2019 – DE /HJATCH (2019 Noviembre 08).
5. Perú. Ministerio de Salud. Perfil de competencias esenciales que orientan la formación de los profesionales de la salud. Segunda fase: Químico (a) Farmacéutico (a), Psicólogo (a), Nutricionista y Cirujano (a) Dentista peruano(a). Resolución Ministerial N° 316-2022/MINSa (27 de Abril 2022).



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN NUTRICIONAL AMBULATORIA DEL JOVEN (18-29 AÑOS) Y ADULTO (30-59 AÑOS) DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

Estandarizar y unificar los criterios técnicos del profesional de salud nutricionista para la atención nutricional ambulatoria del joven y adulto, para garantizar una atención de calidad a los usuarios(as) que acuden al Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVO

- Contribuir a mejorar el estado nutricional y de salud de los jóvenes y adultos que acuden a la Unidad de Atención Integral (Consulta nutricional ambulatoria) del Hospital José Agurto Tello de Chosica, mediante intervenciones preventivas promocionales de alimentación y nutrición en el marco del cuidado integral de salud.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Departamento de Apoyo al Tratamiento – Servicio de Nutrición y Dietética – Unidad Funcional de Nutrición Integral (Atención nutricional ambulatoria).

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico:

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento:

NOMBRE DE PROCEDIMIENTO MÉDICO	CPMS	Tiempo
Atención preventiva de enfermedades prevalentes para el joven	99385.01	47 min
Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el joven (18 – 29 años)	99385	45 min
Reevaluación periódica de medicina preventiva y manejo para el joven (18-29 años)	99395	25 min
Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el adulto (30 – 59 años)	99386	45 min
Atención preventiva de enfermedades prevalentes para el adulto	99386.01	45 min
Reevaluación periódica de medicina preventiva y manejo para el adulto (30-59 años)	99396	25 min



V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **Consulta nutricional:** Es el proceso de atención en nutrición que incluye la evaluación, diagnóstico, elaboración de indicaciones nutricionales para personas sanas o enfermas, desarrollada por el/el profesional nutricionista colegiado/a ¹.
- **Monitorización y seguimiento nutricional:** Se valora la evolución del paciente y el cumplimiento de la intervención nutricional (oral, enteral o parenteral). La repercusión en el estado nutricional se reevalúa y compara con la información recogida en la valoración inicial mediante indicadores que reflejen cambios (ej. modificación de hábitos alimentarios, cambios en el peso o en la composición corporal, bioquímicos, etc.) ².

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Adulta/Adulto:** Es la persona cuya edad está comprendida entre los 30 y 59 años 11 meses y 29 días ³.
- **Persona Joven:** Es la persona cuya edad está comprendida entre los 18 y 29 años 11 meses y 29 días ³.
- **Comorbilidad:** Es la coexistencia de dos o más enfermedades asociadas con el estado nutricional de la persona adulta ⁴.
- **Estado nutricional:** es la situación de salud de la persona adulta como resultado de su nutrición, su régimen alimentario y su estilo de vida ⁴.
- **Estilos de vida saludable:** Es la forma de vivir de la persona adulta, cuyo conjunto de patrones de conducta o hábitos promueven y protegen su salud, familia y comunidad ⁴.
- **Riesgo nutricional:** es la posibilidad de padecer enfermedad o complicaciones médicas por presentar malnutrición o tener inadecuados hábitos o comportamientos alimentarios ⁴.
- **Dieta:** Es el modelo alimenticio que ingiere diariamente la persona, de acuerdo con variables como edad, sexo, actividad física y estado fisiológico ³.
- **Plan de Alimentación:** Es aquella alimentación equilibrada que requiere cada persona, considerando los nutrientes necesarios para cubrir sus necesidades según factores culturales, factores sociales, edad, sexo, peso, estatura, actividad física y estado de salud ³.
- **Valoración nutricional:** Es el conjunto de procedimientos que realiza el/la profesional de la salud nutricionista, en el marco del cuidado integral de salud, para determinar el estado nutricional de la persona, valorar los requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar con relación a su estado nutricional (incluye la valoración nutricional antropométrica, la evaluación de la bioquímica nutricional, la evaluación de signos clínicos de deficiencias y/o excesos nutricionales, la evaluación de la



ingesta alimentaria, la evaluación de la actividad física y la evaluación de la interacción entre nutrientes y fármacos)¹.

- **Diagnóstico nutricional:** Incluye la integración, análisis y síntesis de la información relevante obtenida en la evaluación del estado nutricional, con el fin de identificar y delimitar problemas, priorizarlos y enfocarse en los primarios asociados a enfermedades y condiciones de riesgo ⁵.
- **Prescripción nutricional:** Es la indicación específica dada por el/la nutricionista en los establecimientos de salud, de un tipo de dieta adecuada a las necesidades individuales de la persona. Tiene en cuenta las condiciones de salud, el peso, la estatura, el sexo, la edad, el nivel de actividad, la conducta y las preferencias alimentarias, con el fin de asegurar que la dieta proporcione un consumo adecuado de todos los nutrientes esenciales conocidos ⁶.
- **Consejería nutricional:** En el marco de la atención integral de salud (materna, niño/a, adolescente, joven, adulto, adulto mayor) es una función inherente y privativa al profesional de la salud nutricionista ⁵.
- **Alimentación saludable:** Es aquella alimentación variada con alimentos preferentemente en estado natural o con procesamiento mínimo, que aporta energía y todos los nutrientes esenciales que cada persona necesita para mantenerse saludable, permitiéndole tener una mejor calidad de vida en todas las edades. Una alimentación saludable también debe ser inocua ⁷.



5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Nutricionista Asistencial
- 01 Técnico de Nutrición (Antropometrista Estandarizado)
- 01 Auxiliar asistencial (Auxiliar Antropometrista)

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M.	CANT
Escritorio de oficina	Unid	1
Silla fija tapizada	Unid	2
Computadora	Unid	1
Mesa (Soporte de Equipos Antropométricos)	Unid	2
Armario Metálico 2 muebles	Unid	2

Organizador de Archivos de Mesa	Unid	1
Balanza de pies para adulto y adultos mayores	Unid	1
Tallímetro Estandarizado	Unid	1
Antropómetro	Unid	1
Plicómetro Estandarizado	Unid	1
Biopedanciómetro multifrecuencia como mínimo 5kHz, 50 kHz, 100kHz, 200 kHz	Unid	1
Cinta métrica Metálica Estandarizada inextensible.	Unid	1
Banco antropométrico	Unid	1
Calculadora Científica	Unid	1

-Material médico no fungible

DESCRIPCIÓN	U.M.	CANT
Alcohol gel 70 ^o 1L	ml	05
Alcohol líquido 70 ^o 1L	ml	05
Jabón tocador líquido 1L	ml	05

- Material Médico fungible. (mensual)

DESCRIPCIÓN	U.M.	CANT
Guantes estériles descartables	Unidad	02
Mascarillas descartables quirúrgica 3 pliegues	Unidad	02
Papel toalla 75 hojas por rollo	Unidad	02

5.3.3 FORMATOS

- Historia Clínica Digital Y/o Física
- Tabla de valoración nutricional antropométrica según índice de masa corporal para personas jóvenes y adultos.
- Clasificación de riesgo de enfermar según sexo y perímetro abdominal
- Porcentaje De Grasa Corporal Según Sexo Y Edad
- Folleto del Método del plato saludable.
- Folleto de porciones según grupo de alimentos.
- Folleto de Lectura de etiqueta nutricional.
- Orden de Análisis de Laboratorio
- Formato de solicitud de productos a farmacia



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.2 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

Se aplica para la Atención y reevaluación nutricional inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el joven (18 – 29 años) y adulto (30 – 59 años).

ANTES DEL PROCEDIMIENTO 3.5 min

- El usuario joven, adulto y cuidador o tutor de algún usuario(a) con capacidades diferentes entre este rango de edad; solicita cita en el área de admisión para la atención nutricional ambulatoria (Interconsulta, referencia, pagante). **1min**
- El personal de Admisión indica a los pacientes con SIS recoger su ficha Única de atención (FUA). Y en el caso de los pacientes pagantes deben dirigirse a caja para pagar el derecho de la atención nutricional ambulatoria. Luego de obtener la cita acude al consultorio de nutrición. **1 min**
- El técnico de nutrición recibe el ticket de derecho de la atención para la consulta nutricional, ubica la FUA hace colocar los nombres, apellidos, DNI y firmar en ambas caras y entrega al nutricionista para la atención de los usuarios **(1.5 min)**.



DURANTE EL DEL PROCEDIMIENTO (40 min)

- El nutricionista como parte de la Atención Integral de Salud del Joven y Adulto, realiza la valoración nutricional de la siguiente forma:
 - ✓ Primero realiza la Exploración Física evaluando los Signos Clínicos de Deficiencias y/o Excesos Nutricionales. **(4 min)**
 - ✓ Segundo ejecuta la anamnesis alimentaria. **(5 min)**
 - ✓ Tercero realiza la evaluación antropométrica y composición corporal recibe el apoyo del técnico de nutrición y Auxiliar de nutrición para la toma de medidas antropométricas: **(5 min)**.
 - ✓ Cuarto analiza e interpreta resultados de los Exámenes de la Valoración Bioquímica Nutricional, solicitados para la consulta de control y seguimiento nutricional. **(2 min)**
 - ✓ Quinto determina el factor: Enfermedad (si fuera el caso), Actividad física y en este caso para el crecimiento y depósito de tejidos **(1 min)**
 - ✓ Sexto realiza el análisis de la Interacción Fármaco Nutriente. **(1 min)**
- El nutricionista determina el diagnóstico nutricional (PES) y calcula los requerimientos nutricionales de acuerdo a individualidad, patología (si



fuera el caso), diagnóstico nutricional y necesidades nutricionales, de acuerdo a lo encontrado en la consulta nutricional. **(2 min)**.

- El nutricionista plantea los objetivos y metas alcanzar en la intervención nutricional, de acuerdo a lo encontrado en la valoración nutricional del usuario. **(2 min)**
- El nutricionista realiza la prescripción nutricional y/o terapia de Nutrición Médica, en base al diagnóstico del estado nutricional, patología y necesidades nutricionales. **(2 min)**
- El nutricionista realiza la consejería nutricional **(15 min)**
- El nutricionista entrega al usuario (a) joven, adulto, adulto mayor, tutor y/o cuidador el folleto de las indicaciones nutricionales de acuerdo al estado nutricional y patología. Y la cita para su próximo control y seguimiento nutricional para su reevaluación dependiendo de la patología **(1 min)**.
- En pacientes con enfermedades prevalentes se le realiza seguimiento nutricional mensual y exámenes de laboratorio trimestral

DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO (3.5 min)

- El nutricionista registra en la historia clínica Física y virtual la valoración nutricional del usuario(a) joven, adulto, adulto mayor, tutor y/o cuidador, la prescripción nutricional y/o terapia de nutrición médica, consejería nutricional y los procedimientos ejecutados **(2 min)**.
- El nutricionista procede a registrar en la hoja de la Ficha Única de Atención. (FUA) los procedimientos médicos sanitarios ejecutados en la consulta nutricional. **(1 min)**.
- El nutricionista entrega los formatos de la Ficha Única de Atención. (FUA) al auxiliar de nutrición para que lo entregue en el área del SIS. **(0.5 min)**

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

-Usuario joven (18-29 años) y adulto (30-59 años) sano y/o con algún factor de riesgo que acude a la consulta nutricional ambulatoria.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

-Pacientes no afiliados al SIS

6.3 CONTRAINDICACIONES: No aplica

6.4 COMPLICACIONES: No aplica



6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todo profesional nutricionista que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

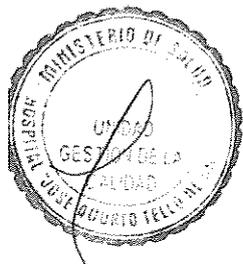
VII. RECOMENDACIONES

- Mejorar el ambiente actual del consultorio de nutrición o trasladarlo a otro lugar, en donde cumpla con las especificaciones técnicas establecidas por el MINSA.
- Adquirir equipos biomédicos estandarizados para realizar la consulta nutricional ambulatoria adecuadamente, en beneficio del paciente.
- Solicitar mediante requerimiento materiales educativos y para los formatos de planes de alimentación brindados en la atención nutricional.
- Capacitación continua del nutricionista de consejería nutricional y en cine antropometría.
- Contar con técnico de nutrición o auxiliar de nutrición como apoyo para la evaluación nutricional.
- Promocionar el consultorio de nutrición.



VIII. ANEXOS.

- **ANEXO N° 1.** Historia Clínica Digital
- **ANEXO N°2.** Tabla de valoración nutricional antropométrica según índice de masa corporal para personas jóvenes y adultos
- **ANEXO N3.** Clasificación de riesgo de enfermar según sexo y perímetro abdominal
- **ANEXO N°4.** Porcentaje De Grasa Corporal Según Sexo Y Edad
- **ANEXO N°5:** Folleto de método de plato saludable
- **ANEXO N°6:** Folleto de porciones según grupo de alimentos
- **ANEXO N°7:** Folleto de lectura de etiqueta nutricional
- **ANEXO N°8:** Orden de Análisis de Laboratorio
- **ANEXO N°9:** Formato de solicitud de productos a farmacia



ANEXO N°1. Historia Clínica Digital

Funciones Vitales

TEMP:		PUL:		FE:		PA:	
FRIO:		TRABAJO:		PO:			

Alcance de Postura de Muecas (Muecas de Muecas)

Fecha de ingreso:		HORA ENTRADA:	
Nombre:		TIPO DE ENTRENAMIENTO:	
Antecedentes:			
Medidas de aislamiento:			
Apellidos:		Sexo:	
Estado de ánimo:		Dr/Dr(a):	
Numero de cédula:			

Diagnóstico:

Tipos de diagnóstico:

PLAN TERAPEUTICO:

PROBLEMA CLINICO:

OPORTUNIDAD:

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

MINISTERIO DE SALUD - JOSE AGUIRRE TELLO DE CROISSANT

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

MINISTERIO DE SALUD - JOSE AGUIRRE TELLO DE CROISSANT

DIRECCION EJECUTIVA

MINISTERIO DE SALUD - JOSE AGUIRRE TELLO DE CROISSANT

DEPARTAMENTO DE ATENCION AL PACIENTE

MINISTERIO DE SALUD - JOSE AGUIRRE TELLO DE CROISSANT

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

MINISTERIO DE SALUD - JOSE AGUIRRE TELLO DE CROISSANT

ANEXO N° 2. Tabla de valoración nutricional antropométrica según índice de masa corporal para personas jóvenes y adultos

IMC Talla (m)	CLASIFICACION								
	Delgado			Normal		Sobrepeso		Obesidad	
	III <16	II ≥16	I ≥17	≥16,5	≥25	I ≥30	II ≥35	III ≥40	
	Pesos (kg)**								
1,35		29,1	30,9	33,7	46,5	54,6	63,7	72,9	
1,36		29,5	31,4	34,2	46,2	55,4	64,7	73,9	
1,37		30,0	31,9	34,7	46,9	56,3	65,6	75,0	
1,38		30,4	32,3	35,2	47,6	57,1	66,6	76,1	
1,39		30,9	32,8	35,7	48,3	57,9	67,6	77,2	
1,40		31,3	33,3	36,2	49,0	58,8	68,6	78,4	
1,41		31,8	33,7	36,7	49,7	59,6	69,5	79,5	
1,42		32,2	34,2	37,2	50,4	60,4	70,5	80,6	
1,43		32,7	34,7	37,8	51,1	61,3	71,5	81,7	
1,44		33,1	35,2	38,3	51,8	62,2	72,5	82,9	
1,45		33,6	35,7	38,8	52,5	63,0	73,5	84,1	
1,46		34,1	36,2	39,4	53,2	63,9	74,6	85,2	
1,47		34,5	36,7	39,9	54,0	64,8	75,6	86,4	
1,48		35,0	37,2	40,5	54,7	65,7	76,6	87,6	
1,49		35,5	37,7	41,0	55,5	66,6	77,7	88,8	
1,50		36,0	38,2	41,6	56,2	67,5	78,7	90,0	
1,51		36,4	38,7	42,1	57,0	68,4	79,8	91,2	
1,52		36,9	39,2	42,7	57,7	69,3	80,8	92,4	
1,53		37,4	39,7	43,3	58,5	70,2	81,9	93,6	
1,54		37,9	40,3	43,8	59,2	71,1	83,0	94,8	
1,55		38,4	40,8	44,4	60,0	72,0	84,0	96,1	
1,56		38,9	41,3	45,0	60,8	73,0	85,1	97,3	
1,57		39,4	41,9	45,6	61,6	73,9	86,2	98,5	
1,58		39,9	42,4	46,1	62,4	74,9	87,3	99,8	
1,59		40,4	42,9	46,7	63,2	75,8	88,4	101,1	
1,60		40,9	43,5	47,3	64,0	76,8	89,6	102,4	
1,61		41,4	44,0	47,9	64,8	77,7	90,7	103,6	
1,62		41,9	44,6	48,5	65,6	78,7	91,8	104,9	
1,63		42,5	45,1	49,1	66,4	79,7	92,9	106,2	
1,64		43,0	45,7	49,7	67,2	80,6	94,1	107,5	
1,65		43,5	46,2	50,3	68,0	81,6	95,2	108,8	
1,66		44,0	46,8	50,9	68,8	82,6	96,4	110,2	
1,67		44,6	47,4	51,5	69,7	83,6	97,6	111,5	
1,68		45,1	47,9	52,2	70,5	84,6	98,7	112,8	
1,69		45,6	48,5	52,8	71,4	85,6	99,9	114,2	
1,70		46,2	49,1	53,4	72,2	86,7	101,1	115,6	
1,71		46,7	49,7	54,0	73,1	87,7	102,3	116,9	
1,72		47,3	50,2	54,7	73,9	88,7	103,5	118,3	
1,73		47,8	50,8	55,3	74,8	89,7	104,7	119,7	
1,74		48,4	51,4	56,0	75,6	90,8	105,9	121,1	
1,75		49,0	52,0	56,6	76,5	91,8	107,1	122,5	
1,76		49,5	52,6	57,3	77,4	92,9	108,4	123,9	
1,77		50,1	53,2	57,9	78,3	93,9	109,6	125,3	
1,78		50,6	53,8	58,6	79,2	95,0	110,8	126,7	
1,79		51,2	54,4	59,2	80,1	96,1	112,1	128,1	
1,80		51,8	55,0	59,9	81,0	97,2	113,4	129,6	
1,81		52,4	55,6	60,6	81,9	98,2	114,6	131,0	
1,82		52,9	56,3	61,2	82,8	99,3	115,9	132,4	
1,83		53,5	56,9	61,9	83,7	100,4	117,2	133,9	
1,84		54,1	57,5	62,6	84,6	101,5	118,4	135,4	
1,85		54,7	58,1	63,3	85,5	102,6	119,7	136,9	
1,86		55,3	58,8	64,0	86,4	103,7	121,0	138,3	
1,87		55,9	59,4	64,6	87,4	104,9	122,3	139,8	
1,88		56,5	60,0	65,3	88,3	106,0	123,7	141,3	
1,89		57,1	60,7	66,0	89,3	107,1	125,0	142,8	
1,90		57,7	61,3	66,7	90,2	108,3	126,3	144,4	
1,91		58,3	62,0	67,4	91,2	109,4	127,6	145,9	
1,92		58,9	62,6	68,1	92,1	110,5	129,0	147,4	
1,93		59,5	63,3	68,8	93,1	111,7	130,3	148,9	
1,94		60,2	63,9	69,6	94,0	112,9	131,7	150,5	
1,95		60,8	64,6	70,3	95,0	114,0	133,0	152,1	
1,96		61,4	65,3	71,0	96,0	115,2	134,4	153,6	
1,97		62,0	65,9	71,7	97,0	116,4	135,8	155,2	
1,98		62,7	66,6	72,5	98,0	117,6	137,2	156,8	

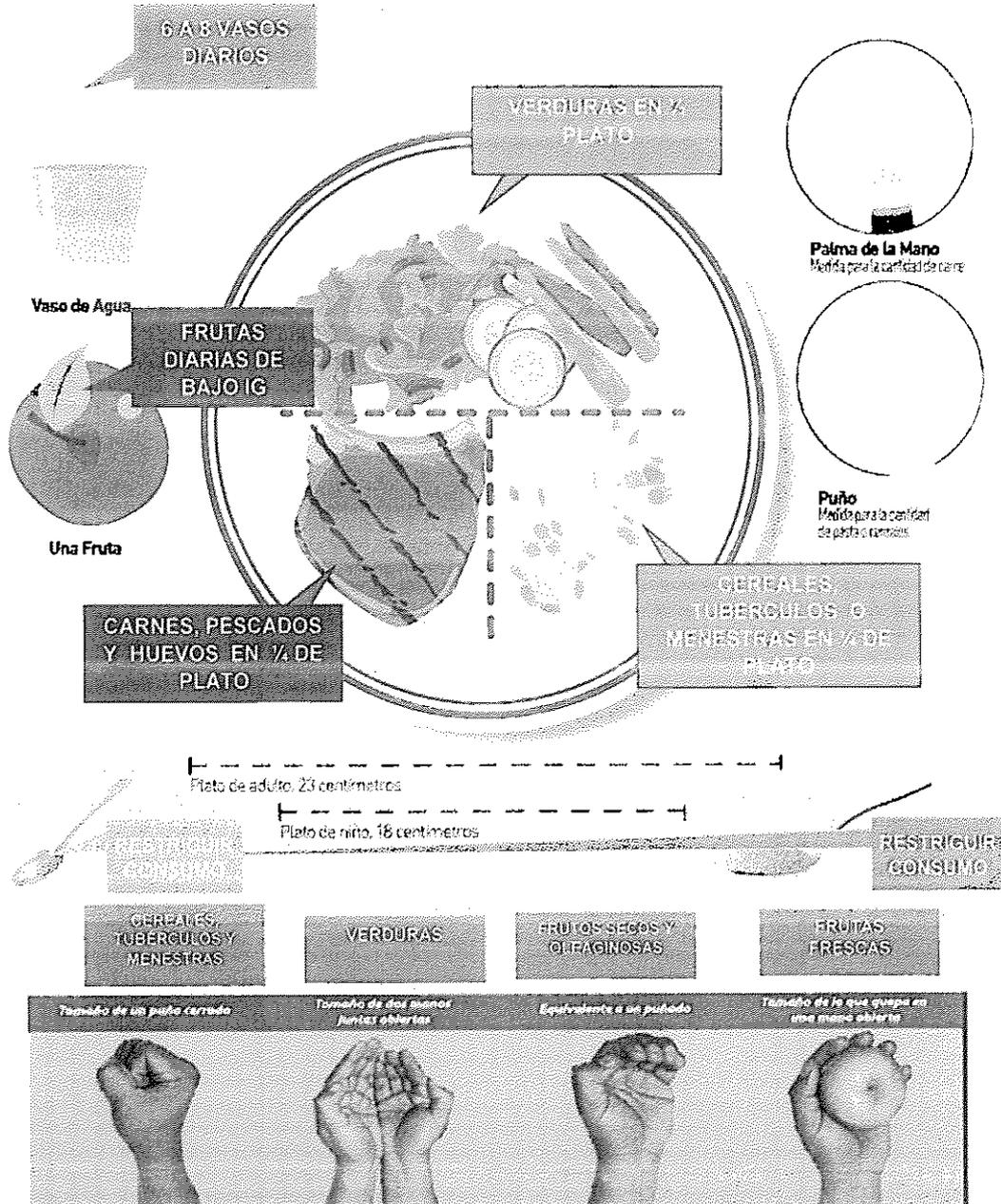
Fuente: *Elaborada a partir de OMS, 1995. Serie de Informes Técnicos 354. El Estado Físico. Uso e Interpretación de la Antropometría. Ginebra*
 WHO/FAO, 2001, *Technical Report Series 916. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, Geneva*

* Valores de peso e IMC considera primera cifra decimal sin previo redondeo

** Las cifras que aparecen en cada columna según la talla del individuo representa el extremo inferior del rango de peso.

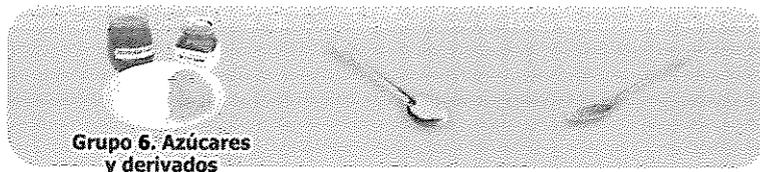
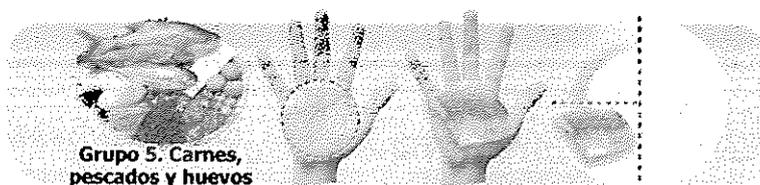
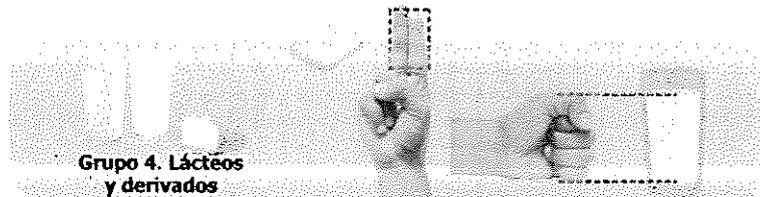
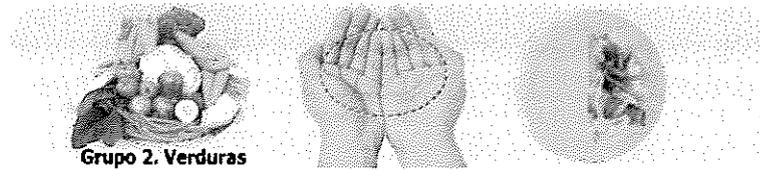
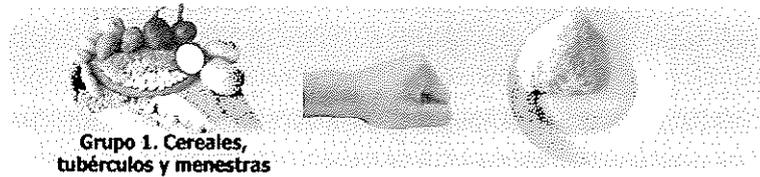


Anexo N°5: Folleto de método de plato saludable



Anexo N°6: Folleto de porciones según grupo de alimentos

Grupos de alimentos Medida: una porción Cantidad de alimento por porción



Anexo N°7: Folleto de lectura de etiqueta nutricional

Ejemplo de una etiqueta

Información nutricional	
Tamaño de la porción 1/4 de taza (113 g) Porciones por envase 8	
Cantidad por porción	
Calorías 100 Calorías de las grasas 20	
% de valor diario*	
Grasa total 2g	3%
Grasas saturadas 1.5 g	7%
Grasas trans 0 g	
Colesterol 10 mg	3%
Sodio 400 mg	19%
Total de carbohidratos 4 g	1%
Fibra 0 g	0%
Azúcares 4 g	
Proteína 16 g	
Vitamina A 0%	Vitamina C 0%
Calcio 6%	Hierro 0%

* Los porcentajes de valores diarios se basan en una dieta de 2000 calorías.

Carbohidratos y fibra

- 1 Tamaño de la porción
- 2 Cantidad de calorías
- 3 Porcentaje (% de valor diario)
- 4 Recomiende a sus pacientes que limiten estos nutrientes
- 5 Recomiende a sus pacientes que consuman más de estos nutrientes

Los aspectos a tener en cuenta en la etiqueta son:

1. El tamaño de la porción (1/2 taza, 1/4 de taza, 1/8 de taza) ●
2. El contenido de grasa y el tipo de grasa ●
3. El contenido de sodio ●
4. El contenido de azúcares (hidratos de carbono y fibra) ○
5. Otros nutrientes ●

De los parámetros anteriores, afectan directamente el nivel de glucosa en la sangre: el tamaño de la porción, la cantidad de hidratos de carbono y la cantidad de fibra dietética. La fibra no tiene efecto sobre los niveles de azúcar, se puede restar del total de hidratos de carbono.

Fuente: Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). Como usar la etiqueta de información nutricional. 2022



ANEXO N° 8. Formato de orden de laboratorio



ORDEN DE ANALISIS DE LABORATORIO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE _____ EDAD _____
 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO _____ FECHA DE ATENCION _____

<input type="checkbox"/> DEMANDA <input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> ROP	<input type="checkbox"/> EXTERNADO <input type="checkbox"/> PROGRAMA <input type="checkbox"/> OTROS	<input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> EMERGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/> OTROS
--	---	--

HISTORIA CLINICA
 N° CAVA _____
 N° CAVA _____

<h3>BIOQUIMICA</h3> <input type="checkbox"/> AZUCRO URICO <input type="checkbox"/> AZUCRO URICO EN ORINA DE 24 HORAS <input type="checkbox"/> ALBUMINA <input type="checkbox"/> AMILASA SERICA <input type="checkbox"/> ADEMANO DEAMINASA (ADA) <input type="checkbox"/> BILIRUBINAS TOTALES Y FR <input type="checkbox"/> CALDO SERICO <input type="checkbox"/> CITOQUIMICO - LIQ CORPORAL <input type="checkbox"/> CK-TOTAL <input type="checkbox"/> CK-MB <input type="checkbox"/> COLESTEROL TOTAL <input type="checkbox"/> COLESTEROL HDL <input type="checkbox"/> COLESTEROL LDL <input type="checkbox"/> CREATININA DEPURACION <input type="checkbox"/> CREATININA SANGRE <input type="checkbox"/> DESHIDROGENASA LACTICA (DHL) <input type="checkbox"/> EXAMEN COMPLETO DE ORINA <input type="checkbox"/> FOSFATASA ALCALINA <input type="checkbox"/> GLUCOSA <input type="checkbox"/> GLUCOSA POST PRANDIAL <input type="checkbox"/> GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA <input type="checkbox"/> LIPASA SERICA <input type="checkbox"/> PROTEINAS TOTALES <input type="checkbox"/> PROTEINURIA DE 24 HORAS <input type="checkbox"/> TRANSAMINASAS TGP <input type="checkbox"/> TRANSAMINASAS TGO <input type="checkbox"/> UREA <input type="checkbox"/> GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS <input type="checkbox"/> ELECTROLITOS (CL, K, NA)	<h3>INMUNOLOGIA</h3> <input type="checkbox"/> ANTISTREPTOLISINA <input type="checkbox"/> ANTISTREPTOLISINA CUANTITATIVO <input type="checkbox"/> FACTOR REUMATOIDEO <input type="checkbox"/> FACTOR REUMATOIDEO CUANTITATIVO <input type="checkbox"/> PROTEINA C REACTIVA (PCR) <input type="checkbox"/> PCR CUANTITATIVO <input type="checkbox"/> ROSA DE BENGALA <input type="checkbox"/> ABLUTINACIONES <input type="checkbox"/> HCG CUANTITATIVO <input type="checkbox"/> HCG CUANTITATIVO <input type="checkbox"/> RPR - SIFILIS <input type="checkbox"/> PSA - TOTAL <input type="checkbox"/> HIV - PRUEBA RAPIDA <input type="checkbox"/> HIV - ELISA ANTIGENO - ANTICUERPO <input type="checkbox"/> HEPATITIS B - PRUEBA RAPIDA <input type="checkbox"/> HEPATITIS B - ELISA <input type="checkbox"/> HEPATITIS B - CORE TOTAL <input type="checkbox"/> HEPATITIS A IgM <input type="checkbox"/> HEPATITIS C - HCV <input type="checkbox"/> HELICOBACTER PYLORI IgG <input type="checkbox"/> TOXOPLASMA IgM <input type="checkbox"/> RUBOLA IgM <input type="checkbox"/> HERPES VIRUS IgM <input type="checkbox"/> TRINODOTIRONINA T3 <input type="checkbox"/> TROXINA T4 <input type="checkbox"/> TSH - TIREOTROFINA <input type="checkbox"/> TALLER	<h3>MICROBIOLOGIA</h3> <input type="checkbox"/> BASILOSCOPIA - BX <input type="checkbox"/> PRUEBA DE HELECHO <input type="checkbox"/> COPROLOGICO FUNCIONAL <input type="checkbox"/> COPROCULTIVO <input type="checkbox"/> CULTIVO DE LIQUIDOS <input type="checkbox"/> ROTAVIRUS <input type="checkbox"/> CULTIVO DE SECRESIONES <input type="checkbox"/> CULTIVO DE HONGOS <input type="checkbox"/> EXAMEN DIRECTO DE SECREC <input type="checkbox"/> EXAMEN LEISHMANIA FROTIS <input type="checkbox"/> EXAMEN RASPAO DE PIEL LIJAS <input type="checkbox"/> GOTA GRUESA <input type="checkbox"/> COLORACION GRAM <input type="checkbox"/> HEMOCULTIVO <input type="checkbox"/> PARASIT EN HECE SERIADO <input type="checkbox"/> PARASIT EN HECE SIMPLE <input type="checkbox"/> REACCION INFLAMATORIA <input type="checkbox"/> TEST DE GRAHAM <input type="checkbox"/> TEST DE AMINAS <input type="checkbox"/> UROCULTIVO Y ANTILOGRAMA	<h3>HEMATOLOGIA</h3> <input type="checkbox"/> FIBRINOGENO <input type="checkbox"/> GRUPO SANGUINEO RH <input type="checkbox"/> COAGULOS DIRECTO <input type="checkbox"/> COAGULOS INVERTIDO <input type="checkbox"/> HEMATOCRITO - HEMOGLOBINA <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA AUTOMATIZADO <input type="checkbox"/> RECUENTO DE PLACUETAS <input type="checkbox"/> PRUEBA DE COAGULACION <input type="checkbox"/> T DE COAGULACION SANGRE <input type="checkbox"/> TIEMPO DE PROTROMBINA <input type="checkbox"/> TIEMPO DE TROMBINA <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL DE TRIMBOPLASTINA <input type="checkbox"/> VELOCIDAD DE SEDIMENTACION <input type="checkbox"/> EXAMEN DE LAMINA PERIFERICA <input type="checkbox"/> RECUENTO DE EOSINOFILOS
---	---	---	--

PERFILES

 PERFIL HEPATICO (TGO, TGP, ALB, BILIRUBINAS, PROTEINAS)
 PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL HDL, LDL, TRIGLICERIDOS)
 PERFIL RENAL (GLUCOSA, UREA, CREAT, URICO, PROTEINURIA, DEPURACION CREAT)
 PERFIL COAGULACION (CL, TS, TP, TTP, TROMBINA, FIBRINOGENO)
 PERFIL TORCH (TGO, TGP, TSH, T4, T3)
 PERFIL TORCH (TOXOPLASMA, RUBOLA, CITOMEGALIA, VHS, SIFILIS)


ANEXO N° 9. Formato de solicitud de productos a farmacia



FORMATO DE SOLICITUD DE PRODUCTOS A FARMACIA



Establecimiento de Salud: _____

I. DATOS DEL PACIENTE O USUARIO

Nombres y Apellidos _____

Código del Asegurado (de corresponder): _____

DNI _____ Edad _____

Historia Clínica _____

Diagnóstico (CIE-10) _____ NA

II. TIPO DE USUARIO

Demandante SIS Intervenciones Otro (especif) _____
 Sanitarias

III. TIPO DE ATENCIÓN (CONTROL)

Inmunizaciones Niño sano Planificación Familiar Otro (especif) _____

Nutrición y Dietética

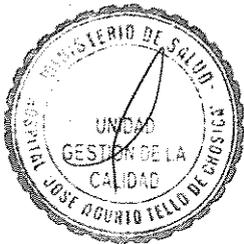
IV. PRODUCTO(S) SOLICITADO(S)

N°	Nombre del producto*	Presentación	Unidad de Medida	Cantidad
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

 Sello / Firma / Col. Profesional

 Fecha de Atención

 Recibido



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú .Minsa. Documento técnico: Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la niña y el niño De 0 A 11 Años, 2024, Lima. Resolución Ministerial N° 034 – 2024/MINSA. (2024 Enero 16)
2. Carbajal A. Sierra J López-Lora L. Mar R. Proceso de Atención Nutricional: Elementos para su implementación y uso por los profesionales de la Nutrición y la Dietética. Rev. Esp. Nutr. Hum Diet. 2020; 24(2): 172 – 186.(2020 Marzo 16)
3. Perú .MINSA. Consulta nutricional para la prevención y control de la diabetes mellitus tipo 2 de la persona joven, adulta y adulta mayor, 2015, Lima. Resolución Ministerial N° 162-2015./MINSA (2015 Marzo 13)
4. Perú . MINSA.Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta, 2012, Lima. Resolución ministerial N° 184 – 2012/MINSA (2012 Marzo 14)
5. Perú . MINSA. Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) del Servicio de Nutrición y Dietética del Hospital José Agurto Tello de Chosica, 2019, Lima. Resolución Directoral N0 0150 – 2019 – DE /HJATCH. (2019 Junio 19)
6. Perú MINSNA.Norma Técnica de Salud: Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas, 2024, Lima. ..Resolución Ministerial N° 251 – 2024/ MINSA. (2024 Abril 8)
7. Perú . MINSA.Guías alimentarias para la población peruana, 2018, Lima. Resolución ministerial N° 1353-2018/MINSA.(2018 Diciembre 28)



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN Y REEVALUACIÓN NUTRICIONAL DE MEDICINA PREVENTIVA Y ENFERMEDADES PREVALENTES DEL ADULTO MAYOR 60 AÑOS DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA.

I. FINALIDAD:

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de atención y reevaluación nutricional de medicina preventiva y enfermedades prevalentes del adulto mayor 60 años a fin de lograr una adecuada calidad de atención a los pacientes del Hospital José Agurto Tello-Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Conseguir una adecuada y buena atención y así contribuir en el mejoramiento de estado nutricional y de salud de nuestros pacientes adulto mayor que asisten al Hospital José Agurto Tello de Chosica.
- Mejoramiento la estrategia en la atención preventiva para adulto mayor.
- Garantizar la reevaluación nutricional en los pacientes adultos mayores en la siguiente consulta nutricional

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Departamento de Apoyo al tratamiento, servicio de Nutrición y Dietética del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento médico:

4.1 Nombre del procedimiento Médico:

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento:

Nombre del procedimiento médico	Código CPMS	Tiempo total aprox. del procedimiento
Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el adulto mayor 60 años	99387	45 min
Atención preventiva de enfermedades prevalentes para el adulto mayor	99387.01	45 min
Reevaluación periódica de medicina preventiva y manejo para el adulto mayor de 60 años	99397	45 min



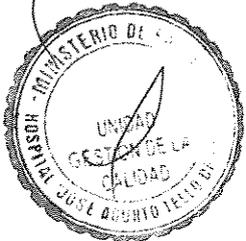
V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **Atención integral de salud:** Es la prestación continua y con calidad de los cuidados esenciales de las necesidades de salud de las personas¹.
- **Consulta nutricional:** En la Atención especializada realizada por el/la profesional nutricionista en un tiempo estimado de 45 minutos, dirigida a la promoción, prevención, recuperación o control nutricional².
- **Prescripción nutricional:** Es una orden específica que indica el/la profesional nutricionista de un tipo de dieta adecuada a las necesidades individuales y está sujeto a cambios².
- **Valoración nutricional:** Es un conjunto de procedimientos realizado por el/la profesional nutricionista que permite determinar el estado nutricional de una persona².
- **Medición de altura de la rodilla:** Es la medición antropométrica realizada en la pierna de mejor condición de la persona adulta mayor, para estimar su talla cuando esta no se pueda medir con el tallímetro. Requiere de un antropómetro de rodilla para su medición¹.
- **Medición de la extensión de brazos:** Es la medición antropométrica utilizada para estimar la talla de las personas adultas mayores¹.
- **Medición del perímetro braquial:** Es la medición antropométrica de la circunferencia del punto medio entre la punta de la clavícula (acromion) y la del codo (olécranon)¹.
- **Medición del perímetro de pantorrilla:** Es la medición antropométrica realizada alrededor de la parte más prominente de la pantorrilla¹.
- **Medición del pliegue subescapular:** Es la medición con el plicómetro o calíper del grosor del pliegue de la piel sobre el área subescapular del cuerpo; útil para medir la grasa corporal en las personas adultas mayores y para determinar su peso cuando este no se pueda medir por el método convencional¹.
- **Medición del pliegue tricúspital:** Es la medición del grosor del pliegue de la piel sobre la cara posterior del brazo, al nivel del músculo tríceps¹.
- **Medición de la talla:** Es la medición antropométrica del tamaño o estatura de la persona adulta mayor¹.

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS:

- **Envejecimiento:** Es un proceso continuo, universal, irreversible, heterogéneo e individual del ser humano durante todo su ciclo de vida que determina pérdida progresiva de la capacidad de adaptación¹.
- **Ficha de valoración nutricional para la persona adulta mayor:** Es un instrumento diseñado para determinar el riesgo de malnutrición. Registra información complementaria sobre la situación de salud, el uso de medicamentos, la movilidad o dependencia, la alimentación, entre otras¹.
- **Índice de masa corporal (IMC):** Es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado de la persona. Se le conoce también como índice de Quetelet, y su fórmula de cálculo es: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$ ¹.
- **Delgadez:** Es una clasificación de la valoración nutricional caracterizada por una insuficiente masa corporal con relación a la talla. En personas adultas mayores es determinada por un índice de masa corporal menor a 23¹.
- **Sobrepeso:** Es una clasificación de la valoración nutricional, donde el peso corporal es superior a lo normal. En personas adultas mayores es determinado por un índice de masa corporal mayor o igual de 28 y menor de 32¹.



- **Obesidad:** Es una enfermedad caracterizada por un estado excesivo de grasa corporal o tejido adiposo. En personas adultas mayores es determinada por un índice de masa corporal mayor o igual a 32¹.
- **Malnutrición:** Es el estado nutricional anormal causado por la deficiencia o exceso de energía, macronutrientes y/o micronutrientes; incluye la delgadez, el sobrepeso, la obesidad, la anemia, entre otros¹.
- **Hipertensión arterial:** Enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD)².
- **Diabetes mellitus tipo 2:** caracterizada por un defecto relativo de la insulina o aumento de la resistencia de su acción. Es el tipo más frecuente y supone alrededor de 90% - 95% de los diabéticos. Suele aparecer de forma solapada e insidiosa⁵.

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Licenciada en Nutrición.
- 01 Técnico en Nutrición.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- **Equipos Biomédicos, Instrumental y mobiliario.**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Escritorio	unid	1
Sillas	unid	3
Computadora	unid	1
Reloj de pared	unid	1
Ventiladora	unid	1

- **Material Médico no Fungible.**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Tallímetro	unid	1
Balanza de pie	unid	1
Biompedancímetro	unid	1
Plicómetro	unid	1
Cinta metálica	unid	1

- **Material Médico Fungible. (por procedimiento)**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Guantes estériles descartables	unid	02
Alcohol Gel 70 ^a 1 L	ml	05
Papel toalla	unid	1
Mascarilla descartable quirúrgica	unid	1



5.3.2 FORMATOS:

- Tabla de valoración nutricional en adulto mayores
- Meta de tratamiento y control metabólico
- Formato de Frecuencia de Consumo
- Formato de Plan de alimentación.
- Formato único de atención – FUA.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Personal Técnico en Nutrición. (10 min)

1. Se acerca el paciente al área de nutrición para recepción de ticket. (5min)
2. El paciente se acercará al área de triaje, donde se iniciará peso y talla. (5min)

DURANTE EL PROCEDIMIENTO (32 min)

Nutricionista Asistencial.

3. Donde luego el profesional licenciado en nutrición valora el examen físico, identificando los signos y síntomas clínicos asociados a las deficiencias y/o excesos nutricionales¹⁰. (2min)
4. Elabora la anamnesis alimentaria a través de la entrevista y/o la historia clínica recabando información sobre factores de riesgo y patrones de alimentación del paciente/usuario/ familia¹⁰. (5min)
5. Obtiene con precisión y exactitud las medidas antropométricas y de composición corporal, interpretando los resultados según parámetros e indicadores nacionales e internacionales. (10min)
6. Interpreta los resultados de los exámenes auxiliares vinculados al equilibrio bioquímico del paciente/usuario, de corresponder. (2min), posteriormente solicitará una interconsulta dependiendo de las enfermedades-as prevalentes del adulto mayor, para su respectiva atención
7. Determinar el diagnóstico del estado nutricional del paciente/ usuario, de acuerdo a la valoración nutricional, alimentación, condiciones ambientales y conductuales. (1min)
8. Educa al paciente/usuario/familia/, respecto a su problema de salud vinculado a la alimentación y nutrición, considerando su contexto sociocultural, condiciones particulares y las normativas nacionales o internacionales vigentes. (5min)
9. Realiza la prescripción nutricional, elaborando el plan de alimentación, en base al diagnóstico del estado nutricional, considerando los nutrientes, suplementación nutricional, necesarios para cubrir sus necesidades según factores culturales, factores sociales, edad, sexo, peso, estatura, actividad física y estado de salud, basados en la mejor evidencia científica. (5min)
10. Confirma la comprensión de la prescripción, recomendaciones y orientación nutricionales realizada al paciente/usuario/ familia. (2min)

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO (3 min)

11. Cita para próximo seguimiento para una reevaluación periódica del paciente/usuario adulto mayor , con patología de fondo (enfermedades prevalentes), para el monitoreo del plan de alimentación y posterior manejo (3min)



6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Paciente adulto mayor que requiere atención nutricional ambulatoria, con cita por admisión.
- Paciente adulto mayor sano que asiste como preventivo a consulta nutricional ambulatoria.

6.2.1 INDICACIONES RELATIVAS:

- Paciente que solicita atención nutricional ambulatoria adicional.
- Pacientes adulto mayor que no esté afiliado al SIS.

6.3 CONTRAINDICACIONES: No aplica

6.4 COMPLICACIONES: No aplica

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- El servicio de Consultorio Externo de Nutrición debe de estar dotado de los elementos mencionados en el inciso 5.3.
- Llevar a cabo capacitaciones constantes al profesional de nutrición de temas actuales sobre prevención y tratamiento en el adulto mayor y cineantropometría.
- Incorporar un personal Técnico de Nutrición como apoyo al consultorio externo de nutrición.



VIII. ANEXOS

- Anexo N°1: TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES
- Anexo N° 2: TABLA DE PORCENTAJE DE GRASA
- Anexo N° 3: META DE TRATAMIENTO Y CONTROL METABOLICO.
- Anexo N°4: CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYOR 18 AÑOS
- Anexo N°5: EVALUACIÓN BIOQUÍMICA PARA DETECTAR ENFERMEDAD RENAL
- Anexo N°6: FORMATO DE FRECUENCIA DE CONSUMO
- Anexo N°7: FORMATO DE PLAN DE ALIMENTACIÓN
- Anexo N°8: FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN – FUA.
- Anexo N°9: FORMATO PARA DETECCION DE SARCOPENIA



Anexo N°1: TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES

ADULTO MAYOR

Peso (kg)	CLASIFICACIÓN	
	Normal	Subnormal
1,50	47,5	74,0

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN IMC ADULTO MAYOR



Peso (kg)	CLASIFICACIÓN	
	Normal	Subnormal
1,53	45,5	74,0

INSTRUCCIONES

- Ubique en la columna TALLA, la talla del adulto mayor (hombre o mujer).
- Compare el peso del adulto mayor con los valores de peso que aparecen en la tabla y clasifíquelo.

Valor del peso	Clasificación	Indicador
1,50	47,5	3
1,53	45,5	3

SIGNOS DE ALERTA

- La pérdida de 2,5 kg en tres meses debe indicar a una nueva evaluación nutricional, porque pueden ser precursores de una discapacidad.
- Cuando el IMC de normalidad varía en ± 1,5 entre dos evaluaciones consecutivas.
- Cuando el valor del IMC se aproxima a los valores límites de la normalidad.
- Pérdida estacional de peso en verano y aumento en invierno.
- Increcimiento o pérdida de peso > a 1 kg en dos semanas.
- Cambio de clasificación de IMC en sentido opuesto a la normalidad, por ejemplo de normal a dependiente, de normal a sobrepeso de sobrepeso a dependiente.

INDICADORES NUTRICIONALES Y VALORES CRÍTICOS

Indicador	Valor Crítico
1. Índice de Masa Corporal (IMC)	18,5 - 24,9
2. Pérdida de peso (%)	5
3. Pérdida de peso (kg)	2,5
4. Pérdida de peso (kg) por mes	0,5
5. Pérdida de peso (kg) por semana	0,1
6. Pérdida de peso (kg) por día	0,02
7. Pérdida de peso (kg) por hora	0,003
8. Pérdida de peso (kg) por minuto	0,0005
9. Pérdida de peso (kg) por segundo	0,00008
10. Pérdida de peso (kg) por milisegundo	0,00001
11. Pérdida de peso (kg) por milisegundo cuadrado	0,0000001
12. Pérdida de peso (kg) por milisegundo cubo	0,000000001
13. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la cuarta	0,0000000001
14. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la quinta	0,00000000001
15. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la sexta	0,000000000001
16. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la séptima	0,0000000000001
17. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la octava	0,00000000000001
18. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la novena	0,000000000000001
19. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la décima	0,0000000000000001
20. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la undécima	0,00000000000000001
21. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la duodécima	0,000000000000000001
22. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la treceava	0,0000000000000000001
23. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la catorceava	0,00000000000000000001
24. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la quinceava	0,000000000000000000001
25. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la dieciséisava	0,0000000000000000000001
26. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la dieciséptima	0,00000000000000000000001
27. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la dieciochoava	0,000000000000000000000001
28. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la diecinueava	0,0000000000000000000000001
29. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la veinteava	0,00000000000000000000000001
30. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la veintiuna	0,000000000000000000000000001
31. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la veintidósava	0,0000000000000000000000000001
32. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la veintidósava	0,00000000000000000000000000001
33. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la veintidósava	0,000000000000000000000000000001
34. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la veintidósava	0,0000000000000000000000000000001
35. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la veintidósava	0,00000000000000000000000000000001
36. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la veintidósava	0,000000000000000000000000000000001
37. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la veintidósava	0,0000000000000000000000000000000001
38. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la veintidósava	0,00000000000000000000000000000000001
39. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la veintidósava	0,000000000000000000000000000000000001
40. Pérdida de peso (kg) por milisegundo a la veintidósava	0,0000000000000000000000000000000000001

La IMC valoración nutricional es para uso del especialista

WORLD HEALTH ORGANIZATION

MINISTERIO DE SALUD

DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO

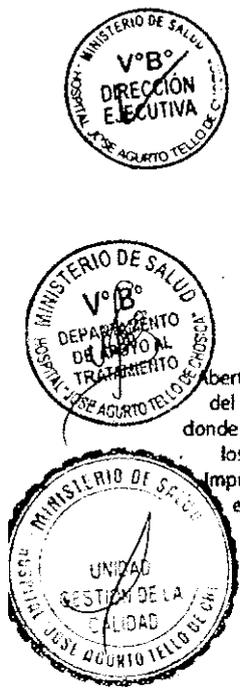
HOSPITAL JOSÉ AGUIRRE TELLO DE CALI

UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

Encarte

Sobre

Abertura central del sobre por donde se visualizan los valores impresos en el encarte



Anexo N° 2: TABLA DE PORCENTAJE DE GRASA

Sexo	Edad	Bajo	Recomendado	Alto	Muy Alto
Mujer	20-39	5-20	21-33	34	> 38
	40-59	5-22	23-34	35-40	> 40
	60-79	5-23	24-36	37-41	> 41
Hombre	20-39	5-7	8-20	21-25	> 25
	40-59	5-10	11-21	22-27	> 27
	60-79	5-12	13-25	26-30	> 30

Anexo N° 3: META DE TRATAMIENTO Y CONTROL METABOLICO

Control metabólico	Nivel óptimo
Triglicéridos	< 150 mg/dl
Colesterol total	< 200 mg/dl
Colesterol LDL	< 130 mg/dl
Colesterol HDL	≥ 40 mg/dl hombres ≥ 50 mg/dl mujeres
Glicemia en ayunas	< 100 mg/dl
Glicemia posprandial de 2 h	< 140 mg/dl
IMC	< 25 kg/cm ² (joven y adulta) < 28 kg/cm ² (adulto mayor)
Perímetro abdominal	< 94 cm (h) < 80 cm (m)
% Grasa corporal	Mujeres 20-39 años (21%-33%) 40-59 años (23%-34%) 60-79 años (24%-36%) Hombres 20-39 años (8%-20%) 40-59 años (11%-21%) 60-79 años (13%-25%)

Fuente: Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva, aprobado con RM N° 031 -2015/MINSA. 1a Ed. Lima: Ministerio de Salud 72016



Anexo N°4: CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYOR 18 AÑOS

Categoría	SISTÓLICA (mmHg)	DIASTÓLICA (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pre-hipertensión	120 – 139	80 - 89
Hipertensión:	≥ 140	≥ 90
- Estadio 1	140 – 159	90 - 99
- Estadio 2	≥ 160	≥ 100

Fuente: Ministerio de Salud. Guía Técnica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva, aprobada con RM N° 031 -2015/MINSA. 1a Ed. Lima: Ministerio de Salud, 2016

Anexo N°5: EVALUACIÓN BIOQUÍMICA PARA DETECTAR ENFERMEDAD RENAL

DATO	EVALUACION BIOQUIMICA
	CARACTERISTICAS
Albumina	Marcador poco específico o tardío del estado nutricional, y sus cambios no reflejan necesariamente el estado nutricional de paciente renal. Es el indicador más sensible para predecir el riesgo de morbilidad y mortalidad en los pacientes con ERC.
Pre albumina	Posee una vida media corta y cambios rápidos que permiten medir las alteraciones nutricionales. Valores menores de 30 mg/dl sugieren desnutrición. Es un marcador predictivo de mortalidad en pacientes en diálisis.
BUN y Tasa de catabolismo proteico normalizado (nPCR)	El BUN es un producto de desecho producido por la descomposición de proteínas y se elimina a través de la orina, por lo que al disminuir la función renal tiende a aumentar. La nPCR se correlaciona con la masa corporal magra. El BUN y nPCR son los primeros parámetros en disminuir cuando disminuye la ingesta proteica (asumiendo que la dosis de diálisis se ha mantenido igual o constante). La nPCR es válida de la ingesta proteica sólo cuando el paciente está estable. Creatinina, colesterol, fósforo y potasio séricos, son útiles ya que su disminución, sin cambios en la dosis de diálisis o medicación, indican una reducción de la ingesta de nutrientes. La proteína C reactiva y el fibrinógeno con frecuencia están aumentados en el suero del nefrópata en diálisis, mientras que los reactantes negativos (albúmina, prealbúmina y transferrina) suelen estar disminuidos.
Transferrina	Es una proteína transportadora de hierro, cuya vida media es de 8 a 10 días; no es un adecuado parámetro de valoración nutricional en pacientes en diálisis por su dependencia del metabolismo del hierro: si es adecuado en pacientes con ERC prediálisis sin tratamiento con Eritropoyetina o hierro. Influyen factores no nutricionales.
Creatinina	Se emplea como parámetro nutricional en pacientes con tratamiento sustitutivo. La concentración de creatinina es proporcional a la masa muscular e ingesta de proteínas. Disminuciones a lo largo del tiempo reflejan pérdida muscular. Se ha evidenciado menor mortalidad con valores de 9 a 11 mg/dl.
Colesterol	Marcador nutricional del estado proteico y predictor de mortalidad. Se ha observado aumento de mortalidad si colesterol > 200 mg/dl o si < 150 mg/dl.
Bicarbonato	A pesar de que no es un marcador nutricional per se, se debe medir periódicamente, porque la acidosis metabólica se relaciona con catabolismo de aminoácidos y proteínas, así como disminución de la síntesis de albúmina. Las guías K/DOQI recomiendan mantener cifras de bicarbonato entre 20 y 22 mmol/l, por su relación con menor mortalidad y morbilidad, menor catabolismo proteico y mayores concentraciones de albúmina.

Fuente: (Lowrie, E; Lew, N, 1992); (Combe, C; McCullough, K; Asano, Y; Gassberg, N; Maroni, B; Pifer, J. 2004) (N/DOQI Clinical Practice Guidelines for nutrition in Chronic Renal Failure, 2000)



Anexo N°6: FORMATO DE FRECUENCIA DE CONSUMO

6. CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS (CFCA):

Por favor, marcar con un 'x' o número de frecuencia y n° de veces a día para cada alimento

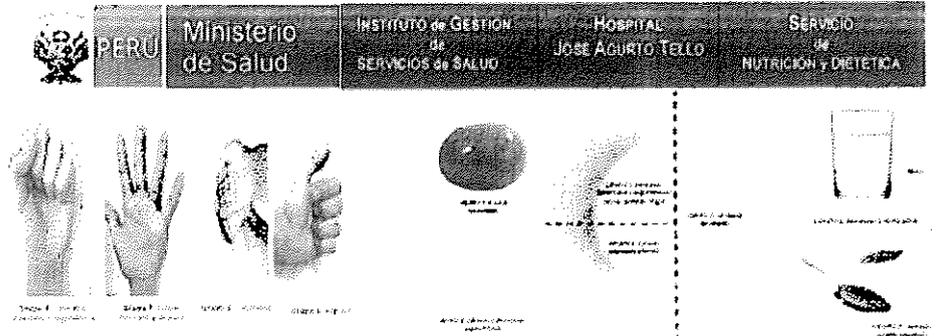
Alimentos	Nunca	N° de frecuencia			N° de veces al día
		Semanal	Quincenal	Mensual	
Arroz					
Maíz cancha tostada					
Maíz Grano fresco (Choclo)					
Trigo					
Trigo, harina					
Avena hojuela					
Quinoa					
Pan					
Fideos					
Camote					
Papa					
Yuca					
Olluco					
Frijol					
Lentejas					
Arveja verde partida					
Otra Menestra:					
Apio					
Brócoli					
Lechuga					
Tomate					

Zapallo					
Calabaza					
Cebolla					
Zanahoria					
Caligua					
Pepinillo					
Vainita					
Espinaca					
Otras Verduras					
Durazno/melocotón					
Manzana					
Plátano					
Uva					
Mango					
Mandarina					
Naranja					
Papaya					
Fresa					
Sandía					
Piña					
Pera					
Cocora					
Chirimoya					
Tuna					
Otras frutas					
Leche fresca					
Leche evaporada					
Yogur					
Queso fresco					
Queso mantecoso					
Cerdo					
Res					
Pollo					
Menudencia					
Pescado					
Calamar/Pota					
Mariscos					
Pescado y Marisco en conserva					
Huevo					
Embutidos					
Azúcar					
Otros dulces					
Aceite vegetal / Oliva					
Margarina					
Mantequilla					
Maní					
Otras grasas					

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Consumo por capita de los principales alimentos 2002-2009. Encuesta Nacional de Propuesta Familiar (ENAPREF). Mayo 2012



Anexo N°7: FORMATO DE PLAN DE ALIMENTACIÓN



ESQUEMA REGIMEN NUTRICIONAL TERAPEUTICO

GRUPO ALIMENTICIO	TIEMPO DE INGESTA ALIMENTARIA									
	Desayuno		Media Mañana		Almuerzo		Media Tarde		Cena	
	Alimentos	líquido	Alimentos	líquido	Alimentos	líquido	Alimentos	líquido	Alimentos	líquido
CEREALES										
SECAES										
VERDURAS										
FRUTAS										
LACTEOS DERIVADOS	Alm.									
	líquido									
	Grasa 40%									
	líquido									
	Sólido									
ALCARANES y DERIVADOS										
GRASAS	Alm.									
	Grasas 40%									



Anexo N°9: FORMATO PARA DETECCIÓN DE SARCOPENIA

Escala SARC-F versión en español – México		
Ítem	Preguntas	Puntaje
1. Fuerza	¿Qué tanta dificultad tiene para llevar o cargar 4.5 kilogramos?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
2. Asistencia para caminar	¿Qué tanta dificultad tiene para cruzar caminando por un cuarto?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha, usando auxiliares o incapaz = 2
3. Levantarse de una silla	¿Qué tanta dificultad tiene para levantarse de una silla o cama?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz, sin ayuda = 2
4. Subir escaleras	¿Qué tanta dificultad tiene para subir 10 escalones?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
5. Caídas	¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	Ninguna = 0 1 a 3 caídas = 1 4 o más caídas = 2
Si el puntaje total es ≥ 4 puntos se define como sarcopenia.		
Referencias: Parra-Rodríguez L, Sejeff C, García-González AI, Malmstrom TK, Cruz-Arenas E, Rosas-Cermeno O. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Spanish-Language Version of the SARC-F to Assess Sarcopenia in Mexican Community-Dwelling Older Adults. <i>J Am Med Dir Assoc.</i> 2016;17(12):1142-1146. doi:10.1016/j.jamda.2016.06.008 Contacto: oscar_rosas_c@hotmail.com		
Versión original en inglés: Malmstrom TK, Morley JE. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. <i>J Am Med Dir Assoc.</i> 2013;14(8):531-2. doi:10.1016/j.jamda.2013.05.018.		



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Perú. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. Resolución Ministerial N° 240-2013/MINSA (2013 May 02).
- 2- Perú Ministerio de Salud. Documento técnico: consulta nutricional para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva de la persona joven, adulta y adulta mayor. Resolución Ministerial N° 763-2022/MINSA (2022 Set 23).
- 3- Perú. Ministerio de Salud. Manual de educación alimentario nutricionales requerimientos nutricionales de los usuarios del área funcional de la unidad de tratamiento nutricional del Hospital José Agurto Tello de Chosica. Resolución Ministerial N° 0207-2015MINSA (2015 agosto 26)
- 4- Perú. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención R.M. N° 719-2015/MINSA (2016).
- 5- Perú. Ministerio de Salud. Documento técnico: perfil de competencias esenciales que orientan la formación de los profesionales de la salud. R.M. N° 316-2022/MINSA (27 abril 2022)



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LA ATENCIÓN NUTRICIONAL AMBULATORIA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad establecer una metodología estandarizada del profesional de salud nutricionista para realizar la consejería en prevención de enfermedades no transmisibles: diabetes, hipertensión, osteoporosis, entre otras; en los usuarios(as) que acuden a la atención nutricional ambulatoria del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Prevenir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles en los usuarios(as) adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores que acuden al Hospital José Agurto Tello de Chosica.
- Contribuir a mejorar el estado nutricional y hábitos alimentarios mediante intervenciones preventivas promocionales.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Departamento de Apoyo al Tratamiento – Servicio de Nutrición y Dietética - Unidad Funcional de Nutrición Integral – Atención Nutricional Ambulatoria

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento médico: Consejería en prevención de enfermedades no transmisibles; p ej., diabetes, hipertensión, osteoporosis, entre otras.

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99401,31

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento: 45 min

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Consejería nutricional** : En el marco de la atención integral de salud (materna, niño/a, adolescente, joven, adulto, adulto mayor) es una función inherente y privativa al profesional de la salud nutricionista y constituye una función final del mismo facultándole la realización de la valoración nutricional , elaboración del diagnóstico nutricional, elaboración de las indicaciones nutricionales [recomendación (nutricional y/o dietética)], prescripción de suplementos nutricionales (micronutrientes), control y seguimiento nutricional según sea el diagnóstico del estado nutricional ¹.



- **Consulta nutricional:** Es el proceso de atención en nutrición que incluye la evaluación, diagnóstico, elaboración de indicaciones nutricionales para personas sanas o enfermas, desarrollada por el/el profesional nutricionista colegiado/a ².
- **Valoración nutricional:** Es el conjunto de procedimientos que realiza el/la profesional de la salud nutricionista, en el marco del cuidado integral de salud, para determinar el estado nutricional de la persona, valorar los requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar con relación a su estado nutricional (incluye la valoración nutricional antropométrica, la evaluación de la bioquímica nutricional, la evaluación de signos clínicos de deficiencias y/o excesos nutricionales, la evaluación de la ingesta alimentaria, la evaluación de la actividad física y la evaluación de la interacción entre nutrientes y fármacos)².
- **Prescripción nutricional:** Es la indicación específica dada por el/la nutricionista en los establecimientos de salud, de un tipo de dieta adecuada a las necesidades individuales de la persona, teniendo en cuenta condiciones de salud, peso, estatura, sexo, edad, nivel de actividad, conducta y las preferencias alimentarias, con el fin de asegurar que la dieta proporcione un consumo adecuado de todos los nutrientes esenciales conocidos ⁸.



5.2. CONCEPTOS BÁSICOS

- **Persona adolescente:** Es la persona cuya edad está comprendida entre los 12 y 17 años 11 meses y 29 días ⁶.
- **Persona adulta:** Es la persona cuya edad este comprendida entre los 30 y 59 años 11 meses y 29 días ³.
- **Persona adulta mayor:** Es la persona cuya edad está comprendida desde las 60 horas a más ³.
- **Persona joven:** Es la persona cuya edad está comprendida entre los 18 y 29 años 11 meses y 29 días ³.
- **Factores de riesgo:** Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal ³.
- **Enfermedades crónicas no transmisibles:** Son las denominadas también enfermedades crónicas degenerativas, habitualmente multicausales, de largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos, prolongado curso clínico y, con frecuencia, episódico; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo. Comprenden las enfermedades cardiovasculares, alteraciones metabólicas y funcionales, neoplasias, bronconeumopatías no infecciosas, enfermedades mentales y neurológicas, secuelas postraumáticas derivadas de accidentes y desastres, entre otras ⁴.



- **Hipertensión arterial:** Enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD) ³.
- **Diabetes Mellitus 2:** Es un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina ⁴
- **Dieta:** Es el modelo alimenticio que ingiere diariamente la persona, de acuerdo con variables como edad, sexo, actividad física y estado fisiológico ⁴.
- **Plan de Alimentación:** Es aquella alimentación equilibrada que requiere cada persona, considerando los nutrientes necesarios para cubrir sus necesidades según factores culturales, factores sociales, edad, sexo, peso, estatura, actividad física y estado de salud ⁴.
- **Alimentación saludable:** Es aquella alimentación variada con alimentos preferentemente en estado natural o con procesamiento mínimo, que aporta energía y todos los nutrientes esenciales que cada persona necesita para mantenerse saludable, permitiéndole tener una mejor calidad de vida en todas las edades ⁵.



5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Nutricionista Asistencial
- 01 Técnico de Nutrición (Antropometrista Estandarizado)
- 01 Auxiliar asistencial (Auxiliar Antropometrista)

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos Biomédicos, Instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M.	CANT.
Escritorio de oficina	Unid	1
Silla fija tapizada	Unid	2
Computadora	Unid	1
Armario metálico 2 muebles	Unid	2
Organizador de archivos de mesa	Unid	1
Balanza de pie para adolescentes con sensibilidad de 50 gr	Unid	1
Tallímetro para adolescentes de 199 cm	Unid	1

Balanza de pies para adulto y adultos mayores	Unid	1
Tallímetro estandarizado	Unid	1
Antropómetro	Unid	1
Plicómetro estandarizado	Unid	1
Biopedanciómetro multifrecuencia como mínimo 5kHz, 50 kHz, 100kHz, 200 kHz	Unid	1
Cinta métrica metálica estandarizada inextensible.	Unid	1
Banco antropométrico	Unid	1

-Material médico no fungible

DESCRIPCIÓN	U.M.	CANT.
Alcohol Gel 70 ^o	ml	05
Alcohol Líquido 70 ^o	ml	05

-Material Médico fungible

DESCRIPCIÓN	U.M.	CANT.
Guantes estériles descartables	Unidad	02
Mascarillas descartables quirúrgica 3 pliegues	Unidad	02
Papel toalla 75 hojas por rollo	Unidad	02

5.3.3 FORMATOS:

- Historia Clínica Digital Y/o Física
- Folleto de consejería nutricional en el adolescente
- Folleto de control de porciones según alimentos
- Folleto de método del plato saludable
- Folleto de ficha de lectura de etiqueta nutricional.
- Orden de análisis de laboratorio
- Formato de solicitud de productos a farmacia



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

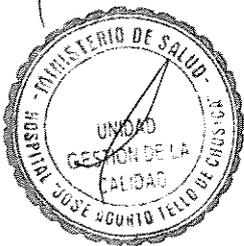
6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ANTES DEL PROCEDIMIENTO (1.5 min).

- El padre, madre o tutor del adolescente, el joven, adulto y adulto mayor solicita cita en el área de admisión para la atención nutricional ambulatoria (Interconsulta, referencia, pagante).
- El personal de admisión indica a los pacientes con SIS recoger su ficha única de atención (FUA). Y en el caso de los pacientes pagantes deben dirigirse a caja para pagar el derecho de la atención nutricional ambulatoria. Luego de obtener la cita acude al consultorio en donde el técnico de nutrición recibe el ticket de derecho para la atención para la consulta nutricional ambulatoria, ubica la FUA hace colocar los nombres, apellidos, DNI y firmar en ambas caras. Luego entrega al profesional de nutricionista para la atención. (1.5 min).

DURANTE EL DEL PROCEDIMIENTO (42 min)

- El nutricionista realiza la recepción del paciente a consultar e inicia su atención nutricional ambulatoria. Realiza la valoración nutricional del usuario(a), en la toma de medidas antropométricas recibe apoyo del técnico de nutrición como antropometrista y del auxiliar antropométrico como auxiliar antropométrica. Determina el Diagnóstico (PES) y los requerimientos nutricionales para plantear sus objetivos de la intervención y elaboración de las indicaciones nutricionales. (20 min).
- El nutricionista posteriormente al plan de intervención nutricional procede a realizar la prescripción nutricional y a realizar la consejería nutricional a los usuarios (as) adolescentes (acompañados de su padre/madre o tutor), jóvenes, adultos y adultos mayores; siguiendo la metodología establecida:
- **En el Primer Momento: Encuentro y explicaciones sobre la situación encontrada (6 min)**
El nutricionista identifica el problema nutricional de acuerdo al estado nutricional diagnosticado. El nutricionista explica en un lenguaje sencillo el estado nutricional del usuario(a) y como pueden repercutir y traer consecuencia a corto, mediano o largo plazo de padecer alguna enfermedad crónica no transmisibles.
- **Segundo Momento: Análisis de factores causales o riesgos (7 min)**
El nutricionista analiza todas las posibles causas o factores de riesgos (prácticas inadecuadas) implicados en la situación encontrada, esto lo realiza a través de la anamnesis alimentaria. Y también toma en cuenta factores de: salud, higiene, aspectos emocionales, sociales, económicos, etc.



- **Tercer Momento: Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos (3 min)**

El nutricionista y el usuario, buscan alternativa de solución (prácticas factibles) para el problema identificado, buscando que el mismo paciente tome la decisión final, pues son quienes conocen mejor sus recursos y posibilidades, a partir de ello se establecen acuerdos y compromisos que deben realizar hasta la próxima consejería nutricional.

- **Cuarto Momento: Registro de acuerdos tomados (3 min)**

El nutricionista anotara los acuerdos tomados durante la atención nutricional ambulatoria en la hoja de indicaciones del plan de alimentación con el nombre y firma del profesional. Se consignará la próxima cita. Y del mismo modo será registrado en la historia clínica virtual o física.

- **Quinto Momento: cierre y seguimiento de acuerdos tomados (3 min)**

El nutricionista hará la indagación y seguimiento de los acuerdos establecidos en la cita anterior. A demás de preguntar por aquellos elementos que han facilitado el cumplimiento de los acuerdos y por aquellos que han sido una barrera para el cumplimiento. Y realizar la modificación de la dieta dependiendo de lo encontrado en la segunda visita.

DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO (2 min)

- El nutricionista procede a registrar en la hoja de la Ficha Única de Atención. (FUA) los procedimientos médicos realizados **(1 min)**.
- El nutricionista entrega al técnico de nutrición los formatos de la Ficha Única de Atención. (FUA) del usuario(as) atendidos, para que sean entregado en el área del SIS. **(1 min)**

6.2. INDICACIONES

6.2.1. INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores sanos y/o con algún factor de riesgo a padecer enfermedades crónicas no transmisibles que acuden a la consulta de atención nutricional ambulatoria.

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS:

- Adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores sanos y/o con algún factor de riesgo no afiliados al SIS.

6.3. CONTRAINDICACIONES

- Pacientes sin conocimiento de sus patologías de fondo.
- Pacientes con trastornos mentales.



6.4. COMPLICACIONES

- Madre de menor de edad, adolescente, adulto o adulto mayor NO consienta la consejería nutricional en prevención de enfermedades no transmisibles.
- Adultos Mayores que acuden solo a consulta nutricional, dificultad la consejería por condiciones propias de la edad (falta audición, olvido en las indicaciones dificultad para el traslado, etc.)

6.5. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales nutricionistas que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio

VII. RECOMENDACIONES

- Adquirir equipos biomédicos estandarizados para los grupos etáreos (adolescente, joven, adulto y adulto mayor) para la Unidad de Atención Integral (Consulta Nutricional Ambulatoria).
- Renovar equipos mobiliarios en malas condiciones, para hacer sentir confortable al usuario(a) que acude a su cita.
- Disponer de materiales de bioseguridad para todos los profesionales nutricionistas que atienden en la Unidad de Atención Integral.
- Contar con profesionales nutricionistas capacitados y estandarizados en la metodología de la consejería nutricional que atienden en el área de consulta nutricional ambulatoria.
- Trasladar el ambiente de la consulta nutricional ambulatoria aun lugar que cumpla las características adecuadas o mejorar la infraestructura actual de dicho ambiente.
- Disponer de formatos que se utilizan en la consulta nutricional ambulatoria, además de contar con materiales educativos para brindar la consejería nutricional en enfermedades crónicas no transmisibles.
- Realizar un trabajo articulado entre los profesionales nutricionistas con la municipalidad para realizar campañas de salud en la población de Lurigancho Chosica, con la finalidad de prevenir enfermedades crónicas transmisibles con alimentación saludable y estilos de vida saludable.



VIII. ANEXOS.

- **Anexo N° 1:** Historia Clínica Digital Y/o Física
- **Anexo N° 2:** Plan de alimentación: Consejería nutricional en el adolescente
- **Anexo N° 3:** Folleto de control de porciones según alimentos
- **Anexo N° 4:** Folleto de método del plato saludable
- **Anexo N° 5:** Folleto de ficha de lectura de etiqueta nutricional.
- **Anexo N° 6.** Orden de análisis de laboratorio
- **Anexo N° 7.** Formato de solicitud de productos a farmacia



ANEXO N° 1. Formato de Historia Clínica Electrónica

Función Clínica			
Sexo:	PA:	RI:	ES:
Etnia:	TALLA (cm):	DI:	DI:
Atención del Profesional Médico:			
Fecha Atención:	Hora Atención:		
Motivo:	Diagnóstico de Enfermedad:		
Intervenciones:			
Relato de Evolución:			
Signos:	Edad:	Sexo:	Fecha:
Estado de Salud:	Origen:	Especialidad:	
Examen físico:			
Diagnóstico:			
Esp. Dx:	DIAZONALICO		
Plan Terapéutico:			
Proceder a:	Destino:		
Observaciones:			

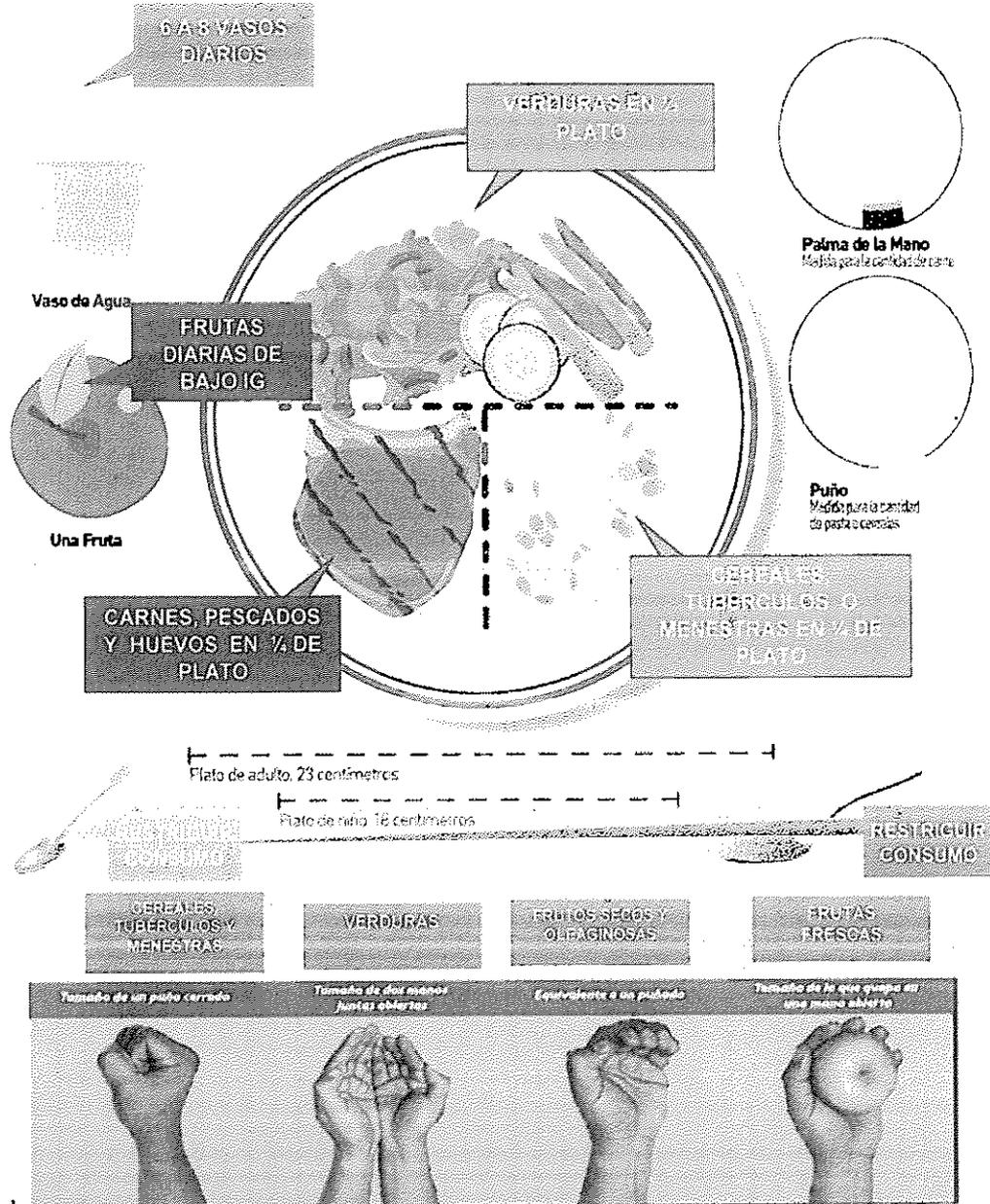


Anexo N° 2: Plan de alimentación: Consejería nutricional en el adolescente

CONSEJERÍA NUTRICIONAL en el MARCO de la ATENCIÓN INTEGRAL de SALUD del ADOLESCENTE											
MUNICIPIO		NOMBRE		EDAD		GÉNERO		DIAGNÓSTICO del ESTADO NUTRICIONAL			
PAISADO	QUITEÑO	B	C	PESO	ESTAD. DE LA	ANTROPOMÉTRICO		PUNTO CLÍNICO DE ATENCIÓN	HISTORIA	EFECTOS NUTRICIONALES	ALIMENTARIA
						APD	IR				
DE PRESIÓN		MACRONUTRIENTES									Diversidad
EN URTEA		Carbohidratos			Proteínas			Grasas		Caloría	
ALIMENTACIÓN del ADOLESCENTE											
COMPARTECIDA											
CANTIDAD		(Almuerzo)		Carbohidratos		(Cena)		Carbohidratos			
CALIDAD (A.D.A)		(Almuerzo)		Carbohidratos		(Cena)		Carbohidratos			
FRECUENCIA											
PLAN DE ALIMENTACIÓN (Principal)											
GRUPO de ALIMENTOS		ALIMENTOS				DOSIFICACION				FRECUENCIA	
CARNES Y AVES		Migajo de Pechi Bazo, Sangrecita				Cuchara				ALMUERZO	
		Pato, Aja, Morita, Desordenada				Cuchara				CENA	
		Aja, Dama, Morita, Morita				Cuchara				ALMUERZO	
		Fajitas, Maiz, Trigo				Cuchara				CENA	
		Cachapa, Arepa, Patacón, Sardinilla									
		Papas, Aja				Cuchara				ALMUERZO	
		Copa, Chucupe				Cuchara				CENA	
		Olla, Maza									
VERDURAS		Aja		Cuchara		Cuchara		Cuchara		ALMUERZO	
		Aja		Cuchara		Cuchara		Cuchara		ALMUERZO	
		Aja		Cuchara		Cuchara		Cuchara		ALMUERZO	
		Aja		Cuchara		Cuchara		Cuchara		ALMUERZO	
FRUTAS		Aja, Uchupe, Maza, Uchupe				Cuchara				ALMUERZO	
LACTEOS											
GRUPO de ALIMENTOS		ALIMENTOS				DOSIFICACION				FRECUENCIA	
LACTEOS y DERIVADOS		Leche				Cuchara					
		Yogurt				Cuchara					
		Queso				Cuchara					
		Aja, Maza				Cuchara					
		Pan, Fritada				Cuchara					
AGNOS						Cuchara					
ADICIONES y DERIVADOS		Aja, Maza, Uchupe				Cuchara					
BEBIDAS											
BEBIDAS		Aja, Maza, Uchupe, Maza, Maza				Cuchara					
TARDE		Aja, Maza, Uchupe, Maza, Maza				Cuchara					
SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL EN EL MARCO de la ATENCIÓN INTEGRAL de SALUD del ADOLESCENTE											
MICRONUTRIENTES		INGESTO		Dosis		Vía de Administración		Frecuencia		Tiempo Duración	
VITAMINAS											
MINERALES											
ACCIÓN FARMACOLÓGICA											

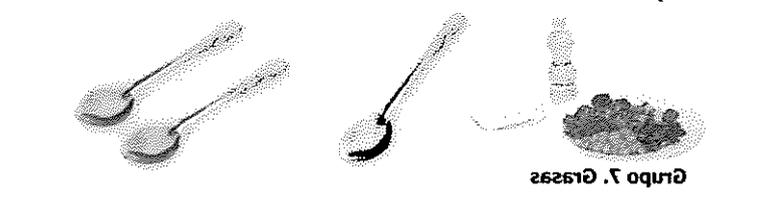
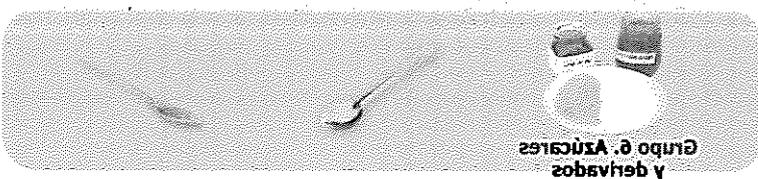
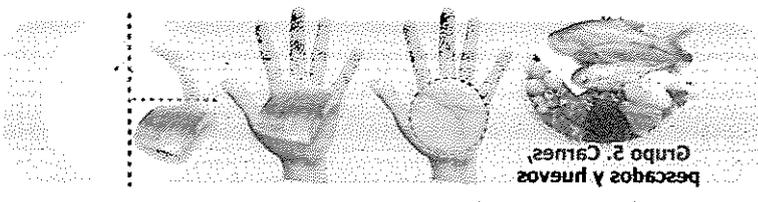
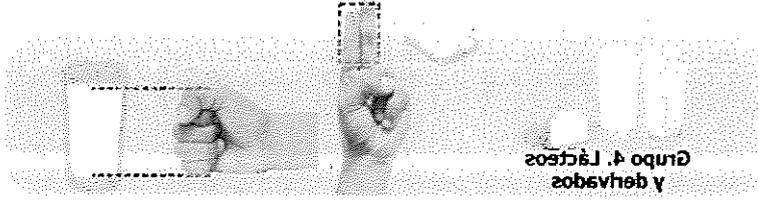
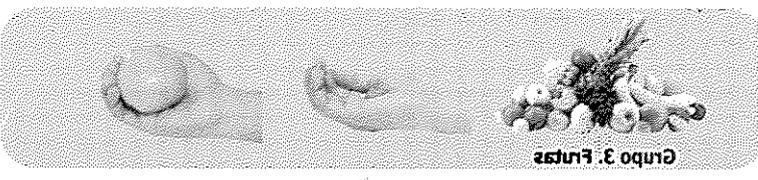
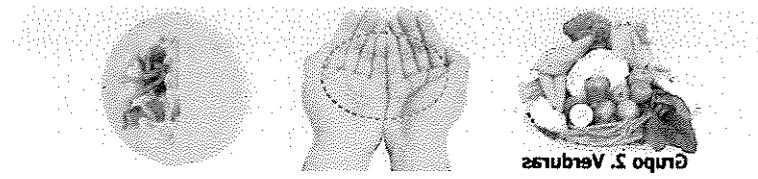
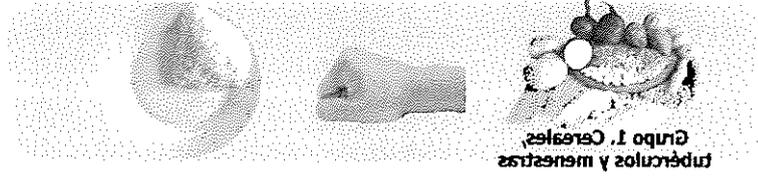


Anexo N°3: Folleto de método de plato saludable



Anexo N°4: Control de porciones según grupo de alimentos

Grupos de alimentos Una porción Medida Cantidad de alimento por porción



Anexo N°5: Folleto de lectura de etiqueta nutricional

Ejemplo de una etiqueta

Información nutricional	
Tamaño de la porción 1/4 de taza (113 g) Porciones por envase 8	
Cantidad por porción	
Calorías 100 Calorías de las grasas 20	
% de valor diario*	
Grasa total 2g	3%
Grasas saturadas 1.5 g	7%
Grasas trans 0 g	
Colesterol 10 mg	3%
Sodio 450 mg	19%
Total de carbohidratos 4 g	1%
Fibra 0 g	0%
Azúcares 4 g	
Proteína 15 g	
Vitamina A 0%	Vitamina C 0%
Calcio 6%	Hierro 0%

* Los porcentajes de valores diarios se basan en una dieta de 2000 calorías.

Carbohidratos y fibra

- 1 Tamaño de la porción
- 2 Cantidad de calorías
- 3 Porcentaje (% de valor diario)
- 4 Recomiende a sus pacientes que limiten estos nutrientes
- 5 Recomiende a sus pacientes que consuman más de estos nutrientes



Los aspectos a tener en cuenta en la etiqueta son:

1. El tamaño de la porción (1/4 taza, 1/2 de taza, 1 de taza)
2. El contenido de grasa y el tipo de grasa
3. El contenido de sodio
4. El contenido de azúcares (hidratos de carbono y fibra)
5. Otros nutrientes

De los parámetros anteriores, afectan directamente el nivel de glucosa en la sangre el tamaño de la porción, la cantidad de hidratos de carbono y la cantidad de fibra dietética. La fibra no tiene efecto sobre los niveles de azúcar, se puede restar del total de hidratos de carbono.

Fuente: Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). Como usar la etiqueta de información nutricional. 2022

ANEXO N° 7. Formato de solicitud de productos a farmacia



FORMATO DE SOLICITUD DE PRODUCTOS A FARMACIA



Establecimiento de Salud: _____

I. DATOS DEL PACIENTE O USUARIO

Nombres y Apellidos: _____

Código del Asegurado (de corresponder): _____
 DNI: _____ Edad: _____

Historia Clínica: _____
 Diagnóstico (CIE-10): _____ NA

II. TIPO DE USUARIO

Dentado: _____ SIS: _____ Intenciones Sanitarias: _____ Otro (especif): _____

III. TIPO DE ATENCIÓN (CONTROL)

Inmunizaciones: _____ Niño Sano: _____ Planificación Familiar: _____ Otro (especif): _____

Nutrición y Dietética

IV. PRODUCTO(S) SOLICITADO(S)

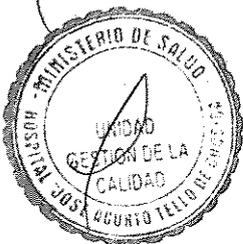
N°	Nombre del producto*	Presentación	Línea de Medida	Cantidad
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Sello / Firma / Cot. Profesional: _____ Fecha de Atención: _____ Recibido: _____



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Perú. MINSA. Manual de procesos y procedimientos (MAPRO) del Servicio de Nutrición y Dietética del Hospital José Agurto Tello de Chosica. Resolución Directoral N° 0150 – 2019 – DE /HJATCH. (2019 Junio 19)
2. Perú. Ministerio de Salud. Guía Técnica Para La Valoración Nutricional Antropométrica De La Niña Y El Niño De 0 A 11 Años. Resolución Ministerial N° 034 - 2024 / MINSA. (2024 Enero 16).
3. Perú. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Consulta nutricional para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva de la persona joven, adulta y adulta mayor. Resolución Ministerial N°0763-2022/MINSA. (2022 Setiembre 23)
4. Perú. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Consulta nutricional para la prevención y control de la diabetes Mellitus tipo 2 de la persona joven, adulta y adulto mayor. Resolución Ministerial N°162-2015/MINSA. (2015 Marzo 13)
5. Perú. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Guías alimentarias para la población peruana. Resolución Ministerial N°1353-2018/MINSA. (2018 Diciembre 28)
6. Perú. Ministerio de Salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adolescente. Resolución Ministerial N° 283-2018/MINSA. (2015 Mayo 07)
7. Perú. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Consulta nutricional para el control de la diabetes mellitus tipo I, en niños, adolescente, y adultos. Resolución Ministerial N° 812-2023/MINSA .(2023 Agosto 25).
8. Perú. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud: Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas. Resolución Ministerial N° 251 – 2024/ MINSA. (2024 Abril 8).



GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN INICIAL, Y REEVALUACIÓN NUTRICIONAL Y ATENCIÓN PREVENTIVA DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN ADOLESCENTES (12 -17 AÑOS) DEL HJATCH

I. FINALIDAD:

Estandarizar y unificar los criterios técnicos del profesional de salud nutricionista para la atención inicial, reevaluación nutricional y atención preventiva de enfermedades prevalentes en adolescentes, dando un cuidado eficiente y de calidad a los usuarios (as) que acuden al Hospital José Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Contribuir a mejorar el estado nutricional y de salud de los adolescentes que acuden a la unidad de atención integral (consulta nutricional ambulatoria) del Hospital José Agurto Tello Chosica.
- Contribuir a la prevención de enfermedades prevalentes para el adolescente en atención de consulta nutricional con el paciente
- Garantizar la reevaluación nutricional en los pacientes adolescentes en la siguiente consulta nutricional

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Departamento de Apoyo Al Tratamiento, servicio de Nutrición Y Dietética además Unidad Funcional Nutriteraapéutica y Dietoterapéutica (Atención Nutricional Hospitalaria)

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.2 Nombre del procedimiento médico.

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA).

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	NOMBRE DE PROCEDIMIENTO	TIEMPO APROX
99384	Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para adolescente (12 a 17 años)	45 min
99384.01	Atención preventiva de enfermedades prevalentes para el adolescente (12 a 17 años)	45 min
99394	Reevaluación periódica de medicina preventiva y manejo para adolescentes de (12 a 17 años)	45 min



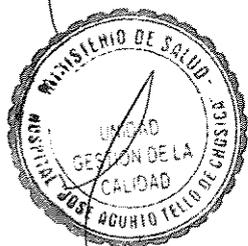
V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **Atención integral de salud de las y los adolescentes:** Comprende la provisión continua, integrada y con calidad de una atención orientada hacia la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud de adolescentes, en el contexto de su vida en familia, institución educativa y en la comunidad¹.
- **Consejería nutricional a adolescente** Es un proceso educativo comunicacional entre el profesional nutricionista o profesional de la salud capacitado en consejería nutricional y adolescente (idealmente con la presencia de familiares), con el propósito de analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre los adolescentes, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y reflexionando sobre aquellas de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional¹.
- **Prescripción nutricional:** Es una orden específica que indica el/la profesional nutricionista de un tipo de dieta adecuada a las necesidades individuales y está sujeto a cambios, cuenta con: condiciones de salud, peso, estatura, sexo, edad, nivel de actividad, conducta y las preferencias alimentarias con el fin de asegurar que la dieta proporcione un consumo adecuado de todos los nutrientes esenciales conocidos¹.
- **Valoración nutricional:** Es el conjunto de procedimientos que realiza el/la profesional de la salud nutricionista, para determinar el estado nutricional de la persona, valorar los requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar con relación a su estado nutricional (incluye la valoración nutricional antropométrica, la evaluación de la bioquímica nutricional, la evaluación de signos clínicos de deficiencias y/o excesos nutricionales, la evaluación de la ingesta alimentaria, la evaluación de la actividad física y la evaluación de la interacción entre nutrientes y fármacos.¹
- **Medición del perímetro abdominal:** Es la medición de la circunferencia abdominal que se realiza para determinar el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles: enfermedades cardiovasculares, diabetes, entre otras¹.
- **Medición de la talla:** Es la medición antropométrica del tamaño o estatura de la persona adolescente, obtenida siguiendo procedimientos establecidos¹.
- **Medición del perímetro abdominal:** es la medición de la circunferencia abdominal que se realiza para determinar el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles: enfermedades cardiovasculares, diabetes, entre otras¹.
- **Monitoreo de crecimiento:** es la recolección frecuente de información sobre la valoración o evaluación del crecimiento de la persona adolescente¹.

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS:

- **Persona adolescente:** Es la persona cuya edad está comprendida entre los 12 y 17 años 11 meses y 29 días. Se caracteriza por ser un periodo de intensos cambios físicos, psicológicos y sociales, que se inicia en la pubertad y culmina con la obtención de las características físicas, biológicas y psicológicas de la juventud¹.
- **Pubertad:** es el tiempo durante el cual las características físicas y sexuales de una niña o niño maduran, y se presentan debido a cambios hormonales. La pubertad precoz es cuando estos cambios corporales suceden más temprano de lo normal¹.
- **Índice de masa corporal (IMC):** Es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado de la persona. Se le conoce también como índice de Quetelet, y su fórmula de cálculo es: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$.



- **Delgadez:** Es una clasificación de la valoración nutricional de adolescentes, caracterizada por una insuficiente masa corporal con relación a la talla. En adolescentes es determinada por un índice de masa corporal para la edad menor a -2 desviación estándar de la población de referencia¹.
- **Sobrepeso:** Es una clasificación de la valoración nutricional, donde el peso corporal es superior a lo normal. En adolescentes, es determinado por un índice de masa corporal para la edad entre más de 1 DE a 2 DE de la población de referencia¹.
- **Obesidad:** Es una enfermedad caracterizada por un estado excesivo de grasa corporal o tejido adiposo. En adolescentes, es determinada cuando el índice de masa corporal para la edad es mayor a +2 desviación estándar (DE) de la población de referencia¹.
- **Malnutrición:** Es el estado nutricional anormal causado por la deficiencia o exceso de energía, macronutrientes y/o micronutrientes; incluye la delgadez, el sobrepeso, la obesidad, la anemia, entre otros¹.
- **Toma del peso corporal:** Es la estimación de la masa corporal de una persona expresada en kilogramos, y varía de acuerdo a la edad, sexo, estilo de vida, estado de salud, entre otros¹.
- **Talla baja:** Es cuando la talla para la edad de la persona adolescente es menor a -2 DE de la población de referencia. También se le conoce como baja estatura o detención del crecimiento¹.
- **Talla baja severa:** Es cuando la talla para la edad de la persona adolescente es menor a -3 DE de la población de referencia¹.
- **Talla para la edad (T/E):** es el indicador resultante de comparar la talla de la mujer o varón adolescente con la talla de referencia correspondiente a su edad. Este indicador permite evaluar el crecimiento lineal del sujeto¹.
- **Estadios de Tanner:** es la valoración del desarrollo puberal en adolescentes, considerando los índices de maduración sexual en cinco estadios, basados en el desarrollo mamario para el sexo femenino, y en el desarrollo de genitales para el sexo masculino¹.



5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Licenciada en nutrición.
- 01 Técnico de nutrición

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos Biomédicos, Instrumental y mobiliario.

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Escritorio	unid	1
Sillas	unid	2
Computadora	unid	1
Reloj de pared	unid	1
Ventiladora	unid	1

- **Material Médico no Fungible.**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Tallímetro	unid	1
Balanza de pie	unid	1
Cinta metálica	unid	1

- **Material Médico Fungible.**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Guantes descartables	unid	1
Alcohol 70° 1 litro	ml	5
Papel toalla	unid	1
Mascarilla descartable	unid	1

5.3.2 FORMATOS:

- Formato de Historia Clínica, aprobada por Resolución Directoral de nuestro.
- Formato de Plan de alimentación.
- Formato único de atención – FUA.
- Tabla: Índice de masa corporal por edad para adolescente según sexo.
- Tabla: talla por edad para adolescente según sexo.
- Formato de Clasificación de riesgo de enfermedad según sexo, edad y perímetro abdominal.
- Formato de orden de laboratorio.
- Formato de solicitud de productos a farmacia.
- Formato de plan de alimentación.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

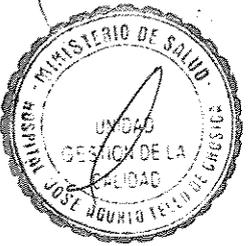
6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ANTES DEL PROCEDIMIENTO (2 min)

- Recepción del paciente el cual será atendido por un personal del área de admisión. **1 min**
- Paciente se acerca a caja, el cual será atendido por un personal del hospital José Agurto Tello y abonar por consulta externa. **1min**

DURANTE DEL PROCEDIMIENTO (40 min)

- Pasa por Triage para toma de medidas antropométricas peso, talla, perímetro abdominal realizada por el técnico de nutrición. **(5min)**
- El profesional licenciado en nutrición valora el examen físico, identificando los signos y síntomas clínicos asociados a las deficiencias y/o excesos nutricionales. **(2min)**



- El profesional licenciado en nutrición elabora la anamnesis alimentaria a través de la entrevista y/o la historia clínica recabando información sobre factores de riesgo y patrones de alimentación del paciente/usuario/ familia **(5min)**
- El profesional licenciado en nutrición, obtiene con precisión y exactitud las medidas antropométricas y de composición corporal, interpretando los resultados según parámetros e indicadores nacionales e internacionales. **(5 min)**
- El profesión licenciada de nutrición realizara el examen visual del desarrollo puberal según los estadios de Tanner contar con la autorización y presencia del padre, madre o tutor(a) previamente informado(a)s del mismo sexo que el o la evaluada , cuando la edad cronológica y la edad biológica presenten una diferencia menor de un año se debe evaluar el estado nutricional según el IMC por edad cronológica, usando los mismos criterios descritos previamente. Si existe una diferencia igual o mayor de un año se debe evaluar el estado nutricional según el IMC por edad biológica. La clasificación de la edad biológica según estadios de Tanner y sus características respectivas por cada estadio se muestra en los Cuadros 1 y 2.**(5 min)**
- El profesión licenciada de nutrición interpreta los resultados de los exámenes auxiliares vinculados al equilibrio bioquímica nutricional del paciente/usuario, de corresponder **(2min)**
- El profesional licenciado en nutrición, determina el diagnóstico del estado nutricional del paciente/ usuario, de acuerdo a la valoración nutricional, alimentación, condiciones ambientales y conductuales**(2min)**
- El profesional licenciado en nutricional, educa al paciente/usuario/familia/, respecto a su problema de salud vinculado a la alimentación y nutrición, considerando su contexto sociocultural, condiciones particulares y las normativas nacionales o internacionales vigentes. **(5min)**
- El profesional licenciado de nutricional, realiza la prescripción nutricional, elaborando el plan de alimentación, en base al diagnóstico del estado nutricional, considerando los nutrientes, suplementación nutricional, necesarios para cubrir sus necesidades según factores culturales, factores sociales, edad, sexo, peso, estatura, actividad física y estado de salud, basados en la mejor evidencia científica. **(5 min)**
- El profesional nutricionista, confirma la comprensión de la prescripción, recomendaciones y orientación nutricionales realizada al paciente/usuario/ familia **(2min)**.
- El profesional nutricionista brinda al paciente las recomendaciones nutricionales en la atención para la prevención del adolescente. **(2min)**.



DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO (3 min)

- El nutricionista registra en la historia clínica Física y virtual la valoración nutricional del usuario(a) joven, adulto, adulto mayor, tutor y/o cuidador, la prescripción nutricional y/o terapia de nutrición médica, consejería nutricional y los procedimientos ejecutados (1 min).
- El nutricionista procede a registrar en la hoja de la Ficha Única de Atención. (FUA) los procedimientos médicos sanitarios ejecutados en la consulta nutricional. (1 min).
- El nutricionista entrega los formatos de la Ficha Única de Atención. (FUA) al auxiliar de nutrición para que lo entregue en el área del SIS. (1 min)

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Familiar del Paciente adolescente de 12 a 17 años que requiere atención nutricional ambulatoria, con cita por admisión.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Familiar de Paciente adolescente de 12 a 17 años que solicita atención nutricional ambulatoria adicional
- Paciente con otro tipo de seguro SIS.

6.3 CONTRAINDICACIONES: No aplica

6.4 COMPLICACIONES: No aplica

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

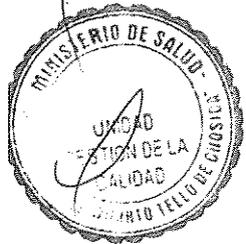
VII. RECOMENDACIONES

- Implementar equipos biomédicos y de bioseguridad para la realización de la Atención Nutricional Ambulatoria.
- Mejorar la infraestructura para desarrollar de manera oportuna la Atención Nutricional Ambulatoria.
- Capacitación continua del personal de nutrición a cargo.



VIII. ANEXOS.

- ANEXO N° 1. Formato de Historia Clínica digital
- ANEXO N° 2. Tabla índice de masa corporal por edad para adolescente según sexo
- ANEXO N° 3. Tabla talla por edad para adolescente según sexo
- ANEXO N°4. Clasificación de riesgo de enfermedad según sexo ,edad, y perímetro abdominal
- ANEXO N°5: Tabla de valoración nutricional antropométrica para adolescente varones
- ANEXO N°6: Tabla de valoración nutricional antropométrica para adolescente mujer
- ANEXO N°7: Formato de orden de laboratorio
- ANEXO N°8: Formato de solicitud de productos a farmacia
- ANEXO N°9: Formato único de atención - FUA
- ANEXO N°10: Formato de plan de alimentación
- ANEXO N°11: Tabla de Clasificación de la edad biológica según estadio Tanner para hombres y mujeres
- ANEXO N°12 : Imágenes de etapas de desarrollo mamario en la adolescente
- ANEXO N°13 : Imágenes de Etapas del desarrollo genital en el adolescente



Anexo N°1: Formato de Historia Clínica digital

Datos de la Persona			
Funciones Vitales			
TEMP:	PAL:	FEC:	FR:
PLSD:	TALLA (CM):	PES:	
Atención del Profesional Médico			
Fecha Atención:	Hora Atención:		
Motivo:	Tiempo de Enfermedad:		
Antecedente:			
Relato de Anamnesis:			
Apetito:	Sed:	Suño:	
Estado de ánimo:	Orina:	Deposiciones:	
Examen Físico:			
Diagnóstico			
Tipo Dx:	Diagnóstico		
Observaciones:			
Destino:			



ANEXO N°2: Tabla Índice de masa corporal por edad para adolescente según sexo

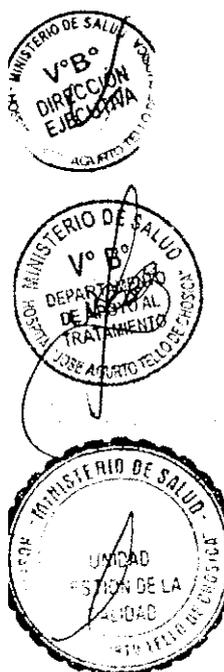
MUJERES

EDAD	-3DE	-2DE	-1DE	Med	1 DE	2 DE	3 DE
12a	13,2	14,4	16,0	18,0	20,8	25,0	31,9
12a 3m	13,3	14,5	16,1	18,2	21,1	25,3	32,3
12a 6m	13,4	14,7	16,3	18,4	21,3	25,6	32,7
12a 9m	13,5	14,8	16,4	18,6	21,6	25,9	33,1
13a	13,6	14,9	16,6	18,8	21,8	26,2	33,4
13a 3m	13,7	15,1	16,8	19,0	22,0	26,5	33,8
13a 6m	13,8	15,2	16,9	19,2	22,3	26,8	34,1
13a 9m	13,9	15,3	17,1	19,4	22,5	27,1	34,4
14a	14,0	15,4	17,2	19,6	22,7	27,3	34,7
14a 3m	14,1	15,6	17,4	19,7	22,9	27,6	34,9
14a 6m	14,2	15,7	17,5	19,9	23,1	27,8	35,1
14a 9m	14,3	15,8	17,6	20,1	23,3	28,0	35,4
15a	14,4	15,9	17,8	20,2	23,5	28,2	35,5
15a 3m	14,4	16,0	17,9	20,4	23,7	28,4	35,7
15a 6m	14,5	16,0	18,0	20,5	23,8	28,6	35,8
15a 9m	14,5	16,1	18,1	20,6	24,0	28,7	36,0
16a	14,6	16,2	18,2	20,7	24,1	28,9	36,1
16a 3m	14,6	16,2	18,2	20,8	24,2	29,0	36,1
16a 6m	14,7	16,3	18,3	20,9	24,3	29,1	36,2
16a 9m	14,7	16,3	18,4	21,0	24,4	29,2	36,3
17a	14,7	16,4	18,4	21,0	24,5	29,3	36,3
17a 3m	14,7	16,4	18,5	21,1	24,6	29,4	36,3
17a 6m	14,7	16,4	18,5	21,2	24,6	29,4	36,3
17a 9m	14,7	16,4	18,5	21,2	24,7	29,5	36,3

VARONES

EDAD	-3DE	-2DE	-1DE	Med	1 DE	2 DE	3 DE
12a	13,4	14,5	15,8	17,5	19,9	23,6	30,0
12a 3m	13,5	14,6	15,9	17,7	20,2	23,9	30,4
12a 6m	13,6	14,7	16,1	17,9	20,4	24,2	30,9
12a 9m	13,7	14,8	16,2	18,0	20,6	24,5	31,3
13a	13,8	14,9	16,4	18,2	20,8	24,8	31,7
13a 3m	13,9	15,1	16,5	18,4	21,1	25,1	32,1
13a 6m	14,0	15,2	16,7	18,6	21,3	25,3	32,4
13a 9m	14,1	15,3	16,8	18,8	21,5	25,6	32,8
14a	14,3	15,5	17,0	19,0	21,8	25,9	33,1
14a 3m	14,4	15,6	17,2	19,2	22,0	26,2	33,4
14a 6m	14,5	15,7	17,3	19,4	22,2	26,5	33,6
14a 9m	14,6	15,9	17,5	19,6	22,5	26,7	33,9
15a	14,7	16,0	17,6	19,8	22,7	27,0	34,1
15a 3m	14,8	16,1	17,8	20,0	22,9	27,2	34,3
15a 6m	14,9	16,3	18,0	20,1	23,1	27,4	34,5
15a 9m	15,0	16,4	18,1	20,3	23,3	27,7	34,6
16a	15,1	16,5	18,2	20,5	23,5	27,9	34,8
16a 3m	15,2	16,6	18,4	20,7	23,7	28,1	34,9
16a 6m	15,3	16,7	18,5	20,8	23,9	28,3	35,0
16a 9m	15,4	16,8	18,7	21,0	24,1	28,5	35,1
17a	15,4	16,9	18,8	21,1	24,3	28,6	35,2
17a 3m	15,5	17,0	18,9	21,3	24,4	28,8	35,3
17a 6m	15,6	17,1	19,0	21,4	24,6	29,0	35,3
17a 9m	15,6	17,2	19,1	21,6	24,8	29,1	35,4

Fuente: Referencia de Crecimiento OMS 2007



ANEXO N°3: Tabla talla por edad para adolescente según sexo

MUJERES

EDAD	-3DE	-2 DE	-1DE	Med	1 DE	2 DE	3 DE
12a	130,7	137,6	144,4	151,2	158,1	164,9	171,8
12a 3m	132,0	138,9	145,8	152,7	159,5	166,4	173,3
12a 6m	133,3	140,2	147,1	154,0	160,9	167,8	174,7
12a 9m	134,5	141,4	148,3	155,2	162,2	169,1	176,0
13a	135,6	142,5	149,4	156,4	163,3	170,3	177,2
13a 3m	136,5	143,5	150,4	157,4	164,3	171,3	178,2
13a 6m	137,4	144,4	151,3	158,3	165,3	172,2	179,2
13a 9m	138,2	145,2	152,1	159,1	166,0	173,0	179,9
14a	139,0	145,9	152,8	159,8	166,7	173,7	180,6
14a 3m	139,6	146,5	153,5	160,4	167,3	174,2	181,2
14a 6m	140,1	147,1	154,0	160,9	167,8	174,7	181,6
14a 9m	140,6	147,5	154,4	161,3	168,2	175,1	182,0
15a	141,0	147,9	154,8	161,7	168,5	175,4	182,3
15a 3m	141,4	148,2	155,1	162,0	168,8	175,7	182,5
15a 6m	141,7	148,5	155,4	162,2	169,0	175,9	182,7
15a 9m	141,9	148,7	155,6	162,4	169,2	176,0	182,8
16a	142,2	148,9	155,7	162,5	169,3	176,1	182,9
16a 3m	142,3	149,1	155,9	162,6	169,4	176,2	182,9
16a 6m	142,5	149,2	156,0	162,7	169,5	176,2	182,9
16a 9m	142,6	149,4	156,1	162,8	169,5	176,2	182,9
17a	142,8	149,5	156,2	162,9	169,5	176,2	182,9
17a 3m	142,9	149,6	156,2	162,9	169,6	176,3	182,9
17a 6m	143,0	149,7	156,3	163,0	169,6	176,3	182,9
17a 9m	143,1	149,8	156,4	163,0	169,6	176,3	182,9

VARONES

EDAD	-3DE	-2 DE	-1DE	Med	1 DE	2 DE	3 DE
12a	127,8	134,9	142,0	149,1	156,2	163,3	170,3
12a 3m	129,2	136,4	143,6	150,7	157,9	165,1	172,2
12a 6m	130,7	137,9	145,2	152,4	159,7	167,0	174,2
12a 9m	132,2	139,5	146,9	154,2	161,6	168,9	176,3
13a	133,8	141,2	148,6	156,0	163,5	170,9	178,3
13a 3m	135,4	142,9	150,4	157,9	165,4	172,9	180,4
13a 6m	137,0	144,5	152,1	159,7	167,3	174,8	182,4
13a 9m	138,6	146,2	153,8	161,5	169,1	176,7	184,4
14a	140,1	147,8	155,5	163,2	170,9	178,6	186,3
14a 3m	141,6	149,3	157,1	164,8	172,5	180,3	188,0
14a 6m	143,0	150,8	158,5	166,3	174,1	181,8	189,6
14a 9m	144,3	152,1	159,9	167,7	175,5	183,3	191,1
15a	145,5	153,4	161,2	169,0	176,8	184,6	192,4
15a 3m	146,7	154,5	162,3	170,1	177,9	185,7	193,5
15a 6m	147,7	155,5	163,3	171,1	178,9	186,8	194,6
15a 9m	148,7	156,5	164,3	172,1	179,9	187,7	195,4
16a	149,6	157,4	165,1	172,9	180,7	188,4	196,2
16a 3m	150,4	158,1	165,9	173,6	181,4	189,1	196,9
16a 6m	151,1	158,8	166,5	174,2	181,9	189,7	197,4
16a 9m	151,7	159,4	167,1	174,7	182,4	190,1	197,8
17a	152,2	159,9	167,5	175,2	182,8	190,4	198,1
17a 3m	152,7	160,3	167,9	175,5	183,1	190,7	198,3
17a 6m	153,1	160,6	168,2	175,8	183,3	190,9	198,4
17a 9m	153,4	160,9	168,5	176,0	183,5	191,0	198,5

Fuente: Referencia de crecimiento OMS 2007
http://www.who.int/growthref/ifa_girls_5_19years_z.pdf
http://www.who.int/growthref/ifa_boys_5_19years_z.pdf



ANEXO N°4: Clasificación de riesgo de enfermedad según sexo, edad y perímetro abdominal

Edad (años)	Riesgo de enfermar según perímetro abdominal (cm)					
	Adolescentes varones			Adolescentes mujeres		
	Bajo (< P75)	Alto (≥ P75)	Muy alto (≥ P90)	Bajo (< P75)	Alto (≥ P75)	Muy alto (≥ P90)
12	74,2	74,3	84,8	73,4	73,5	82,7
13	76,7	76,8	88,2	76,8	76,9	85,8
14	79,3	79,4	91,6	78,2	78,3	88,8
15	81,8	81,9	95,0	80,6	80,7	91,9
16	84,4	84,5	98,4	83,0	83,1	94,9
17	86,9	87,0	101,8	85,4	85,5	98,0

Fuente: Adaptado de Fernández J, Redden D, Pietrobelli A, Allison D. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *Pediatric* 2004.



ANEXO N°5: Tabla de valoración nutricional antropométrica para adolescentes varones

TABLA DE VALORACION NUTRICIONAL ANTROPOMETRICA - VARONES (5 a 17 años)

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) PARA EDAD

EDAD (años)	CLASIFICACION			
	BAJA	NORMAL	ALTA	MUY ALTA
5-6	15.70	17.00	18.40	20.00
7-8	16.00	17.30	18.70	20.30
9-10	16.30	17.60	19.00	20.60
11-12	16.60	17.90	19.30	20.90
13-14	16.90	18.20	19.60	21.20
15-16	17.20	18.50	19.90	21.50
17	17.50	18.80	20.20	21.80

INSTRUCCIONES:

- Con los valores de peso y talla del niño o adolescente calcule el IMC según fórmula.
- IMC = peso (kg) / talla (m)²
- Consulte en la tabla de IMC el valor de talla y compare con los rangos de clasificación.
- Compare el IMC obtenido con los valores del IMC que aparecen en el cuadro de clasificación según corresponde.

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA

Para edades de 5 a 17 años se ha establecido la edad biológica a través de los estudios de Tanner.

Se ha dividido en tres etapas: normal, alta y muy alta. En la etapa normal se encuentran los niños que crecen y se desarrollan adecuadamente en cuanto a su estatura y peso. En la etapa alta se encuentran los niños que crecen y se desarrollan adecuadamente en cuanto a su estatura y peso, pero que presentan un crecimiento más rápido que el normal. En la etapa muy alta se encuentran los niños que crecen y se desarrollan adecuadamente en cuanto a su estatura y peso, pero que presentan un crecimiento muy rápido que el normal.

Etapa	Características de las glándulas	Clasificación
1	Glándulas pequeñas	Normal
2	Glándulas medianas	Alta
3	Glándulas grandes	Muy alta

TABLA DE VALORACION NUTRICIONAL ANTROPOMETRICA - VARONES (5 a 17 años)

TALLA PARA EDAD (TALLE) (cm)

EDAD (años)	CLASIFICACION		
	Baja	Normal	Alta
5-6	110.0	115.0	120.0
7-8	115.0	120.0	125.0
9-10	120.0	125.0	130.0
11-12	125.0	130.0	135.0
13-14	130.0	135.0	140.0
15-16	135.0	140.0	145.0
17	140.0	145.0	150.0

INSTRUCCIONES:

- Consulte en la tabla de TALLE el valor de talla y compare con los rangos de clasificación.
- Compare el TALLE obtenido con los valores del TALLE que aparecen en el cuadro de clasificación según corresponde.

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA

Para edades de 5 a 17 años se ha establecido la edad biológica a través de los estudios de Tanner.

Se ha dividido en tres etapas: normal, alta y muy alta. En la etapa normal se encuentran los niños que crecen y se desarrollan adecuadamente en cuanto a su estatura y peso. En la etapa alta se encuentran los niños que crecen y se desarrollan adecuadamente en cuanto a su estatura y peso, pero que presentan un crecimiento más rápido que el normal. En la etapa muy alta se encuentran los niños que crecen y se desarrollan adecuadamente en cuanto a su estatura y peso, pero que presentan un crecimiento muy rápido que el normal.

DELIMITACION DE ETAPAS

Algunos aspectos de la etapa normal son:

- Se ha dividido en tres etapas: normal, alta y muy alta.
- En la etapa normal se encuentran los niños que crecen y se desarrollan adecuadamente en cuanto a su estatura y peso.
- En la etapa alta se encuentran los niños que crecen y se desarrollan adecuadamente en cuanto a su estatura y peso, pero que presentan un crecimiento más rápido que el normal.
- En la etapa muy alta se encuentran los niños que crecen y se desarrollan adecuadamente en cuanto a su estatura y peso, pero que presentan un crecimiento muy rápido que el normal.

INFORMACION GENERAL

Este manual es propiedad del Ministerio de Salud y se permite su uso en forma gratuita para fines educativos y de investigación.

El Ministerio de Salud, 2010
 Av. Alameda 2000, San José, Costa Rica
 Teléfono: (506) 222-3000
 Fax: (506) 222-3001
 Página web: www.msc.gob.cr

El Instituto Costarricense de Epidemiología y Salud Pública
 Calle Fomento 1000, San José, Costa Rica
 Teléfono: (506) 222-3000
 Fax: (506) 222-3001
 Página web: www.icep.msc.gob.cr

Centro Nacional de Información y Estadística
 Unidad Ejecutiva de Estadística y Censos
 Calle 100, San José, Costa Rica
 Teléfono: (506) 222-3000
 Fax: (506) 222-3001
 Página web: www.inec.msc.gob.cr



ANEXO N°6: Tabla de valoración nutricional antropométrica para adolescentes mujeres

TABLA DE VALORACION NUTRICIONAL ANTRPOMETRICA - MUJERES (5 a 17 años)



INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) PARA EDAD

EDAD (años)	CLASIFICACIÓN				
	Baja	Normal	Alta	Obesa	Obesidad
5-6	< 12.5	12.5 - 15.0	15.0 - 17.5	17.5 - 20.0	> 20.0
7-8	< 12.5	12.5 - 15.0	15.0 - 17.5	17.5 - 20.0	> 20.0
9-10	< 12.5	12.5 - 15.0	15.0 - 17.5	17.5 - 20.0	> 20.0
11-12	< 12.5	12.5 - 15.0	15.0 - 17.5	17.5 - 20.0	> 20.0
13-14	< 12.5	12.5 - 15.0	15.0 - 17.5	17.5 - 20.0	> 20.0
15-16	< 12.5	12.5 - 15.0	15.0 - 17.5	17.5 - 20.0	> 20.0
17	< 12.5	12.5 - 15.0	15.0 - 17.5	17.5 - 20.0	> 20.0

INSTRUCCIONES

1. Con los valores de peso y talla de la niña o adolescente consulte el IMC según Variedad (IMC = peso (kg) / talla (m) al cuadrado)
2. Ubique en la columna de EDAD la edad de la niña o adolescente. Si no corresponde ubíquese en la edad anterior.
3. Compare el IMC calculado con los valores del IMC que aparecen en el recuadro y clasifique según corresponda.

CONSEJO Y RECOMENDACIONES

Alta mujeres de 15 a 17 años de edad la edad biológica difiere de la edad calendarial de la niña.

Se les sugiere que siempre compare su edad biológica a través de los estudios. Tener en los momentos del embarazo y en los estudios de peso al nacer en particular para tener una mejor comprensión de la edad biológica.

Si la edad cronológica y la edad biológica difieren en un año o más, solicite la edad biológica para realizar el estudio nutricional según IMC (Tabla de Talla y Edad).

Nota: estos resultados deben ser realizados por el profesional de salud capacitado y especializado en el diagnóstico de esta patología y debe contar con la autorización y presencia del padre, madre o tutor(a) previamente informado(a) sobre el propósito del estudio de la información que el estudio proporciona.

ESTADIO I (IMC)

Grado	Características de la niña	Alteza (cm)
1	Reflexiones como caídas, desmayos	< 128 cm
2	Falta de energía, pérdida de peso	128 cm
3	Mucha anemia de tipo crónico, pérdida de peso	128 cm
4	Permanente fiebre, pérdida de peso	128 cm
5	Mucha anemia de tipo crónico	128 cm

TABLA DE VALORACION NUTRICIONAL ANTRPOMETRICA - MUJERES (5 a 17 años)



TALLA PARA EDAD TALLA (cm)

EDAD (años)	CLASIFICACIÓN				
	Baja	Normal	Alta	Obesa	Obesidad
5-6	< 100	100 - 110	110 - 120	120 - 130	> 130
7-8	< 105	105 - 115	115 - 125	125 - 135	> 135
9-10	< 110	110 - 120	120 - 130	130 - 140	> 140
11-12	< 115	115 - 125	125 - 135	135 - 145	> 145
13-14	< 120	120 - 130	130 - 140	140 - 150	> 150
15-16	< 125	125 - 135	135 - 145	145 - 155	> 155
17	< 130	130 - 140	140 - 150	150 - 160	> 160

INSTRUCCIONES

1. Ubique en la columna de EDAD la edad de la niña o adolescente. Si no corresponde marque, tome el valor anterior.
2. Compare la talla de la niña o adolescente con los valores de talla que aparecen en el recuadro y clasifique según corresponda.

CONSEJO Y RECOMENDACIONES

Alta mujeres de 15 a 17 años de edad la edad biológica difiere de la edad calendarial de la niña.

Se les sugiere que siempre compare su edad biológica a través de los estudios. Tener en los momentos del embarazo y en los estudios de peso al nacer en particular para tener una mejor comprensión de la edad biológica.

Si la edad cronológica y la edad biológica difieren en un año o más, solicite la edad biológica para realizar el estudio nutricional según IMC (Tabla de Talla y Edad).

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN EJECUTIVA

DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO

UNIDADES GESTIÓN DE LA CIUDAD

HOSPITAL JOSÉ AGUIRRE TELLO DE C. O.



ANEXO N° 7: Formato de orden de laboratorio



ORDEN DE ANALISIS DE LABORATORIO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE _____ EDAD _____
 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: _____ FECHA DE ATENCION: _____

HISTORIA CLINICA:
 N° CAMA _____
 N° CAMA _____

<p><input type="checkbox"/> DEMANDA</p> <p><input type="checkbox"/> IS</p> <p><input type="checkbox"/> SOA</p>	<p><input type="checkbox"/> EMERGENCIA</p> <p><input type="checkbox"/> PROGRAMA</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS</p>	<p><input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA</p> <p><input type="checkbox"/> EMERGENCIA</p> <p><input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS</p>
--	---	---

<p>QUIMICA</p> <p><input type="checkbox"/> AGUDO URINO</p> <p><input type="checkbox"/> AGUDO URINO EN ORINA DE 24 HORAS</p> <p><input type="checkbox"/> ALBUMINA</p> <p><input type="checkbox"/> AMILASA SERICA</p> <p><input type="checkbox"/> ADENOSIN DEAMINASA (ADA)</p> <p><input type="checkbox"/> BILIRUBINAS TOTALES Y FX</p> <p><input type="checkbox"/> CALCIO SERICO</p> <p><input type="checkbox"/> CITQUIMICO - LIQ. CORPORAL</p> <p><input type="checkbox"/> CK-TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> CK-MB</p> <p><input type="checkbox"/> COLESTEROL TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> COLESTEROL HDL</p> <p><input type="checkbox"/> COLESTEROL LDL</p> <p><input type="checkbox"/> CREATININA DEPURACION</p> <p><input type="checkbox"/> CREATININA (SANGRE)</p> <p><input type="checkbox"/> DESHIDROGENASA LACTICA (DHL)</p> <p><input type="checkbox"/> EXAMEN COMPLETO DE ORINA</p> <p><input type="checkbox"/> FOSFATASA ALCALINA</p> <p><input type="checkbox"/> GLUCOSA</p> <p><input type="checkbox"/> GLUCOSA POST PRANDIAL</p> <p><input type="checkbox"/> GAMMA GLUTAMIL TRANSFERTASA</p> <p><input type="checkbox"/> IPASA SERICA</p> <p><input type="checkbox"/> PROTEINAS TOTALES</p> <p><input type="checkbox"/> PROTEINURIA DE 24 HORAS</p> <p><input type="checkbox"/> TRANSAMINASAS TGP</p> <p><input type="checkbox"/> TRANSAMINASAS TGO</p> <p><input type="checkbox"/> TRIGLICERIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> UREA</p> <p><input type="checkbox"/> GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS</p> <p><input type="checkbox"/> ELECTROLITOS (CA, K, NA)</p>	<p>INMUNOLOGIA</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIESTREPTOLISINA</p> <p><input type="checkbox"/> ANTIESTREPTOLISINA CUANTITATIVO</p> <p><input type="checkbox"/> FACTOR REUMATOIDEO</p> <p><input type="checkbox"/> FACTOR REUMATOIDEO CUANTITATIVO</p> <p><input type="checkbox"/> PROTEINA C- REACTIVA (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> PCR CUANTITATIVO</p> <p><input type="checkbox"/> ROSA DE BENGALA</p> <p><input type="checkbox"/> AGLUTINACIONES</p> <p><input type="checkbox"/> HCG- CUALITATIVO</p> <p><input type="checkbox"/> HCG- CUANTITATIVO</p> <p><input type="checkbox"/> RPR- SIFILIS</p> <p><input type="checkbox"/> PSA- TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> HIV- PRUEBA RAPIDA</p> <p><input type="checkbox"/> HIV- ELISA ANTIGENO- ANTICUERPO</p> <p><input type="checkbox"/> HEPATITIS B- PRUEBA RAPIDA</p> <p><input type="checkbox"/> HEPATITIS B- ELISA</p> <p><input type="checkbox"/> HEPATITIS B- CORE TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> HEPATITIS A IgM</p> <p><input type="checkbox"/> HEPATITIS C- HCV</p> <p><input type="checkbox"/> HELICOBACTER PYLORI- IgG</p> <p><input type="checkbox"/> TOXOPLASMA IgM</p> <p><input type="checkbox"/> RUBOLA IgM</p> <p><input type="checkbox"/> HERPES VIRUS- IgM</p> <p><input type="checkbox"/> TRINOTRINONA- IgG</p> <p><input type="checkbox"/> TRONINA- TG</p> <p><input type="checkbox"/> TSH- TROTOPINA</p> <p><input type="checkbox"/> T4 LIBRE</p>	<p>MICROBIOLOGIA</p> <p><input type="checkbox"/> BASILOSCOPIA- BK</p> <p><input type="checkbox"/> PRUEBA DE HELECHO</p> <p><input type="checkbox"/> COPROLOGICO FUNCIONAL</p> <p><input type="checkbox"/> COPROCULTIVO</p> <p><input type="checkbox"/> CULTIVO DE LIQUIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> ROTAVIRUS</p> <p><input type="checkbox"/> CULTIVO DE SECRECIONES</p> <p><input type="checkbox"/> CULTIVO DE HONGOS</p> <p><input type="checkbox"/> EXAMEN DIRECTO DE SECREC</p> <p><input type="checkbox"/> EXAMEN LEISHMANIA FROTIS</p> <p><input type="checkbox"/> EXAMEN RASPADO DE PIEL- UÑAS</p> <p><input type="checkbox"/> GOTA GRUESA</p> <p><input type="checkbox"/> COLORACION GRAM</p> <p><input type="checkbox"/> HEMOCULTIVO</p> <p><input type="checkbox"/> PARASIT- EN HECES SERIADO</p> <p><input type="checkbox"/> PARASIT- EN HECES SIMPLE</p> <p><input type="checkbox"/> REACCION INFLAMATORIA</p> <p><input type="checkbox"/> TEST DE GRAHAM</p> <p><input type="checkbox"/> TEST DE AMAIAS</p> <p><input type="checkbox"/> UROCULTIVO Y ANTIROGRAMA</p>	<p>HEMATOLOGIA</p> <p><input type="checkbox"/> FERRITINA</p> <p><input type="checkbox"/> GRUPO SANGUINEO- RH</p> <p><input type="checkbox"/> COXIMBS DIRECTO</p> <p><input type="checkbox"/> COXIMBS INDIRECTO</p> <p><input type="checkbox"/> HEMATOCRITO- HEMOGLOBINA</p> <p><input type="checkbox"/> HEMOGRAMA AUTOMATIZADO</p> <p><input type="checkbox"/> RETICULOCITOS</p> <p><input type="checkbox"/> PRUEBA DE COMPATIBILIDAD</p> <p><input type="checkbox"/> PLAQUETAS</p> <p><input type="checkbox"/> T DE COAGULACION- GANERNA</p> <p><input type="checkbox"/> TIEMPO DE PROTROMBINA</p> <p><input type="checkbox"/> TIEMPO DE TROMBINA</p> <p><input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA</p> <p><input type="checkbox"/> VELOCIDAD DE SEDIMENTACION</p> <p><input type="checkbox"/> EXAMEN DE LAMINA PERIFERICA</p> <p><input type="checkbox"/> RECUESTO DE EOSINOFILOS</p> <p>OTROS _____</p>
---	--	---	--

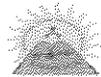
PERFILES

PERFIL HEPATITIS (TGP, TGO, IPASA, GGT, PROTEINAS)
 PERFIL LIQUIDO (COLESTEROL HDL, LDL, TRIGLICERIDOS)
 PERFIL RENAL (UREA, CREATININA, GGT, PROTEINAS)
 PERFIL COAGULACION (PT, TPT, TROMBINA, FERRITINA)
 PERFIL TIPODE (Hb, T4)
 PERFIL TROPICOPASMA, RUBOLA, CITOMO, SALIVARIUS, HERPES

OTROS _____



ANEXO N° 8: Formato de solicitud de productos a farmacia



FORMATO DE SOLICITUD DE PRODUCTOS A FARMACIA



Establecimiento de Salud: _____

I. DATOS DEL PACIENTE USUARIO

Nombres y Apellidos: _____

Código del Asegurado (de corresponder): _____
 DNI: _____ Edad: _____

Historia Clínica
 Diagnóstico (CIE-10): _____ NA

II. TIPO DE USUARIO

Demanda: SIS Intenciones Sanitarias Otro (especif): _____

III. TIPO DE ATENCIÓN (CONTROL)

Inmunizaciones Niño Seguro Planificación Familiar Otro (especif): _____

Nutrición y Dietética

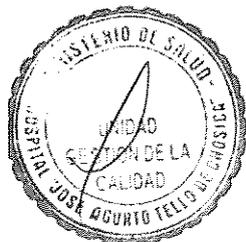
IV. PRODUCTO(S) SOLICITADO(S)

N°	Nombre del producto*	Presentación	Unidad de Medida	Cantidad
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

 Sello / Firma / Cel. Profesional

 Fecha de Abandón

 Recibido



Anexo N°9: Formato único de atención - FUA

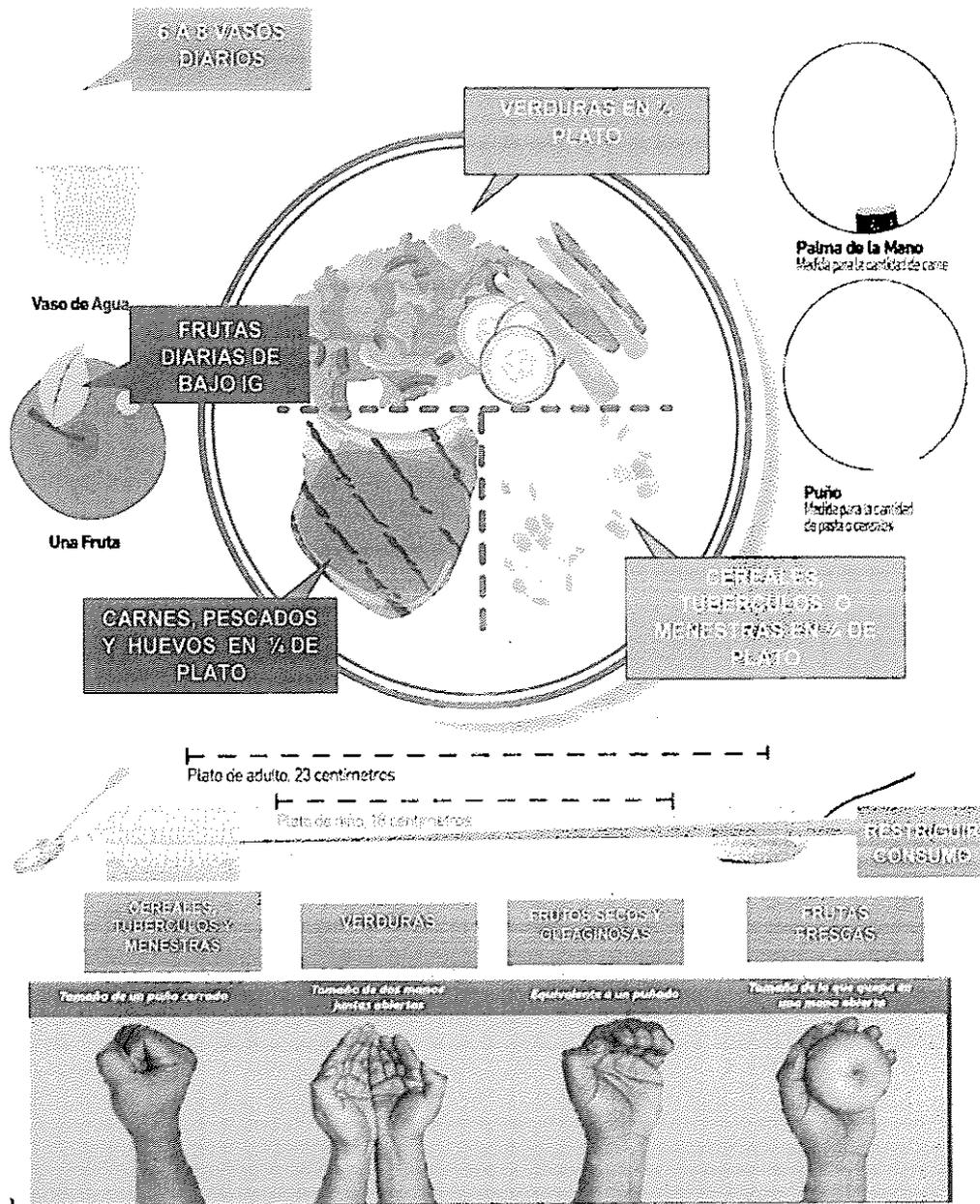
ANEXO 1

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NÚMERO DE FORMATO		INSTITUCIÓN EDUCATIVA		CÓDIGO	
270 17		No. FRM. SEC. SECUR. CURSO			
CÓDIGO DE LA IPRES			NOMBRE DE LA IPRES QUE REALIZA LA ATENCIÓN		
1173					
PERSONAL QUE REALIZA DE LA IPRES		LEGAR DE ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR	
CÓDIGO DE LA IPRES NOMBRE IDENTIFICABLE		ESPECIALIDAD REFERENCIA ESPECIALIDAD		CÓD. PRECIS. NOMBRE DE LA IPRES REFERENCIAL N.º FONDO REFERENCIAL	
IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO / USUARIO			ASEGURADO DE OTRAS IPRES		
CÓDIGO DEL ASEGURADO ES NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO			NÚMERO APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO		
SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		N.º DE IDENTIFICACION	
MASCULINO FEMENINO		FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO		N.º DE IDENTIFICACION N.º DE IDENTIFICACION N.º DE IDENTIFICACION	
FECHA DE ATENCIÓN		HORA		CÓD. PREST. (S) ADICIONAL (S)	
DIA MES AÑO		HORA		CÓD. PREST. (S) ADICIONAL (S)	
REPORTE VINCULADO			N.º FICHA VINCULADA		
CÓD. AUTORIZACION N.º FICHA VINCULADA			N.º FICHA VINCULADA		
CONCEPTO PRESTACIONAL					
CÓD. EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		REPETIDO	
N.º AUTORIZACION MONEDA		N.º AUTORIZACION MONEDA		NÚMERO DE DÍGITO DÍGITO	
DEL DESTINO DEL ASEGURADO / USUARIO					
DATA		HOSPITALIZACIÓN		CONTRA REFERENCIA	
DATA LUGAR		HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA		CONTRA REFERENCIA FALLECIDO CORTE AEREA	
SE REFIERE CONTRA REFERENCIA					
CÓDIGO DE LA IPRES		NOMBRE DE LA IPRES A LA QUE SE REFIERE (CON PATRIOTERA)		N.º FOJA DE REFERENCIA CONTRA	
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTRAS					
SEXO (ING)		TALLA (CM)		PA (MMHG)	
DEL DECIER NACIDO SEXO (ING)		DEL DECIER NACIDO TALLA (CM)		DEL DECIER NACIDO PA (MMHG)	
DEL DECIER NACIDO		DEL DECIER NACIDO		DEL DECIER NACIDO	
DEL DECIER NACIDO DEL DECIER NACIDO		DEL DECIER NACIDO DEL DECIER NACIDO		DEL DECIER NACIDO DEL DECIER NACIDO	
DIAGNÓSTICOS					
DESCRIPCIÓN		IMPRESO		IMPRESO	
DESCRIPCIÓN		IMPRESO P X R		IMPRESO P X R	
DESCRIPCIÓN		IMPRESO P X R		IMPRESO P X R	
DESCRIPCIÓN		IMPRESO P X R		IMPRESO P X R	
DESCRIPCIÓN		IMPRESO P X R		IMPRESO P X R	
N.º DE USU					
N.º DE USU		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		N.º DE COLEGIATURA	
N.º DE USU		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		N.º DE COLEGIATURA	
FIRMA					
FIRMA		FIRMA		FIRMA	
FIRMA APODERADO		FIRMA APODERADO		FIRMA APODERADO	
FIRMA APODERADO		FIRMA APODERADO		FIRMA APODERADO	



Anexo N°10: Formato de plan de alimentación



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Guía de Planificación de comidas saludables 2014 y Afiche: Alimentándose saludablemente controla tus porciones de alimentos. 2014.



Anexo N°11: Tabla de Clasificación de la edad biológica según estadio Tanner para hombres y mujeres

Clasificación de la edad biológica según estadios de Tanner para varones

Estadio de Tanner	Características de los genitales	Edad biológica (años y meses)
Genitales I	No hay cambios	< 12 a
Genitales II	Escroto y testículos aumentan ligeramente de tamaño	12 a
Genitales III	Crece el pene ligeramente, sobre todo en longitud	12 a 6 m
Genitales IV	Engrosamiento del pene y desarrollo de testículos y escroto	13 a 6 m
Genitales V	Genitales adultos	14 a 6 m

Fuente: Burrows R, Muzzo S. Rev Chil Nutr 1999; 26: 95S-101S.



Clasificación de la edad biológica según estadios de Tanner para mujeres

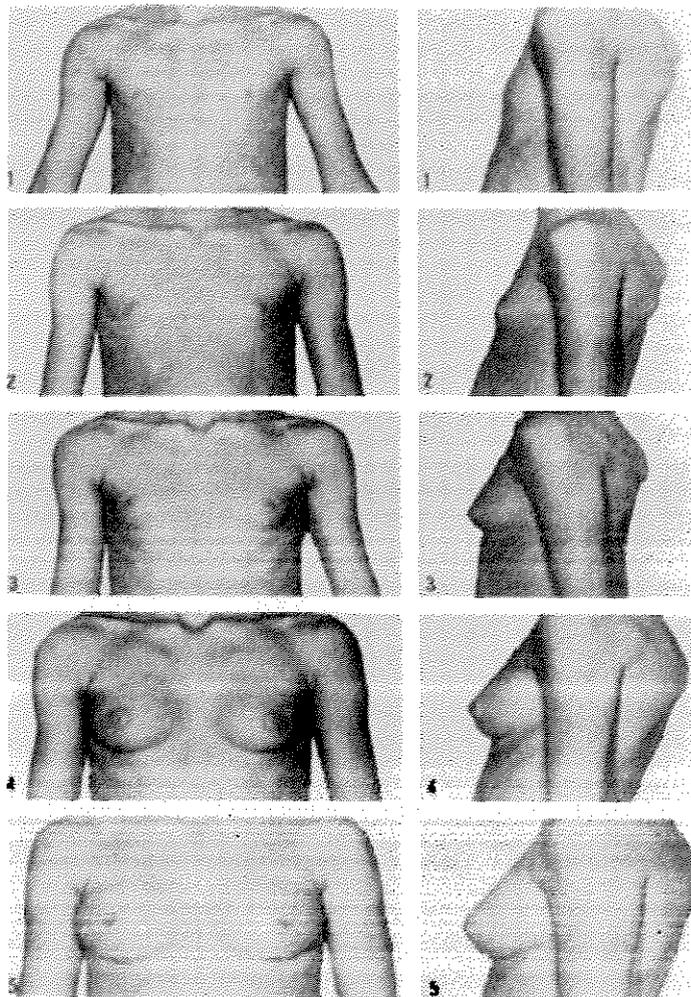
Estadio de Tanner	Características de la mama	Edad biológica (años y meses)
Mama I	No hay cambios o ligera elevación del pezón	< 10 a 6 m
Mama II	Aparece el botón mamario. Crecimiento de la glándula	10 a 6 m
Mama III	Mama en forma de cono. Inicia el crecimiento del pezón	11 a
Mama IV	Crecimiento de la areola y del pezón; doble contorno	12 a
Mama V	Mama adulta. Solo es prominente el pezón	12 a 8 m

Fuente: Burrows R, Muzzo S. Rev Chil Nutr 1999; 26: 95S-101S.



Anexo N°12: Imágenes de etapas de desarrollo mamario en la adolescente

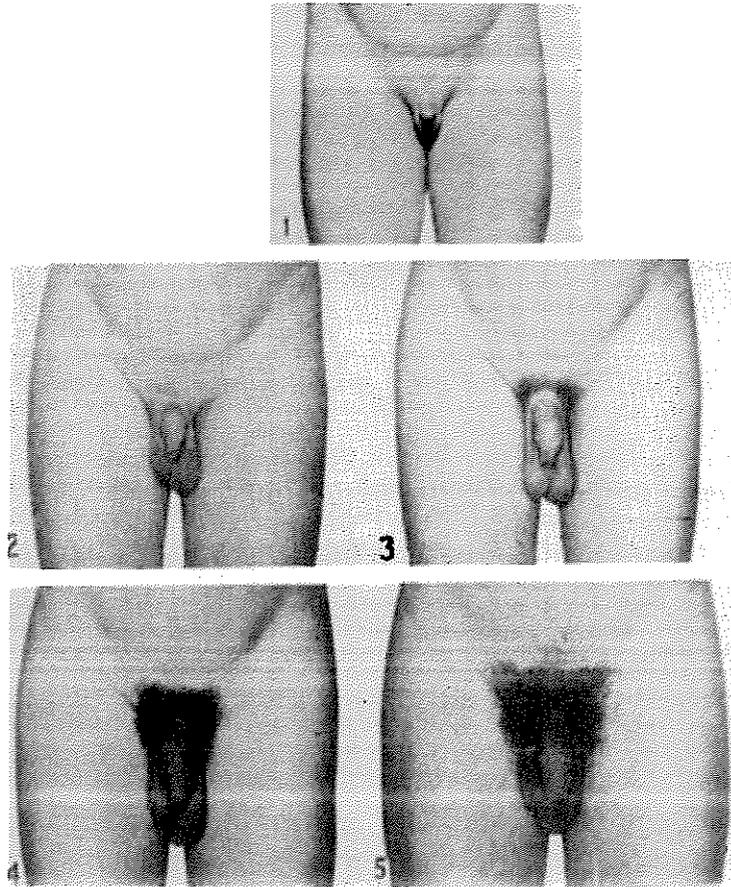
FIGURA 1: ETAPAS DE DESARROLLO MAMARIO EN LA ADOLESCENTE



Fuente: Ramirez R, Mizzen S. Rev Chil Nutr 1999; 28: 94S-101S



Anexo N°13 : Imágenes de Etapas del desarrollo genital en el adolescente

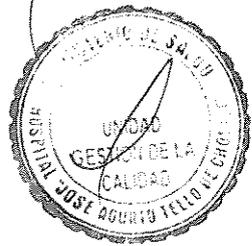


Fuente: Burrows R., Muzzo S. Rev Chil Nutr 1999; 26: 958-1018.



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. Perú. MINSA. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adolescente, 2015, Lima. Resolución ministerial N° 283 – 2015/MINSA. (2015 Mayo 7)
9. Perú. MINSA. Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) del Servicio de Nutrición y Dietética del Hospital José Agurto Tello de Chosica, 2019, Lima. Resolución Directoral N0 0150 – 2019 – DE /HJATCH. (2019 junio 19)



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN NUTRICIONAL HOSPITALARIA EN EL RECIEN NACIDO CON MUY BAJO PESO AL NACER Y BAJO PESO AL NACER DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO DEL HJATCH

I. FINALIDAD:

Proporcionar a los nutricionistas directrices para una atención de nutricional hospitalaria, garantizando una atención nutricional hospitalaria de calidad en las unidades de cuidados intensivos neonatales del Hospital Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Implementar intervenciones preventivas, de mantenimiento y/o de recuperación en la atención nutricional hospitalaria, considerando la patología, diagnóstico nutricional y necesidades específicas de alimentación.
- Capacitar al personal de salud involucrado en el manejo nutricional del recién nacido con muy bajo peso y bajo peso al nacer.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Departamento de Apoyo al tratamiento - Servicio de Nutrición y Dietética - Hospitalización de Unidad de Cuidados Intensivos neonatal.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico:

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento

Nombre del procedimiento Médico	Código CPMS	Tiempo del procedimiento
Atención intensiva subsiguiente, por día, para la evaluación y manejo del nacido con muy bajo peso (peso menor de 1500 gramos)	99478	45 min
Atención intensiva subsiguiente, por día, para la evaluación y manejo del nacido con bajo peso (peso de 1500 gramos a 2500 gramos)	99479	45 min



V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **Atención Nutricional Hospitalaria** Es la atención especializada ejecutada por el Profesional de la Salud Nutricionista dirigida a las y los pacientes hospitalizados/as en las Unidades Productoras de Servicios de Salud (U.P.S.S) (Ginecología y Obstetricia, Neonatología, Pediatría), Centro Obstétrico, Unidad de Cuidados Intensivos] que requieren una atención nutricional hospitalaria individualizado acorde a la patología de fondo y su estado clínico, desarrollando un plan de intervención nutricional individualizado basado en la valoración nutricional, elaboración del diagnóstico nutricional, determinación del requerimiento de energía y nutrientes, elaboración de las indicaciones nutricionales, prescripción de la terapia de nutrición médica y monitoreo de soporte nutricional considerando la evolución del y de la paciente hospitalizado¹
- **Proceso del Cuidado Nutricional en el Paciente Hospitalizado** :Es un grupo organizado de actividades que permiten al profesional de la salud nutricionista la identificación de las necesidades nutricionales y la provisión de asistencia nutricional para satisfacerlas, el cual se compone de cuatro pasos: Valoración del Estado Nutricional, Identificación del Diagnóstico Nutricional, Ejecución de las Intervenciones Nutricionales y Vigilancia y Evaluación de los resultados de la asistencia nutricional¹³

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

- **Antropometrista:** Es el/la profesional de la salud nutricionista, encargado/a de la medición antropométrica y capacitado/a como antropometrista en los procedimientos técnicos de medición antropométrica del peso, talla (longitud y estatura), perímetro cefálico, perímetro torácico y perímetro abdominal, según corresponda³.
- **Asistente de antropometrista:** Es el personal técnico en nutrición o auxiliar de nutrición que apoya al antropometrista durante la medición del peso, talla (longitud y estatura), perímetro cefálico, perímetro torácico y perímetro abdominal, según corresponda³
- **Neonata o neonato:** Es la nacida o el nacido vivos de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de edad².
- **Recién Nacido Bajo Peso al Nacer:** Bajo peso al nacer como un peso al nacer inferior a 2500 gramos independiente de la edad gestacional³.
- **Método Canguro:** Conjunto de cuidados del niño prematuro y/o bajo peso al nacer, estandarizado y pautado, basado en el contacto piel a piel entre el prematuro y la madre o padre (cuidadores)³.
- **Peso:** Es la estimación de la masa corporal de una persona o neonato, expresada en kilogramos, siguiendo los procedimientos establecidos².

- **Prescripción Nutricional:** Es la indicación específica dada por el/la nutricionista en los establecimientos de salud, de un tipo de dieta adecuada a las necesidades individuales de la persona. Tiene en cuenta las condiciones de salud, el peso, la estatura, el sexo, la edad, el nivel de actividad, la conducta y las preferencias alimentarias, con el fin de asegurar que la dieta proporcione un consumo adecuado de todos los nutrientes esenciales conocidos³

- **Prescripción Nutricional de Leche Humana Pasteurizada:** Es la prescripción específica dada por el/la nutricionista en los establecimientos de salud, de la Leche Humana Pasteurizada según sus características físicas y químicas, según el estado clínico de cada neonato/a, así como; según (acidez nórdica, aporte calórico)¹²

- **Longitud:** Es la medida que se toma a niñas y niños menores de 2 años en posición horizontal desde el vértice de la cabeza hasta los talones ².

- **Perímetro cefálico:** Es la medida de la circunferencia de la cabeza que se realiza a toda niña y a todo niño hasta los 36 meses de edad, en su parte más amplia (por encima de cejas, orejas y alrededor de la parte posterior más prominente de la cabeza) ².

- **Perímetro torácico:** Es la medida del tórax en su parte más amplia que se realiza a toda recién nacida y a todo recién nacido; y, es uno de los parámetros que se utiliza para monitorear la acreción del tejido adiposo en neonatos y neonatas ².

- **Estado nutricional:** Es la situación de salud en que se encuentra una persona como resultado de su nutrición, régimen alimentario y estilo de vida ².

- **Diagnóstico nutricional:** Se identifica y define la situación/problema nutricional, la etiología y los signos y síntomas ⁴.

- **Intervención nutricional:** Consiste en realizar un abordaje integral del problema y diagnóstico nutricional proporcionando una intervención nutricional adaptada a las necesidades del paciente y de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible que implica el uso de información de la más alta calidad para la toma de decisiones ⁴.

- **Monitorización y seguimiento nutricional:** Se valora la evolución del paciente y el cumplimiento de la intervención nutricional (oral, enteral o parenteral). La repercusión en el estado nutricional se reevalúa y compara con la información recogida en la valoración inicial mediante indicadores que reflejen cambios (ej. modificación de hábitos alimentarios, cambios en el peso o en la composición corporal, bioquímicos, etc.) ⁴

- **Consejería en lactancia materna:** Proceso educativo comunicacional realizado por el nutricionista y/o personal de salud capacitado en consejería y en lactancia materna, que da información y apoyo oportuno a la gestante, puérpera y/o madre en relación con



su lactancia, de acuerdo con sus necesidades, para que sea capaz de tomar su propia decisión acerca del amamantamiento de su hija o hijo⁵.

- **Valoración Nutricional:** Es el conjunto de procedimientos que realiza el/la profesional de la salud nutricionista en el marco del cuidado integral de salud, para determinar el estado nutricional de la persona, valorar los requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que puedan presentar con relación a su estado nutricional (incluye la valoración antropométrica, la evaluación de la bioquímica nutricional, la evaluación de los signos clínicos de deficiencias y/o excesos nutricionales, la evaluación de la ingesta alimentaria, la evaluación de la actividad física y la evaluación de la interacción entre nutrientes y fármacos).

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 01 Nutricionista Asistencial
- 01 Técnico de Nutrición
- 01 Auxiliar de nutrición

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

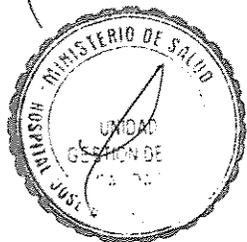
DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD
Balanza de Plato para lactantes, con sensibilidad de 50 g.	Unidad	1
Un Infantómetro Estandarizado (65 cm) destinado a los Recién Nacidos	Unidad	1
Plicómetro Estandarizado	Unidad	1
Cinta métrica estandarizada inextensible. (Neonatal)	Unidad	1
Estetoscopio (Neonatal)	Unidad	1
Calculadora	Unidad	1

- Material médico no fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD
Solución antiséptica o (alcohol de 70°)	ml	05

- Material médico fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD
Guantes Estériles Talla 7	Unidad	02
Gorro descartable	Unidad	01



Bata	Unidad	01
Mascarilla N 95	Unidad	01
Botas descartables	Unidad (1 par)	01
Papel Toalla	Unidad	01

5.3.3 FORMATOS:

- Formato Neonatal Nutritional Screening Tool (NNST) (Anexo 1)
- Formato de Ficha de Terapia de Nutrición Medica (Anexo 2)
- Formato de Curvas de Crecimiento de Fenton Niñas (os) (Anexo 3)
- Formato de Gráficas de crecimiento OMS 2006 para neonatas(os) (Anexo 4)
- Formato de Peso (kg) para la Edad (meses) y Longitud (cm) para la Edad (días) en neonatas.
- Formato de Peso (kg) para la Longitud (cm) y Perímetro cefálico (cm) para la Edad (días) en neonatas (Anexo 5)
- Formato de Historia Clínica de la Lactancia Materna. (Anexo 6)
- En casos en los que el paciente se encuentre en una situación de emergencia o crítica se aplicará conforme a la Ley.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

Atención intensiva subsiguiente, por día, para la evaluación y manejo del nacido con muy bajo peso (peso menor de 1500 gramos) y bajo peso (peso de 1500 gramos a 2500 gramos).

El Profesional de la Salud Nutricionista asignado a la Atención Nutricional Hospitalaria ejecuta la Atención Intensiva e Integra el Equipo Multidisciplinario de la Visita Médica Individualizada del o de la Paciente Hospitalizada/o (Neonato/a) en las U.P.S.S [Hospitalización (Ginecología y Obstetricia: Alojamiento Conjunto, Pediatría), (Nutrición Lactario de Hospitalización), Unidad de Cuidados Intensivos]

1. El nutricionista asistencial con el apoyo del técnico en nutrición y auxiliar en nutrición, ejecuta la toma de medidas antropométricas [Peso, Longitud, Perímetro (Torácico, Cefálico)] , el peso y longitud con una frecuencia diaria **(5 minutos)**
2. El nutricionista asistencial realiza el Tamizaje Nutricional Neonatal mediante la herramienta Nutritional Screening Tool (NNST) (ver Anexo 1) para todos los neonatos hospitalizados, y basado en los resultados obtenidos, se realiza un diagnóstico nutricional por el profesional a cargo. **(2 minutos)**
3. Lo evalúa Clínicamente Desarrollando la Encuesta de Metcoff. **(2 minutos)**
4. Realiza la evaluación nutricional integral , Valorando el examen físico del Neonato (a), identificando los signos y síntomas clínicos asociados a las deficiencias y/o excesos nutricionales, anamnesis alimentaria a través de la historia clínica de la Lactancia Materna mediante la cual recaba información



sobre factores de riesgo y patrones de alimentación de la y del Neonato Hospitalizado , así como; la ingestá de Leche Humana (Autóloga y/o Heteróloga) determinando el balance del consumo de energía, macro y micronutrientes , Evalúa el Crecimiento y/o Composición Corporal Neonatal: Peso, Longitud, Perímetro (Torácico, Cefálico), luego interpreta los resultados de los exámenes auxiliares vinculados al equilibrio bioquímico nutricional del neonato/a, de corresponder y lo registra en la ficha de terapia medica nutricional. **(10 minutos)**

5. Luego determina el diagnóstico del estado nutricional del neonato/a, en el Marco del Proceso del Cuidado Nutricional en el Paciente Hospitalizado. **(3 minutos)**
6. Determina el requerimiento de energía y nutrientes del neonato/a acuerdo al objetivo, basado en el diagnóstico del estado nutricional. **(3 minutos)**
7. **Ejecuta la prescripción de la terapia de nutricion medica al neonato/a hospitalizado con muy bajo peso al nacer (peso menor de 1500 gramos) y bajo peso al nacer (peso de 1500 gramos a 2500 gramos), Indicando Calostroterapia , Leche Humana Autóloga (Exclusiva, Fortificada, Suplementada), Leche Humana Heteróloga Pasteurizada del Banco de Leche y/o Nutrición : Lactario de Hospitalización , así como; la prescripción de suplementos nutricionales, sucedáneos de leche materna, para el mantenimiento o mejora del estado nutricional en las y los neonatos hospitalizados. (10 Minutos)**
 - En el neonato/a hospitalizado con muy bajo peso al nacer, el profesional de la salud nutricionista indicara, la dosis inicial de 20ml/kgPC, de leche humana pasteurizada vía SNG con una frecuencia de 2 horas.
 - En el neonato/a hospitalizado con bajo peso al nacer, el profesional de la salud nutricionista indicará, la dosis inicial de 60 ml/kgPC, de leche humana pasteurizada vía SNG.

Bajo peso	Dosis	Inicial	60ml/kgPC
		Incremento por día	20 ml por kg al volumen total
	Cantidad	Ocho (8) Tomas a Doce (12) Tomas	
	Frecuencia	Cada Dos (2) Horas a Tres (3) Horas	
	Via de administración	SNG	

8. Efectuara el profesional de salud nutricionista la indicación Nutricional de la utilización del Método Madre Canguro intrahospitalario y realiza la



consejería en la importancia de la lactancia materna en la primera hora, lactancia materna exclusiva y técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento de la leche materna. **(5 min)**

9. Realiza el profesional de salud nutricionista el seguimiento de la evolución del neonato hospitalizado y el monitoreo del cumplimiento del plan de alimentación/ soporte nutricional artificial considerando los indicadores nutricionales y los valores del tamizaje bioquímico, según corresponda. **(2 minutos)**
10. Finalmente el profesional de salud nutricionista reevalúa el estado nutricional basado en los indicadores nutricionales ,registrando en la ficha de terapia de nutrición médica , por lo cual efectúa los ajustes necesarios para el logro de los objetivos y metas nutricionales propuestas. **(3 minutos)**

6.2 INDICACIONES

6.2.1. INDICACIONES ABSOLUTAS

- Recién Nacido con muy bajo peso (peso menor de 1500 gramos) en la U.P.S.S. Unidad de cuidados intensivo.
- Recién Nacidos con bajo peso (1500 gramos a 2500 gramos) en la U.P.S.S. Unidad de cuidados intensivo.

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS

- Recién Nacidos de cuidados intermedios.
- Pacientes con bajo peso sin otra patología asociada.

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes dependientes de oxigenoterapia.
- Pacientes con malformaciones congénitas

6.4 COMPLICACIONES:

- Madre se niega al procedimiento de la evaluación nutricional hospitalaria

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todo el profesional nutricionista que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.



VII. RECOMENDACIONES:

- Se recomienda priorizar el uso de leche materna de su propia madre (autóloga) del recién nacido con muy bajo peso al nacer, la cual debe ser fortificada con fortificadores líquidos.
- Suplementar con hierro a las 2 semanas de vida: 2-4 mg/kg/día (si presenta anemia manejo de acuerdo con protocolo). Aporte diario máximo de 15 mg. Aportar vitamina D: 400 UI diarias al alcanzar el aporte enteral total.

VIII. ANEXOS

- **Anexo N° 1.** Formato Neonatal Nutritional Screening Tool (Nnst)
- **Anexo N° 2:** Formato De Ficha De Terapia De Nutrición Medica
- **Anexo N° 3:** Formato De Curvas De Crecimiento De Fenton Niños
- **Anexo N° 4:** Formato De Curvas De Crecimiento De Fenton Niñas
- **Anexo N° 5:** Formato De Graficas De Crecimiento Oms 2006 Para Neonatas
Peso (Kg) Para La Edad (Meses) Y Longitud (Cm) Para La Edad (Días) En Neonatas.
- **Anexo N° 6:** Formato De Peso (Kg) Para La Longitud (Cm) Y Perímetro Cefálico (Cm) Para La Edad (Días) En Neonatas
- **Anexo N° 7:** Formato De Graficas De Crecimiento Oms 2006 Para Neonatos
Peso (Kg) Para La Edad (Meses) Y Longitud (Cm) Para La Edad (Días) En Neonatos.
- **Anexo N° 8:** Formato De Peso (Kg) Para La Longitud (Cm) Y Perímetro Cefálico (Cm) Para La Edad (Días) En Neonatos
- **Anexo N° 9:** Formato De Historia Clínica De La Lactancia Materna.



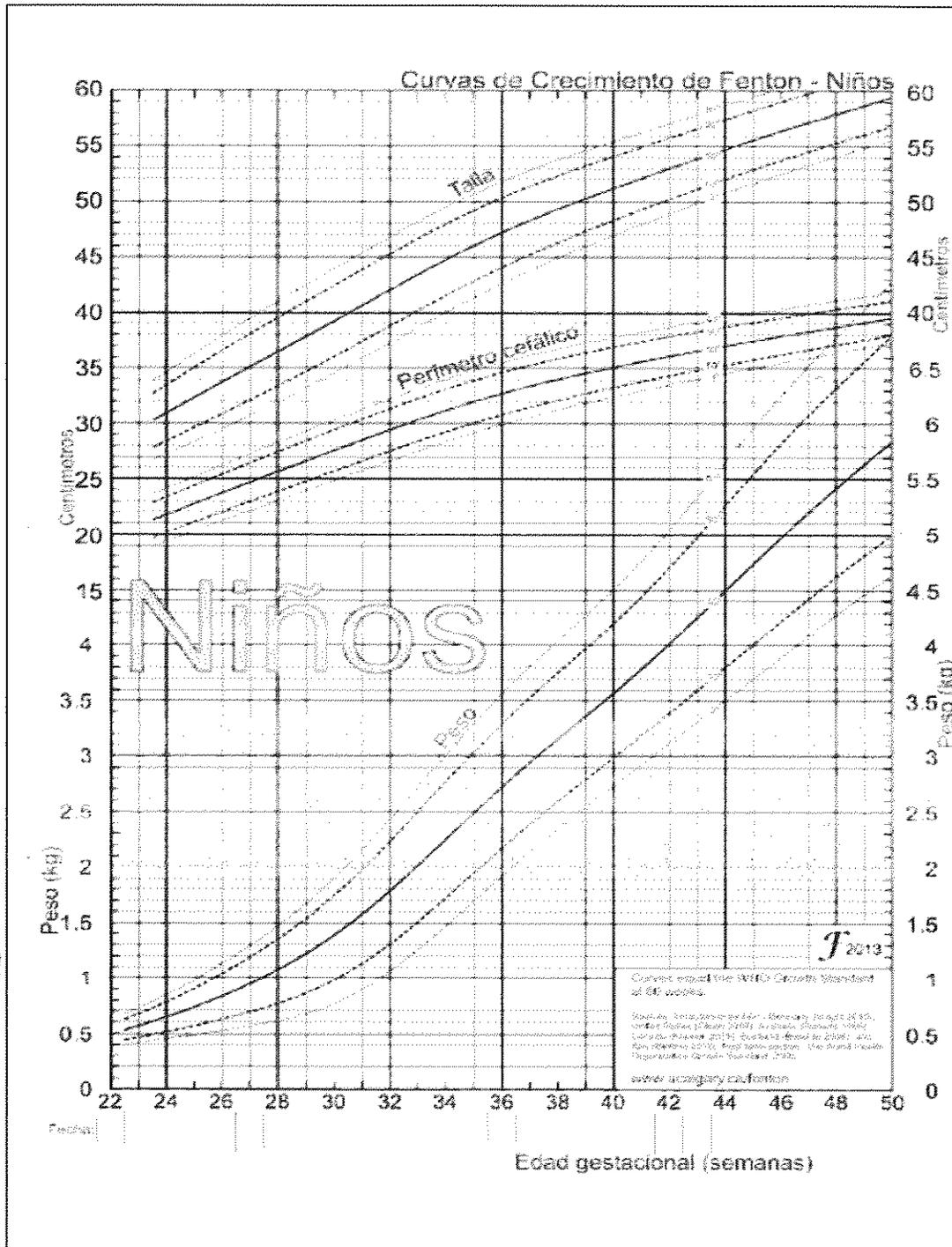
Anexo N° 1. Formato Neonatal Nutritional Screening Tool (Nnst)

FORMATO TAMIZAJE NUTRICIONAL - NEONATO			
SERVICIO - CAMA			
PACIENTE			
NEONATAL NUTRITIONAL SCREENING TOOL (NNST)			
EDAD GESTACIONAL:	PESO AL NACER:	CONDICIÓN:	
1. EVALUAR EL CRECIMIENTO			
Peso actual (g)	Percentil actual	Percentil de nacimiento	
Perímetro cefálico actual (cm)	Percentil actual	Percentil de nacimiento	
Longitud actual (cm)	Percentil actual	Percentil de nacimiento	
2. DETERMINAR LA CATEGORÍA DE RIESGO:			Marcar
ALTO RIESGO	Cualquiera de:		
	Pretérmino < 28 semanas al nacer		
	Extremadamente bajo de peso al nacer < 1000 g		
	Inicio de alimentación después de episodio de enterocolitis necrotizante o perforación gastrointestinal		
	Recién nacido con malformación graves congénitas (gastroquisis)		
RIESGO MODERADO	Cualquiera de:		
	Pretérmino 28 a 31 semanas de retardo de crecimiento intrauterino (peso < 10° percentil)		
	Retardo de crecimiento intrauterino (peso < 10° percentil)		
	Muy Bajo Peso 1000 - 1500 g Enfermedad o anomalía congénita que puede poner en peligro la alimentación		
BAJO RIESGO	Cualquiera de:		
	pretérmino 32 a 36 semanas		
	Retardo de crecimiento intrauterino (peso < 10° percentil) Recién nacido a término > 37 semanas		
3. DETERMINAR LA NECESIDAD DE UNA REVISIÓN DEL EQUIPO DE NUTRICIÓN			Marcar
Los bebés de alto riesgo de acuerdo con los criterios anteriores			
No recupere el peso al nacer a las 2 semanas de edad			
> 15% de pérdida de peso en cualquier momento			
Aumento de peso < 10g/kg/d a partir de la segunda semana de edad en adelante			
Crecida en cualquier momento			
Firma y Sello de Nutricionista			



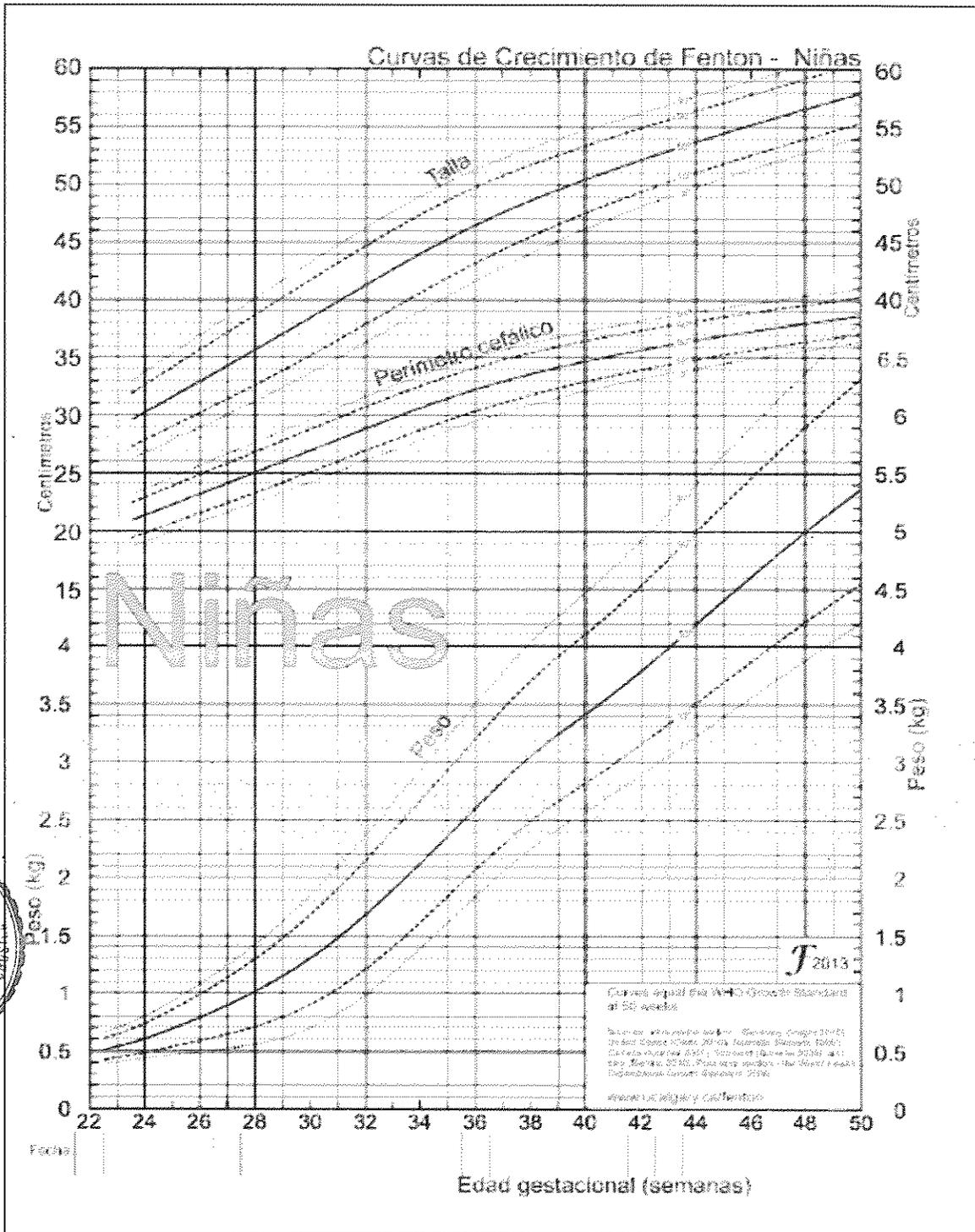
Fuente: Guía Técnica de Atención Nutricional del Paciente pediátrico y Adolescente en el Hospital de Emergencias Villa el Salvador

- Anexo N° 3: Formato de curvas de crecimiento de Fenton - Niños



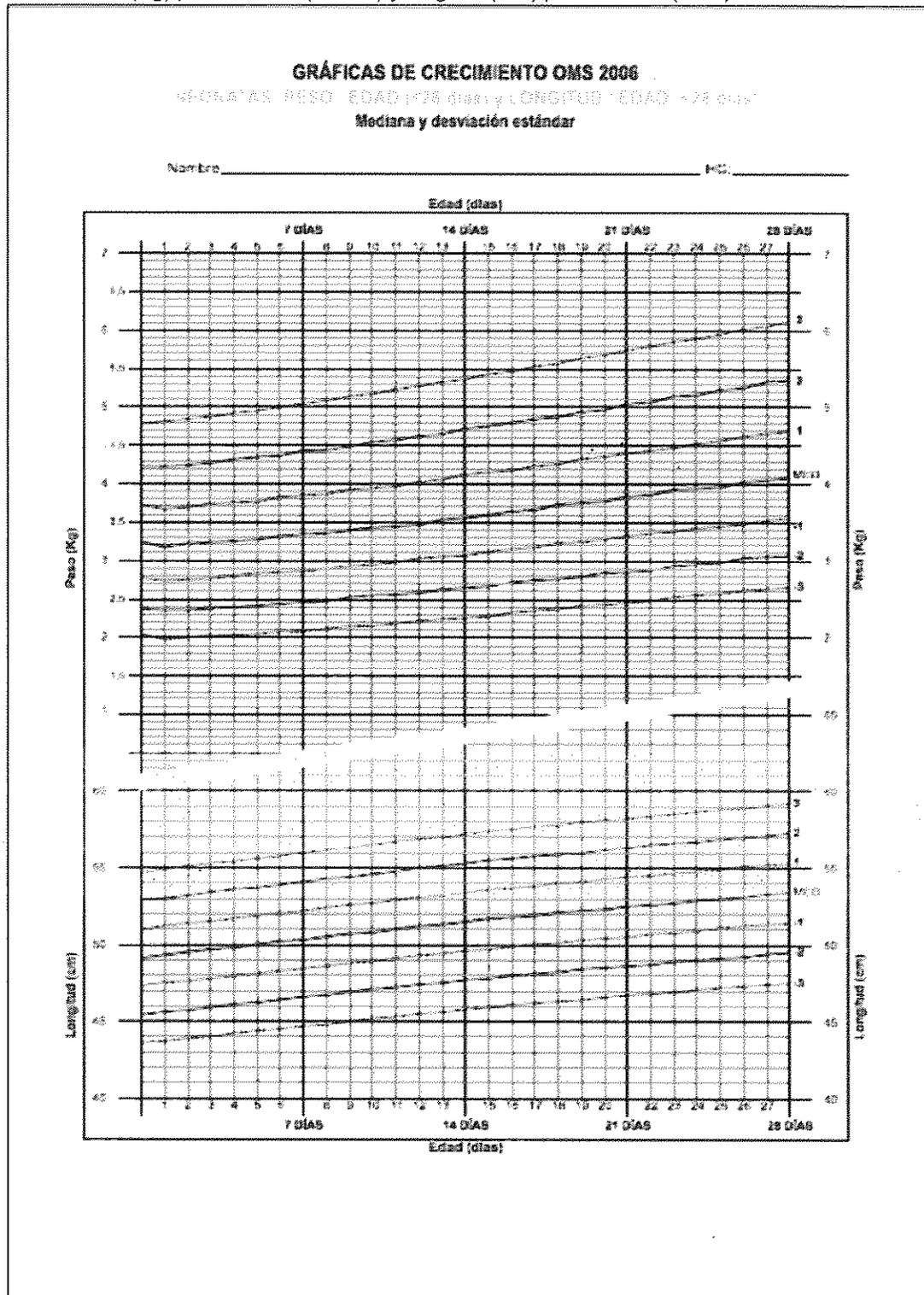
Fuente: Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) del Servicio Nutrición y Dietética del HJATCH (R.D. 0150 2019 - DE/HJATHC)

- Anexo N° 4: Formato de curvas de crecimiento de Fenton- Niñas



Fuente: Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) del Servicio Nutrición y Dietética del HJATCH (R.D. 0150 2019 – DE/HJATHC)

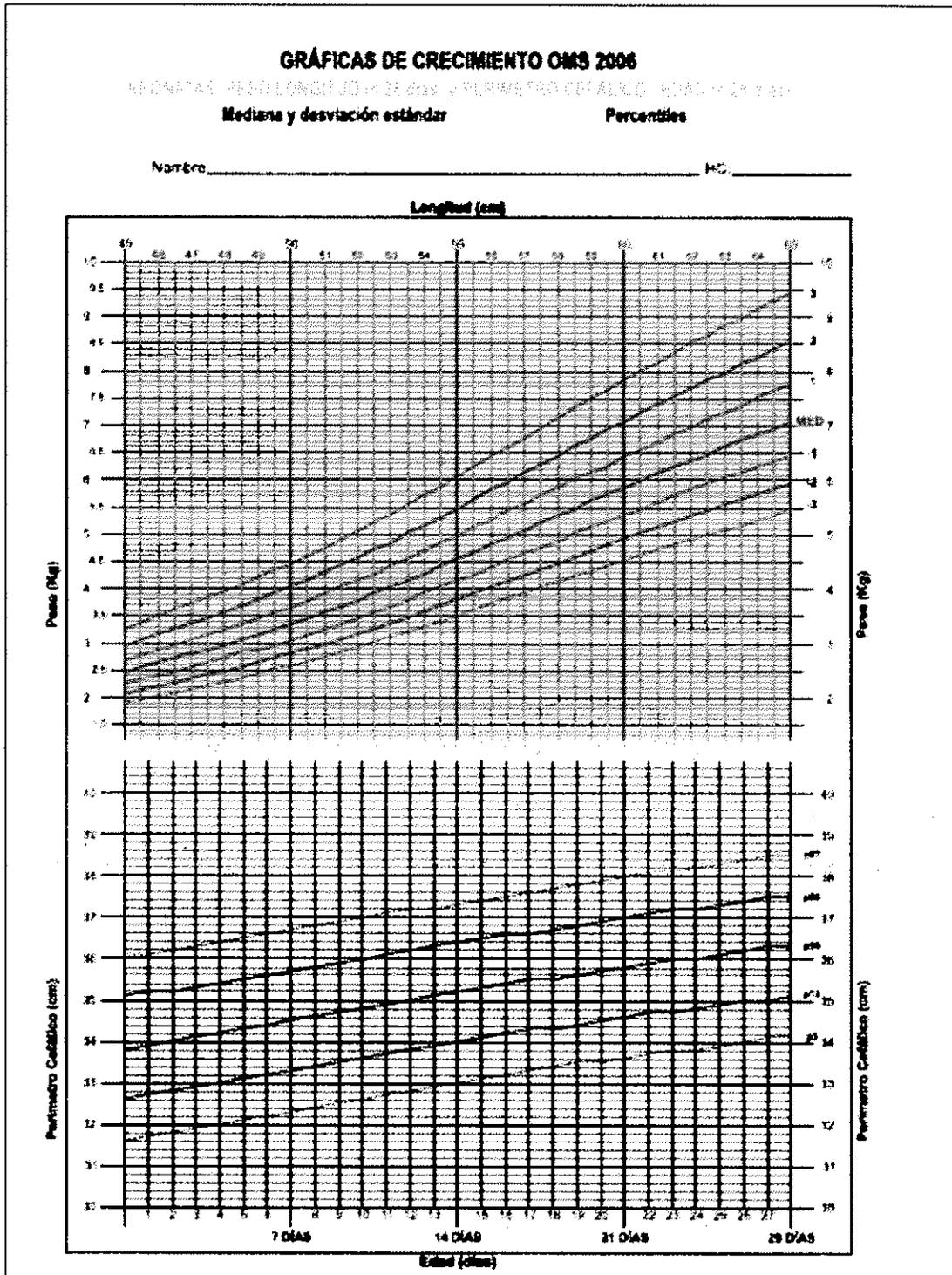
- Anexo N° 5: Formato de gráficas de crecimiento OMS 2006 Para Neonatas
Peso (Kg) para la edad (Meses) y longitud (Cm) para la edad (Días) En Neonatas.



Fuente: Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) del Servicio Nutrición y Dietética del HJATC (R.D. 0150 2019 - DE/HJATC)

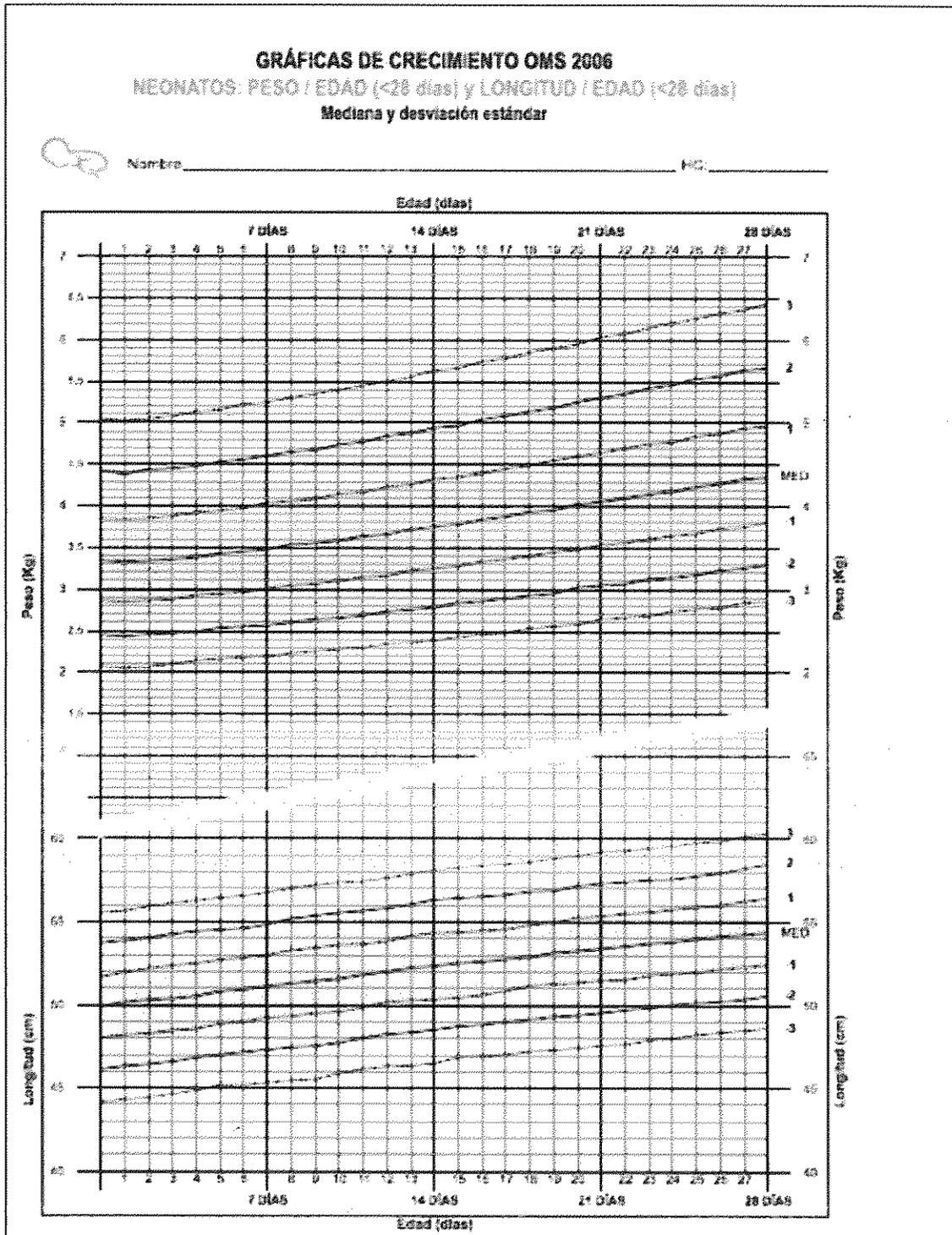


Anexo N° 6: Formato de peso (Kg) para la longitud (Cm) y perímetro cefálico (Cm) para la edad (Días) -en neonatas



Fuente: Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) del Servicio Nutrición y Dietética del HJATHC (R.D. 0150 2019 - DE/HJATHC)

Anexo N° 7: Formato de gráficas de crecimiento OMS 2006 para neonatos
 Peso (Kg) para la edad (Meses) y longitud (Cm) para la edad (Días)- en neonatos.



Fuente: Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) del Servicio Nutrición y Dietética del HJATCH (R.D. 0150 2019 – DE/HJATHC)

Anexo N° 9: Formato de historia Clínica de la lactancia materna.

		PERU		Ministerio de Salud		Dirección de Nutrición y Dietética		Hospital General de Niños José Agustín Barrios		L.P.S.B. Nutrición y Dietética			
HISTORIA CLÍNICA de la LACTANCIA MATERNA													
Nombre de la Madre				Nombre del o de la Bebe									
Fecha de Nacimiento				Día		Mes		Año		Peso (Kg)		Longitud (cm)	
Motivo de la Consulta				Fecha									
Alimentación Infantil	Mamada	Frecuencia de la Alimentación con Lactancia Materna				Día		Noche					
		Duración de las Mamadas											
		Intervalo más Largo entre Mamadas											
		Uno o Ambos Pechos											
Alimentación Infantil	Otros Alimentos además de la Lactancia Materna				Que Alimento Reciba		Cuándo se Iniciaron		Frecuencia				
	Uso de Biberones y otros dispositivos				S		No						
	Gráfico de Crecimiento		Producto		Nacer		Actual		Adecuado		Inadecuado		
	Peso/Edad		Unico										
Salud y Comportamiento del o de la Bebe			Prematuro										
			Gemelos										
	Frecuencia de Micciones a Día (5 veces o más/ Si es Menor de 5 es 6) Mes				Día		Noche						
	Disposiciones		Amamantar		Consistencia		Frecuencia						
Conducta		Comer		Blandas		Duras		Apetito		Vómitos			
Embarazo Parto	Enfermedades				S		No						
	Control prenatal												
	(Se descartó la Alimentación durante el control prenatal?)												
	Exposición durante el parto												
Alimentación Infantil	Alimentación Complementaria												
	Alimentos Pre-Lácteos				Cantidad		Frecuencia						
	Ayuda Positiva para la Alimentación Infantil (Lactancia Materna)				S		No						
	Índice de la Alimentación Infantil		Consistencia		Cantidad		Cantidad		Frecuencia				
Condiciones de la Madre	Contacto Temprano				Medio		Uso						
	Educativa				Años		Meses						
	Nutrición												
	Medicamentos												
Experiencia Previa	Panicación Familiar				Pánico		Ingestión		Conducta Lactario Obstinado y Miedo				
	Panicación Familiar				Sí		No						
	Bebes Previos				Número		Cuántos Recibieron Lactancia Materna		Frecuencia		Lactancia Materna Exclusiva/Parcial		
	Otras Experiencias con la Alimentación												
Situación Familiar	Situación				Laboral		Económica		Factores de la Alimentación (Lactancia Materna)				
	Cuidado de la Niña y Niño				Padre		Familia		Padre		Familiares		

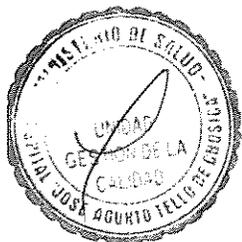
Fuente: Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) del Servicio Nutrición y Dietética del HJATCH (R.D.

0150 2019 – DE/HJATHC



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carbajal A., Sierra J., Lopez –Lora L., Mar R. Proceso de Atención Nutricional: Elementos para su implementación y uso por los profesionales de la Nutrición y la Dietética. Rev. Esp. Nutr. Hum Diet. 2020; 24(2): 172 – 186. (2020 Marzo 16)
2. Perú. MINSA. Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) del Servicio de Nutrición y Dietética del Hospital José Agurto Tello de Chosica. Resolución Directoral N° 0150 – 2019 – DE /HJATCH (29 de junio 2019).
3. Perú. MINSA. Guía Técnica para la valoración nutricional antropométrica de la niña y el niño de 0 a 11 años. Resolución Ministerial N° 034 – 2024/ MINSA.
4. Perú. MINSA Directiva Sanitaria para la Implementación de la Practica del Método Canguro. Directiva Sanitaria N° 108 – MINSA /2020/ DGIESP.
5. Perú. MINSA. Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna. Resolución Ministerial N° 462 – 2015/MINSA.
6. Perú. MINSA. NTS para la Implementación, Funcionamiento y Promoción de Banco de Leche Humana en el Perú. Norma Técnica Sanitaria N° 152 – MINSA /2019//DGIESP
7. Perú. MINSA. Guía Técnica de Atención Nutricional del Paciente pediátrico y Adolescente en el Hospital de Emergencias Villa el Salvador. Unidad de Nutrición y Dietética. Resolución Directoral N° 157 – 2021 – DE – HEVES.
8. Perú. MINSA. Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido Prematuro. Resolución Ministerial N° 1041 – 2006/MINSA.
9. Duperval P Salcines V. Leche Materna del Pretérmino. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2010. Pág.: 85-93.
10. Perú. MINSA. Perfil de competencias esenciales que orientan la formación de los profesionales de la salud. Segunda fase: Químico (a) Farmacéutico (a), Psicólogo (a), Nutricionista y Cirujano (a) Dentista peruano(a). Resolución Ministerial N° 316-2022/MINSA.



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO, HIPERGLICEMIA Y DISLIPIDEMIAS DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD:

La presente guía tiene la finalidad establecer una metodología estandarizada del profesional de salud nutricionista para realizar la consejería en prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro, hiperglicemia y dislipidemias; en los usuarios(as) niños/as, adolescentes, jóvenes, adultos y adulto mayor que acuden a la atención nutricional ambulatoria del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Mejorar el estado nutricional y reducir la prevalencia de anemia de los niños y niñas, preescolar, escolar, adolescentes, gestantes y puerpera usuarias(os) que acuden atención nutricional ambulatoria del Hospital José Agurto Tello de Chosica.
- Contribuir a la disminución la prevalencia de dislipidemia e hiperglicemia, como factores de riesgo, asociado a enfermedades crónicas no transmisibles de los usuarios(as) escolares, adolescentes, adultos y adultos mayores que acuden atención nutricional ambulatoria del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Departamento de Apoyo al Tratamiento – Servicio de Nutrición y Dietética - Unidad Funcional de Nutrición Integral – Atención Nutricional Ambulatoria

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento médico: Consejería en prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro, hiperglicemia y dislipidemias.

4.2 Código del procedimiento medico de acuerdo al Catálogo de Procedimientos Médicos de Salud (CPMS): 99402.02

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento: 45 minutos

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES:

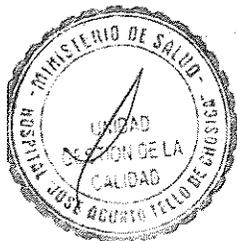
- **Consejería Nutricional** : Es una función privativa al profesional de la salud nutricionista y constituye una función final del mismo facultándole la realización de la valoración nutricional , elaboración del diagnóstico nutricional, elaboración de las indicaciones nutricionales [recomendación (nutricional y/o dietética), prescripción (Nutriterapéutico , nutricional, dietoterapéutica , suplementos nutricionales), control y seguimiento nutricional según sea el diagnóstico del estado nutricional ¹.



- **Atención nutricional:** Es realizada por el/la profesional en nutrición en el establecimiento de salud que incluye la evaluación nutricional, diagnóstico del estado nutricional y elaboración de indicaciones nutricionales a la madre, padre o cuidador/a de la/del niño/niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puerperas. El tiempo mínimo de la atención es de 45 minutos ⁷.
- **Consulta nutricional:** Es el proceso de atención en nutrición que incluye la evaluación, diagnóstico, elaboración de indicaciones nutricionales para personas sanas o enfermas, desarrollada por el/el profesional nutricionista colegiado/a ².

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Anemia:** Es un trastorno caracterizado por la disminución del número de glóbulos rojos o reducción de la concentración de hemoglobina (Hb) por debajo de valores normales registrados en las personas sanas. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de Hb por debajo de 2 desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar ⁷.
- **Anemia por deficiencia de hierro:** Es la disminución de los niveles de Hb a causa de la carencia de hierro, llamada también anemia ferropénica ⁷.
- **Adherencia al suplemento de hierro:** Es el grado de cumplimiento del régimen de suplementación o tratamiento en relación con la dosis y tiempo indicado ⁷.
- **Hemoglobina:** Es una proteína compleja constituida por el grupo hem que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito, y una porción proteínica, la globina, que está compuesta por cuatro cadenas polipeptídicas (cadenas de aminoácidos), que comprenden dos cadenas alfa y dos cadenas beta. ³
- **Ferritina Sérica:** Proteína encargada de almacenar el hierro ³.
- **Hierro Polimaltosado:** Es un complejo análogo a la ferritina, cuya molécula de carbohidrato reemplaza la ligadura de apoferritina en el sistema de transporte de hierro a nivel intestinal, quedando disponible para ser empleado por el organismo en la síntesis de hemoglobina ³.
- **Sulfato Ferroso:** Es un compuesto químico iónico de fórmula $FeSO_4$. Se encuentra casi siempre en forma de sal heptahidratada, de color azul-verdoso ³.
- **Ácido fólico:** Es una de las vitaminas del complejo B de gran importancia antes y durante el embarazo ya que se ha comprobado que su ingesta adecuada disminuye el riesgo de que el bebé por nacer padezca defectos del tubo neural ³.



- **Dislipidemia:** Es el término usado para describir las alteraciones de los lípidos caracterizadas por CT o LDL o y/o TG altos y HDL bajo. Se establecen valores altos cuando el LDL >130mg/dl o Colesterol total > 200mg/dl o TG >150mg/dl o HDL bajo cuando en varones es <40 mg/dl o <50 mg/dl en mujeres ⁵.
- **Hiperglicemia:** Es el término técnico para la glucosa alta en la sangre (azúcar en la sangre). El nivel alto de glucosa en la sangre ocurre cuando el cuerpo tiene muy poca insulina o cuando el cuerpo no puede usar la insulina adecuadamente ⁶.
- **Valoración nutricional:** Es el conjunto de procedimientos que realiza el/la profesional de la salud nutricionista, en el marco del cuidado integral de salud, para determinar el estado nutricional de la persona, valorar los requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar con relación a su estado nutricional (incluye la valoración nutricional antropométrica, la evaluación de la bioquímica nutricional, la evaluación de signos clínicos de deficiencias y/o excesos nutricionales, la evaluación de la ingesta alimentaria, la evaluación de la actividad física y la evaluación de la interacción entre nutrientes y fármacos)².
- **Prescripción nutricional:** Es la indicación específica dada por el/la nutricionista en los establecimientos de salud, de un tipo de dieta adecuada a las necesidades individuales de la persona. Tiene en cuenta las condiciones de salud, el peso, la estatura, el sexo, la edad, el nivel de actividad, la conducta y las preferencias alimentarias, con el fin de asegurar que la dieta proporcione un consumo adecuado de todos los nutrientes esenciales conocidos ⁷.
- **Prescripción de Suplementos Nutricionales :** Es el resultado de un proceso lógico educativo mediante el cual el prescriptor profesional de la salud nutricionista, a partir de los conocimientos adquiridos , escucha el relato de síntomas del paciente, realiza un examen físico de los síntomas del organismo relacionados con el estado nutricional en busca de deficiencias y/o excesos nutricionales concluyendo en un diagnóstico nutricional e indicación nutricional y toma una decisión de suplementar nutricionalmente (Terapéuticamente y/o Preventivamente) la cual implica medidas como el uso de macronutrientes y micronutrientes plasmándose en una receta única⁸



5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

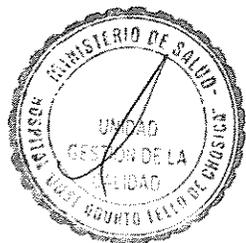
5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Nutricionista asistencial capacitado en la metodología de la consejería nutricional.
- 01 Técnico de Nutrición estandarizado en antropometría.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos Biomédicos, Instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M.	CANTIDAD
Escritorio de oficina	Unidad	1
Silla fija tapizada	Unidad	2
Computadora	Unidad	1
Armario Metálico 2 muebles	Unidad	2
Mesa (Base para balanza e Infantometro)	Unidad	2
Balanza de Plato para lactantes, con sensibilidad de 50 g.	Unidad	1
Balanza de pie para niños Pre Escolares, Escolares, Adolescentes con sensibilidad de 50 gramos	Unidad	1
Infantometro Estandarizado (65 cm) destinado a los Recién Nacidos	Unidad	1
Infantometro Estandarizado de 110 cm destinado a Niños Menores de Dos Años	Unidad	1
Plicómetro Estandarizado	Unidad	1
Cinta métrica estandarizada inextensible. (Neonatal)	Unidad	1
Balanza de pies para adulto y adultos mayores	Unid	1
Tallímetro estandarizado	Unid	1
Hemoglobinómetro portátil	Unidad	1



- Material Médico no Fungible

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD (MENSUAL)
Alcohol Gel 70 ^o	ml	05
Alcohol Liquido 70 ^o	ml	05
Jabón de Tocador	ml	05

- Material Médico Fungible.

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD (MENSUAL)
Guantes Estériles Descartables	Unidad	2
Mascarilla descartables quirúrgica 3 pliegues	Unidad	3
Papel Toalla 75 Hojas por Rollo	Unidad	02
Microcubetas descartables	Unidad	01
Lanceta retráctil descartable graduable (1.3 mm, 1.8 mm. 2.3 mm)	Unidad	01
Papel kraft 45 g 75 x 120 cm	Unidad	01
Toruntas de Algodón	Unidad	03
Venditas autoadhesivas (Caja x 100 Unid)	Unidad	01
Bolsas rojas de bioseguridad (Paquete por 100 Unid)	Unidad	01

-Suplementos nutricionales

PRESENTACIÓN	U.M.	CANTIDAD
Sulfato Ferroso (Tableta 300 mg)	Unid	10
Sulfato Ferroso + ácido Fólico (Tableta 300mg+0.4 mcg)	Unid	20
Sulfato Ferroso (5ml/75mg Jarabe 180 ml)	Unid	10
Sulfato Ferroso (1ml/25mg Gotas 30 ml)	Unid	10
Hierro Polimaltosado (1ml/50mg Gotas 30 ml)	Unid	20
Otras combinaciones de multivitaminas	Unid	10



5.3.3 FORMATOS

- Anexo 1: Tabla N° 1 Medición de hemoglobina por grupo de edad durante la suplementación.
- Anexo 2: Tabla N° 2 Control de hemoglobina en el tratamiento de anemia en el niño y la niña, el/la adolescente y mujer en edad fértil y gestante.
- Anexo 3: Historia clínica: Física y Electrónica
- Anexo 4: Ficha De Evaluación De La Alimentación De La Niña Y Niño Menor de 5 Años
- Anexo 5. Ficha De Evaluación De La Alimentación De La Gestante Y Puérpera
- Anexo 6: Plan de Alimentación para Menor de 1 año hasta los 23 meses.
- Anexo 7: Plan de alimentación de Consejería Nutricional Preescolar
- Anexo 8: Plan de alimentación de Consejería Nutricional Adolescente
- Anexo 9: Plan de alimentación para consejería nutricional gestante
- Anexo 10: Plan de alimentación para consejería nutricional gestante
- Anexo 11: Folleto de control de porciones según alimentos
- Anexo 12: Folleto de método del plato saludable
- Anexo 13: Folleto de ficha de lectura de etiqueta nutricional.
- Anexo 14: Orden de análisis de laboratorio
- Anexo 15: Formato de solicitud de productos a farmacia



VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO.

ANTES DEL PROCEDIMIENTO (1.5 min).

El padre, madre y tutor/cuidado del niño (a) y adolescentes, madres gestantes y que dan de lactar solicita cita en el área de admisión para la atención nutricional ambulatoria (Interconsulta, referencia, pagante). El personal de admisión indica a los pacientes con SIS recoger su ficha única de atención (FUA). Y en el caso de los pacientes pagantes deben dirigirse a caja para pagar el derecho de la atención nutricional ambulatoria. Luego de obtener la cita acude al consultorio en donde el técnico de nutrición recibe el ticket de derecho para la atención para la consulta nutricional ambulatoria, ubica la FUA hace colocar los nombres,



apellidos, DNI y firmar en ambas caras. Luego entrega al profesional de nutricionista para la atención. (1.5 min).

DURANTE EL DEL PROCEDIMIENTO (42 min)

- El nutricionista realiza la recepción del padre, madre, tutor/cuidador del niño (a) y adolescentes, madres gestantes y que dan de lactar, saluda cordialmente y se presenta. Luego de ello inicia la consulta nutricional ambulatoria. Empieza a realizar todo los procedimientos que abarca la valoración nutricional (valoración nutricional antropométrica, la evaluación de la bioquímica nutricional, la evaluación de signos clínicos de deficiencias y/o excesos nutricionales, la evaluación de la ingesta alimentaria, la evaluación de la actividad física y la evaluación de la interacción entre nutrientes y fármacos) del usuario(a) atender, en la parte antropometrica recibe apoyo del técnico de nutrición como auxiliar antropométrico. (15 min)
- Determina el Diagnóstico (PES) y los requerimientos nutricionales para plantear sus objetivos de la intervención. (3 min).
- EL nutricionista posteriormente procede a realizar la consejería en prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en:
 - Madres, padres o cuidadores/tutores de niños, niñas y adolescentes.
 - Gestantes y Puerperas.
- **En el Primer Momento: Encuentro y explicaciones sobre la situación encontrada (5 min)**

El nutricionista indaga sobre si el usuario(a) se ha atendido previamente en otro establecimiento de salud y ha recibido recomendaciones de alimentación y nutrición previamente (1 min)

El nutricionista explica en un lenguaje sencillo a la madres, padres o cuidadores/tutores de los niños, niñas y adolescentes sobre el diagnóstico del estado nutricional. (2 min)

El nutricionista adicionalmente busca sensibilizar con argumentos los efectos a corto, mediano y largo plazo para el niño(a), adolescente, mujeres gestantes y mujeres que dan de lactar, de encontrar alguna alteración: (2 min).

*Gestantes: Peso pregestacional, inadecuada o excesiva ganancia de peso de acuerdo a semanas de gestación, anemia durante el embarazo.

* Niños y niñas: Crecimiento, peso y perímetro cefálico inadecuado, anemia, sobrepeso, obesidad, déficit de macronutrientes, déficit de micronutrientes.

* Mujeres que dan de lactar: anemia, sobrepeso, obesidad.



Segundo Momento: Análisis de factores causales o riesgos

(6 min)

El nutricionista analiza todas las posibles causas o factores de riesgos (prácticas inadecuadas) implicados en la situación encontrada, esto lo realiza a través de la anamnesis alimentaria. Y también toma en cuenta factores de: salud, higiene, aspectos emocionales, sociales, económicos, etc. **(2 min)**

El nutricionista busca identificar los factores culturales, sociales y económicos relacionados con la alimentación del niño o la niña como: religión, procedencia, creencias, mitos, costumbres. El nutricionista aplica la Ficha de Evaluación y Recomendaciones de la Alimentación de la Niña y Niño del niño menor de dos años y la historia de lactancia materna. En el caso de gestantes y púerperas se utilizará la ficha de evaluación de la ingesta alimentaria de la gestante y púerpera. **(2 min)**

El nutricionista pregunta sobre la presencia de enfermedades en el niño(a), gestantes y mujeres que dan de lactar relacionadas con el estado nutricional (enfermedades diarreicas, Infecciones respiratorias agudas, anemia entre otras)

(1 min)

El nutricionista busca identificar prácticas de alimentación saludable (frecuencia de lactancia materna, consumo de alimentos de origen animal, consistencia y frecuencia de preparaciones) y prácticas poco saludables (lactancia materna mixta, consumo de alimentos ultra procesados, mala alimentación). **(1 min)**

Tercer Momento: Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos (8 min)

El nutricionista y el usuario, buscan alternativa de solución (prácticas factibles) para el problema identificado, buscando que el mismo paciente tome la decisión final, pues son quienes conocen mejor sus recursos y posibilidades, a partir de ello se establecen acuerdos y compromisos que deben realizar hasta la próxima consejería nutricional **(2.5 min)**.

El nutricionista realiza la prescripción (nutricional y de suplementos nutricionales) elaborando el plan de alimentación, en base al diagnóstico del estado nutricional y patologías.

El nutricionista acuerda y explica a la madre, padre, tutor y/o cuidador, adolescentes, gestantes, madres que dan de lactar sobre los controles



mensuales a los que debe acudir al consultorio de atención nutricional ambulatoria. Prescribe e indica la suplementación preventiva y/o recuperativa según peso, edad y condición fisiológica. Da la orden de laboratorio (Hemograma completo, Recuento de reticulocitos, Ferritina, Proteína C reactiva, y Examen parasitológico) y acuerda sobre los controles de hemoglobina (Anexos: Tabla N°1 Medición de hemoglobina por grupo de edad durante la suplementación y/o Tabla N° 2 Control de hemoglobina en el tratamiento de anemia), y aborda los siguientes temas: **(4.5 min)**.

*Niños(as)

- Lactancia Materna Exclusiva
- Lactancia Materna Continuada y Alimentación complementaria: (Consistencia, Cantidad, Calidad y Frecuencia)
- Alimentación Saludable en el Prescolar y Escolar.
- Uso y conservación de suplementos de hierro en gotas, jarabe y micronutriente
- Cómo y con qué tomar los Suplementos de Hierro en gotas o jarabe
- Dónde guardar el suplemento de Hierro en gotas o jarabe.
- Para quién son los Micronutrientes y cómo preparar los Micronutrientes para consumirlos
- Cómo manejar los posibles efectos colaterales

*Gestante y puérperas

- Pinzamiento oportuno del cordón umbilical
- Importancia de lactancia materna
- Alimentación en la gestación y puerperio
- Importancia de la suplementación con ácido fólico, sulfato ferroso y calcio.

Finalmente, el nutricionista, para entender que la madre ha comprendido los compromisos, realice preguntas de chequeo en relación a la alimentación del niño . Del mismo modo en las gestantes y madres que dan de lactar. **(1 min)**.

Cuarto Momento: Registro de acuerdos tomados (2 min)

El nutricionista registra los acuerdos tomados durante la atención nutricional ambulatoria en la hoja de indicaciones del plan de alimentación con el nombre y firma del profesional. El nutricionista entrega a la madre, padre o cuidador,



madre gestante o lactante el folleto de las indicaciones nutricionales de acuerdo al estado nutricional y patología. Se consignará la próxima cita.

**Quinto Momento: cierre y seguimiento de acuerdos tomados
(2 min)**

El nutricionista hará la indagación y seguimiento de los acuerdos establecidos en la cita anterior. A demás de preguntar por aquellos elementos que han facilitado el cumplimiento de los acuerdos y por aquellos que han sido una barrera para el cumplimiento. Y realizar la modificación de la dieta dependiendo de lo encontrado en la segunda visita.

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO (2.5 min)

- El nutricionista procede a registrar en la historia clínica virtual o física la valoración nutricional del niño(a), gestante o madre que da de lactar la prescripción nutricional, consejería nutricional y la suplementación preventiva o recuperativa (Dosis y Frecuencia) y los procedimientos ejecutados. (1 min)
- El nutricionista registra en la hoja de la Ficha Única de Atención. (FUA) los procedimientos médicos realizados (1 min).)
- El nutricionista entrega al técnico de nutrición los formatos de la Ficha Única de Atención. (FUA) del usuario(as) atendidos, para que sean entregado en el área del SIS. (0.5 min)



**CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERGLICEMIA Y
DISLIPIDEMIA**

ANTES DEL PROCEDIMIENTO (1.5 min).

El padre, madre y tutor/cuidado del adolescente, joven, adulto, adulto mayor, gestantes o púerperas solicita cita en el área de admisión para la atención nutricional ambulatoria (Interconsulta, referencia, pagante). El personal de admisión indica a los pacientes con SIS recoger su ficha única de atención (FUA). Y en el caso de los pacientes pagantes deben dirigirse a caja para pagar el derecho de la atención nutricional ambulatoria. Luego de obtener la cita acude al consultorio en donde el técnico de nutrición recibe el ticket de derecho para la atención para la consulta nutricional ambulatoria, ubica la FUA hace colocar los nombres, apellidos, DNI y firmar en ambas caras. Luego entrega al profesional de nutricionista para la atención. (1.5 min).



DURANTE EL DEL PROCEDIMIENTO (42 min)

- El nutricionista realiza la recepción del padre, madre, tutor/cuidador del adolescente, adulto, adulto mayor, gestantes y puerperas, saluda cordialmente y se presenta. Luego de ello inicia la consulta nutricional ambulatoria. Empieza a realizar todo los procedimientos que abarca la valoración nutricional (valoración nutricional antropométrica, la evaluación de la bioquímica nutricional, la evaluación de signos clínicos de deficiencias y/o excesos nutricionales, la evaluación de la ingesta alimentaria, la evaluación de la actividad física y la evaluación de la interacción entre nutrientes y fármacos) del usuario(a) atender, en la parte antropométrica recibe apoyo del técnico de nutrición como auxiliar antropométrico. (10 min)
- Determina el Diagnóstico (PES) y los requerimientos nutricionales para plantear sus objetivos de la intervención. (3 min).
- EL nutricionista posteriormente, procede a realizar la consejería en prevención y control de la hiperglicemia y/o dislipidemia en:
- **En el Primer Momento: Encuentro y explicaciones sobre la situación encontrada (5 min)**

El nutricionista indaga sobre si el usuario(a) se ha atendido previamente en otro establecimiento de salud y ha recibido recomendaciones de alimentación y nutrición previamente (1 min)

El nutricionista explica en un lenguaje sencillo a la madres, padres o cuidadores/tutores de adolescentes, joven, adulto, adulto mayor, gestante y puérpera sobre el diagnóstico del estado nutricional. (2 min)

El nutricionista adicionalmente, busca sensibilizar con argumentos los efectos a corto, mediano y largo plazo para el niño(a), adolescentes, joven, adulto, adulto mayor, gestante y puérpera que dan de lactar, de encontrar alguna alteración: (2 min).

*Gestantes/puérpera: Peso pregestacional, inadecuada o excesiva ganancia de peso de acuerdo a semanas de gestación, anemia durante el embarazo, hiperglicemias, dislipidemia. Hipercolesterolemia, Hipertrigliceridemia.

* Adolescentes: talla baja, obesidad, delgadez, déficit de micronutrientes o macronutrientes, anemia, dislipidemia. Hipercolesterolemia, Hipertrigliceridemia, adiposidad abdominal.

* Joven, Adulto/adulto mayor: Delgadez, obesidad, sobrepeso, desnutrición calórico proteico, déficit de micronutrientes, hiperglicemia, dislipidemia. Hipercolesterolemia, Hipertrigliceridemia, adiposidad abdominal.



- **Segundo Momento: Análisis de factores causales o riesgos**

(6 min)

El nutricionista analiza todas las posibles causas o factores de riesgos (prácticas inadecuadas) implicados en la situación encontrada, esto lo realiza a través de la anamnesis alimentaria. Y también toma en cuenta factores de: salud, higiene, aspectos emocionales, sociales, económicos, etc. **(2 min)**

El nutricionista busca identificar los factores culturales, sociales y económicos relacionados con la alimentación del niño o la niña como: religión, procedencia, creencias, mitos, costumbres. El nutricionista aplica adolescentes, joven, adulto, adulto mayor la frecuencia de consumo. En el caso de gestantes y puérperas se utilizará la ficha de evaluación de la ingesta alimentaria de la gestante y puérpera. **(2 min)**

El nutricionista pregunta sobre la presencia de enfermedades relacionadas con el estado nutricional (enfermedades diarreicas, Infecciones respiratorias agudas, anemia entre otras)

(1 min)

El nutricionista busca identificar prácticas de alimentación saludable (consumo de alimentos de origen animal, frutas, verduras, menestras cereales, tubérculos, ingesta de líquidos, tipo de preparaciones, actividad física) y prácticas poco saludables (alimentos procesados, ultraprocesados, azúcar, sal, sedentarismo). **(1 min)**



- **Tercer Momento: Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos (13 min)**

El nutricionista y el usuario, buscan alternativa de solución (prácticas factibles) para el problema identificado, buscando que el mismo paciente tome la decisión final, pues son quienes conocen mejor sus recursos y posibilidades, a partir de ello se establecen acuerdos y compromisos que deben realizar hasta la próxima consejería nutricional **(1.5 min)**.

El nutricionista acuerda y explica a la madre, padre, tutor y/o cuidador, adolescentes, gestantes, puérpera, joven, adulto y adulto mayor sobre los controles mensuales a los que debe acudir al consultorio de atención nutricional ambulatoria con la finalidad de alcanzar mejor los objetivos y un buen control metabólico. **(1 min)**.

El nutricionista realiza la prescripción nutricional, elaborando el plan de alimentación, en base al diagnóstico del estado nutricional y patologías. A demás prescribe e indica la terapia de nutrición médica (nutrición enteral) **(7 min)**.



El nutricionista explica y entrega la orden de análisis para realizar los controles de perfil lipídico, hepático, glucosa, hemoglobina glicosilada, tolerancia oral a la glucosa, entre otras, dependiendo del problema nutricional del usuario(a) cada 3 meses: **(1.5 min)**.

Finalmente, el nutricionista, verifica si el usuario(a) ha comprendido los compromisos, realice preguntas de chequeo para que todo quede claro.

(2 min).

• **Cuarto Momento: Registro de acuerdos tomados (2 min)**

El nutricionista registra los acuerdos tomados durante la atención nutricional ambulatoria en la hoja de indicaciones del plan de alimentación con el nombre y firma del profesional. **(1 min)**.

El nutricionista entrega a la madre, padre o cuidador, madre gestante o lactante el folleto de las indicaciones nutricionales de acuerdo al estado nutricional y patología. Se consignará la próxima cita. **(1 min)**.

• **Quinto Momento: cierre y seguimiento de acuerdos tomados (2 min)**

El nutricionista hará la indagación y seguimiento de los acuerdos establecidos en la cita anterior. A demás de preguntar por aquellos elementos que han facilitado el cumplimiento de los acuerdos y por aquellos que han sido una barrera para el cumplimiento. Y realizar la modificación de la dieta dependiendo de lo encontrado en la segunda visita.

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO (2.5 min)

- El nutricionista procede a registrar en la historia clínica virtual o física la valoración nutricional del niño(a), gestante o madre que da de lactar la prescripción nutricional, consejería nutricional y la suplementación preventiva o recuperativa (Dosis y Frecuencia) y los procedimientos ejecutados. **(1 min)**
- El nutricionista registra en la hoja de la Ficha Única de Atención. (FUA) los procedimientos médicos realizados **(1 min)**.

El nutricionista entrega al técnico de nutrición los formatos de la Ficha Única de Atención. (FUA) del usuario(as) atendidos, para que sean entregado en el área del SIS. **(0.5 min)**



6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Niños y niñas, preescolar, escolar, adolescentes, gestantes y puérpera con o sin diagnóstico de anemia usuarias(os) que acuden atención nutricional ambulatoria.
- Adolescentes, gestante, puérpera, joven, adulto, adulto mayor con dislipidemias y/o hiperglicemias.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Usuarios (as) no afiliados al SIS.
- Usuarios (as) pagantes.

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Niños y niñas, preescolar, escolar, adolescentes, gestantes y puérpera con diagnóstico de anemia severa (6g/dl) o causada por algún problema hematológico.
- Adolescentes, gestante, puérpera, joven, adulto, adulto mayor inestables que requieran atención inmediata en emergencias.

6.4 COMPLICACIONES

- Madre de menor de edad, adolescente, gestante y puérpera se niega a darle el suplemento nutricional. (sulfato ferroso, ácido fólico, calcio, hierro Polimaltosado).
- Poca adherencia suplemento de hierro debido a los efectos adversos.
- Joven, adulto y adulto mayor NO desea cambiar sus hábitos alimentarios y no quiere realizarse sus controles de laboratorio.
- Adultos Mayores que acuden solo a consulta nutricional, dificultad la consejería por condiciones propias de la edad (falta audición, olvido en las indicaciones, dificultad para el traslado, etc.)

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales nutricionistas que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.



VII.RECOMENDACIONES

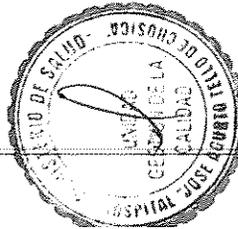
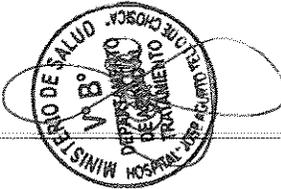
- Contar con el equipo biomédico y materiales para realizar los dosajes de hemoglobina en el consultorio de nutrición, con un personal estandarizado del CENAN.
- Capacitar al nutricionista, técnico de nutrición y auxiliar de nutrición en la metodología del procedimiento de toma de muestra de sangre en el hemoglobinómetro portátil.
- Alianzas con la Municipalidad de Lurigancho Chosica para que los niños(as) de los comedores populares, centros educativos y albergues puedan ser suplementados de manera preventiva o recuperativa. Del mismo modo brindar atenciones nutricionales a la población de los diferentes grupos etareos para la prevención y control de las dislipidemias, prediabetes, etc.



VIII. ANEXOS.

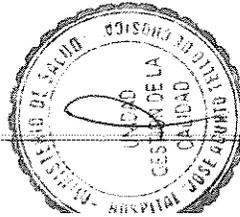
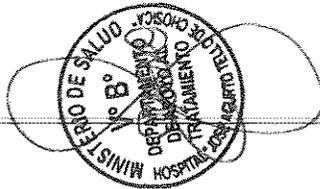
Anexo N°1: Tabla N° 1 Medición de hemoglobina por grupo de edad durante la suplementación.

Condición/Grupo de edad	Medición de hemoglobina
RN con bajo peso al nacer o prematuro	<ul style="list-style-type: none"> 2 mediciones - A los 30 días de nacido - Al tercer mes de iniciada la suplementación
Niño/a a término y con buen peso al nacer	<ul style="list-style-type: none"> 1 medición - A partir de los 6 meses de edad
6 a 11 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> 2 mediciones: - A los 6 meses de edad - Al tercer mes de iniciada la suplementación (control)
12 a 23 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> 3 mediciones: - Antes de iniciar la suplementación - Al tercer mes de iniciada la suplementación (control) - Al término de la suplementación (control)
24 a 35 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> 2 mediciones al año: - Antes de iniciar la suplementación - Al término de la suplementación (control)
36-59 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> 1 medición al año
5 a 11 años de edad	<ul style="list-style-type: none"> 2 mediciones al año: - Antes de iniciar la suplementación - Al término de la suplementación (control)
Adolescentes mujeres 12-17 años, 11 meses y 29 días	<ul style="list-style-type: none"> 3 mediciones: - En el 1er control prenatal - En la semana 25 al 28 de gestación - En la semana 37 a 40 de gestación antes del parto
Gestante	<ul style="list-style-type: none"> A los 30 días post parto. 1 medición al año
Puérpera	
Mujer en edad fértil	



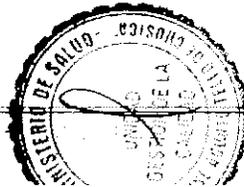
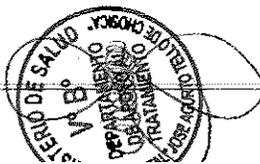
Anexo N° 2: Tabla de Control de hemoglobina en el tratamiento de anemia en el niño y la niña, el/la adolescente y mujer en edad fértil y gestante.

Grupo de edad/ Condición	Control de hemoglobina
Recién nacido con bajo peso al nacer/Prematuro	Manejo hospitalario
Niño < 6 meses nacido a término con adecuado peso al nacer	Al mes de iniciado tratamiento
6 meses a 35 meses	Al segundo, tercer y sexto mes de iniciado tratamiento
36 meses a 11 años	Al mes de iniciado el tratamiento.
Adolescente, mujer en edad fértil	Al tercer y sexto mes del tratamiento
Gestante	Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance el valor normal.



Anexo N°3: Historia Clínica Electrónica

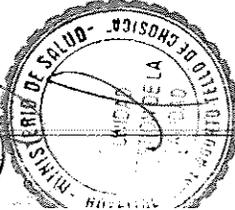
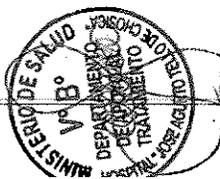
Funciones Vitales		PA:	FC:	TA:
TEMP:		TALLA (CM):	PR:	
PELO:				
Atención del Profesional Médico en el P. Hospitalario				
Fecha Atención:		Nombre Atención:		
Motivo:		Tiempo de Enfermedad:		
Antecedente:				
Estado de ánimo:				
Síntomas:				
Signos:				
Examen Físico:				
Diagnóstico:				
Tipos:	Diagnóstico			
Plan Terapéutico:				
Próximas Cita:				
Observaciones:				



Anexo N°4: Ficha De Evaluación de la Alimentación de la Niña y Niño Menor de cinco años

FICHA DE EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS
HISTORIA ALIMENTARIA

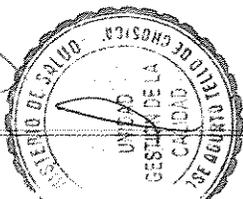
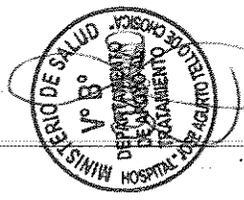
N°	Preguntas	Fecha de Evaluación																						
		Edad	0m	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m	13m	14m	15m	16m	17m	18m			
1.	¿La niña o niño está recibiendo leche materna?																							
2.	¿La técnica de lactancia materna es adecuada? (explorar y observar)																							
3.	¿La frecuencia de lactancia materna es adecuada? (explorar)																							
4.	¿La niña o niño recibe leche no materna? (explorar)																							
5.	¿La niña o niño recibe agüitas?																							
6.	¿La niña o niño recibe algún otro alimento?																							
7.	¿La consistencia de la preparación es adecuada según la edad? (explorar)																							
8.	¿La cantidad de alimentos que consume es adecuada según la edad? (explorar)																							
9.	¿La frecuencia de la alimentación de la niña o niño es adecuada según la edad? (explorar)																							
10.	¿Consume diariamente alimentos de origen animal? (explorar)																							
11.	¿Consumo diariamente frutas y verduras? (explorar)																							
12.	¿Añade aceite vegetal a la comida principal de la niña o niño?																							
13.	¿La niña o niño recibe alimentos en su propio plato?																							
14.	¿Añade sal yodada a la comida familiar?																							
15.	¿Su niña o niño está tomando suplementos de hierro?																							
16.	¿Su niña o niño está tomando suplementos de Vitamina A?																							
17.	¿Le ofrece a su niña o niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de comer, con paciencia y afecto?																							



Anexo 5. Ficha De Evaluación de la Alimentación de la Gestante y Puérpera




EVALUACION DE LA INGESTA ALIMENTARIA GESTANTE Y PUERPERA		CONTROL																
		PRE						POST										
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII					
Consistencia (El tipo de preparación de los alimentos es la adecuada?)																		
Cantidad (La Cantidad de Alimentos que consume por comida es la adecuada?)																		
Frecuencia (La Frecuencia de Alimentación diaria (Cuántas Vezes Come al Día) es la adecuada?)																		
Calidad (El Consumo Diario de Alimentos de Origen Animal ricos en Hierro (carne roja) es adecuado?)																		
Consumo Frecuencia y Cantidad	¿Frutas y Verduras Principales Fuente de vitamina A y C, es adecuado?																	
	¿Lacteos y Derivados es el Adecuado?																	
	¿Morcillas es el Adecuado?																	
	Desarrollo Administración Frecuencia																	
Suplemento	Hierro																	
	Acido Fólico																	
	Cebdo																	
	Vitamina A																	
¿La Disponibilidad y accesibilidad de Agua Segura en el hogar es el Adecuado?																		
¿Ataca Es Volada a la comida familiar?																		



Anexo N°6: Plan de Alimentación para Menor de 1 año hasta los 23 meses.



CONSEJERIA NUTRICIONAL										
APELLIDOS		NOMBRES	EDAD		EVALUACION del ESTADO NUTRICIONAL					
PATERNO	MATERNO		A	M	PESO	LONGITUD/ TALLA	HP	CLASIFICACION NUTRICIONAL	H*	
LECHE MATERNA										
IMPORTANCIA	Protectora					Previene				
	Beneficio Psicológico	Vinculo Emocional								
		Desarrollo								
	Diferencias		Leche		Molerna		Vaca			
				Matermizado						
CANTIDAD										
FRECUENCIA										
ALIMENTACION COMPLEMENTARIA										
CONSISTENCIA										
CANTIDAD		(Almuerzo)	Cucharas Grandes		(Cena)	Cucharas Grandes				
CALIDAD		Alimentos Origen Animal		Almuerzo	Cucharas Grandes		Cena		Cucharas Grandes	
FRECUENCIA										
Régimen Alimentario Principal (ALMUERZO)										
GRUPOS de ALIMENTOS	ALIMENTOS			DOSIFICACION		FRECUENCIA				
ALIMENTOS de ORIGEN ANIMAL	Pollo	Crudo		14	Gramos	ALMUERZO / CENA				
		Cocido		12	Gramos					
CEREALES	Arroz	Crudo		1-12	Cucharita	ALMUERZO / CENA				
		Cocido		3	Gramos					
VEGETALES	Color	Amarillo		Cucharas Grandes		ALMUERZO / CENA				
		Anaranjado								
		Verde Oscuro								
LACTEOS	Leche Entera	Líquida		25	Tazo	ALMUERZO / CENA				
		Polvo		11	Gramos					
GRASAS	Aceite	Vegetal		4	Gramos	ALMUERZO / CENA				
				1	Cucharita					
AZUCARES	Azúcar/Glucosa				3	Gramos	ALMUERZO / CENA			
					2/3	Cucharita el Ras				
LIQUIDO	Agua	Hervida		200	ml	ALMUERZO / CENA				
REFRIGERIO										
MANANA										
TARDE										
ADMINISTRACION										
MICRONUTRIENTES		Ingreso	Dosis		Via Administración		Frecuencia		Tiempo de Duración	
ZINC										
VITAMINA A										
Higiene y Manipulación de Alimentos										
Lavado										
Cocción										



Anexo N° 7: Plan de alimentación de Consejería Nutricional Preescolar

INFORMACIÓN GENERAL									
NOMBRE		CATEGORÍA		EDAD		SEXO		FECHA	
ALIMENTACIÓN									
DESCRIPCIÓN		CANTIDAD		FRECUENCIA		FORMA DE PREPARACIÓN		OBSERVACIONES	
ALIMENTACIÓN RECOMENDADA									
CATEGORÍA		CANTIDAD		FRECUENCIA		FORMA DE PREPARACIÓN		OBSERVACIONES	
LACTEOS									
CARNES									
FRUTAS									
VERDURAS									
CEREALES									
GRASAS									
DESAYUNO									
GRUPO y ALIMENTOS		ALIMENTOS		DISTRIBUCIÓN		FRECUENCIA			
LACTEOS y DERIVADOS		Leche		Leche Entera, UHT, pasteurizada, fresca, estéril, fresca, estéril, fresca, estéril		Cucharada		3 veces al día	
		Yogurt		Leche Entera, Frijoles Doce-cremada		Cucharada		1 vez al día	
		Queso		Queso de Vaca, Mantecado		Cucharada		1 vez al día	
POSTRES		Pastel Azúcar				Cucharada		1 vez al día	
		Pastel Frutas				Cucharada		1 vez al día	
AZÚCARES y DERIVADOS		Azúcar Miel, Alcapurina				Cucharada		1 vez al día	
DESAYUNO									
BEBIDAS		Margarita, Miel, Agua, Miel, Agua				Cucharada		1 vez al día	
TARDE		Pastel, Frutas, Agua, Miel, Agua, Miel, Agua				Cucharada		1 vez al día	
SUPERSEGUIMIENTO NUTRICIONAL (PREVENTIVO y TERAPEUTICO)									
MUESTRA		Fecha		Tipo		Método de preparación		Frecuencia	
MUESTRA		Fecha		Tipo		Método de preparación		Frecuencia	
MUESTRA		Fecha		Tipo		Método de preparación		Frecuencia	
MUESTRA		Fecha		Tipo		Método de preparación		Frecuencia	
MUESTRA		Fecha		Tipo		Método de preparación		Frecuencia	



Anexo 9: Plan de alimentación para consejería nutricional gestante

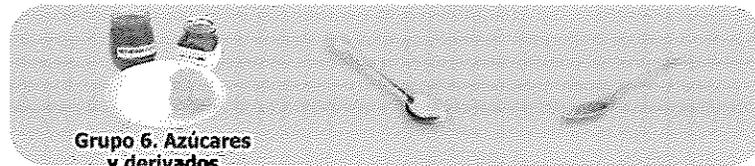
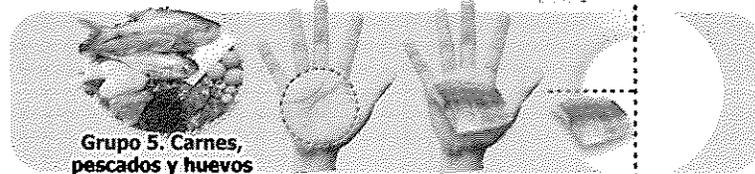
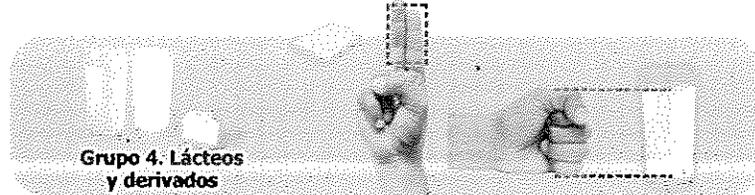
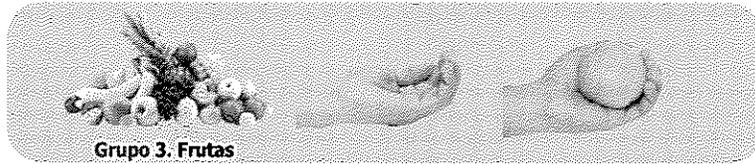
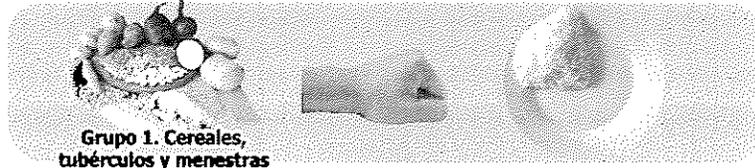


TERAPIA de NUTRICIÓN MEDICA														
CONSEJERIA NUTRICIONAL en el MARCO de la ATENCIÓN INTEGRAL de SALUD de la GESTANTE														
APELLIDOS		NOMBRES	EDAD		PESO				EVALUACION del ESTADO NUTRICIONAL				Hª	
PATERNO	MATERNO		C	G	Pre Gestacional		Actual	TALLA	Hª	Glucosa				CLINICO NUTRICIONAL
			A	S	Pre Gestacional	Actual				P.T.OG				
NUTRICIÓN DURANTE la GESTACIÓN														
EVALUACION ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMETRICO PRE GESTACIONAL														
ADECUADA GANANCIA de PESO		BAJO PESO		ACRUVOPESO		SOBREPESO		OBESIDAD						
DESCANSO APROPIADO GESTANTE														
AFECTO y CONSIDERACION														
ALIMENTACIÓN de la GESTANTE														
CONSISTENCIA														
CANTIDAD		(Almuerzo)		Plato Tendido		(Cena)		Plato Tendido						
CALIDAD		Alimentos Origén Animal		Almuerzo		Cucharas Grandes		Cena		Cucharas Grandes				
FRECUENCIA														
Regimen Nutricional Principal (ALMUERZO/CENA)														
TIPOS de ALIMENTOS		ALIMENTOS				DOSIFICACIÓN				FRECUENCIA				
CARNE PESCADO						Cucharas Grandes				ALMUERZO CENA				
HUEVOS						Cucharas Grandes				ALMUERZO CENA				
GRANOS						Cucharas Grandes				ALMUERZO CENA				
VEGETALES		Color		Rojo Anaranjado Verde Oscuro		Porción				ALMUERZO CENA				
FRUTA						Porción				ALMUERZO/ CENA				
DESAYUNO														
GRUPOS de ALIMENTOS		ALIMENTOS				DOSIFICACIÓN				FRECUENCIA				
LACTEOS						Porción								
CEREALES						Taza								
Grano Pasaño/Huevo						Cuchara Grande								
Verduras/Quinua						Porción								
Fruta						Porción								
REFRIGERIO														
MAÑANA/ TARDE														
ADMINISTRACIÓN														
MICRONUTRIENTES		Nombre		Dosis		Via Administración		Frecuencia		Tiempo Duración				
FIERRO ELEMENTAL														
ACIDO FOLICO														
CALCIO														
Higiene y Manipulación de Alimentos														
Lavado														
Cocción														
Cita														

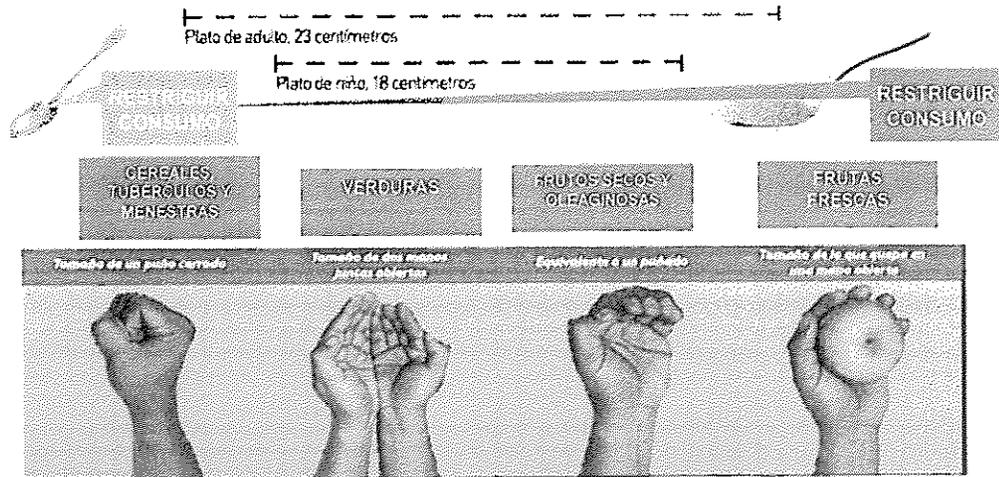
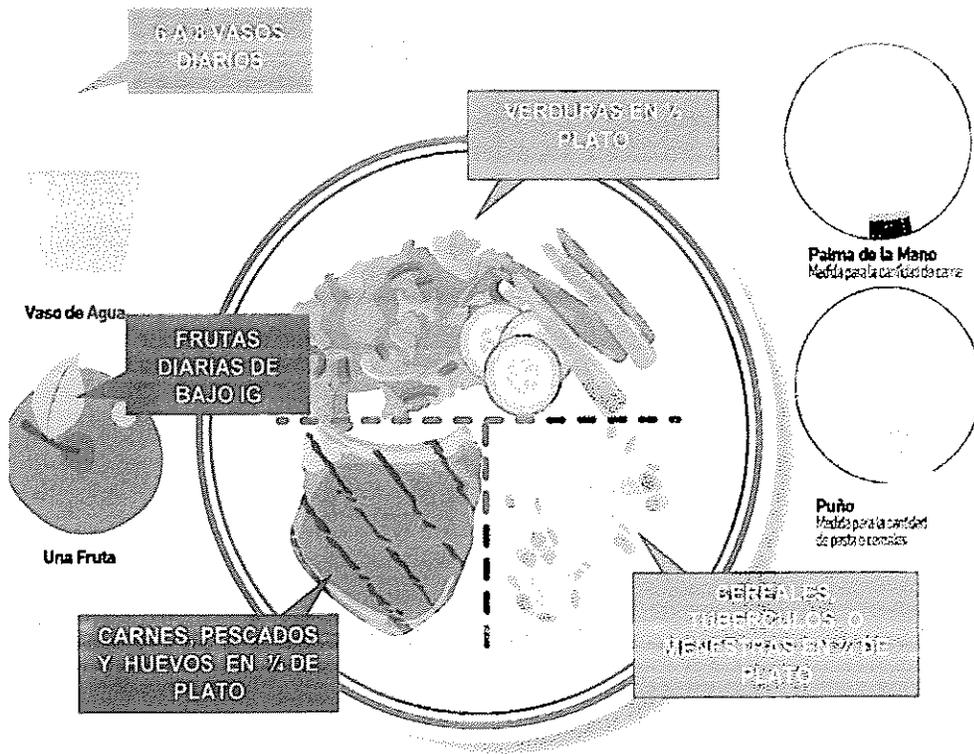


Anexo N°6: Folleto de porciones según grupo de alimentos

Grupos de alimentos Medida: Una porción Cantidad de alimento por porción



Anexo N°11: Folleto de método de plato saludable



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Cartilla de Planificación de comidas saludables 2014 y Afiche Alimentándose saludablemente controla tus porciones de alimentos. 2014.

lectura de etiqueta nutricional



Ejemplo de una etiqueta

Información nutricional	
1 Tamaño de la porción 1/4 de taza (113 g) Porciones por envase 8	
Cantidad por porción	
2 Calorías 100 Calorías de las grasas 20	
% de valor diario*	
3 Grasa total 2g	3%
Grasas saturadas 1.5 g	7%
Grasas trans 0 g	
Colesterol 10 mg	3%
Sodio 450 mg	19%
4 Total de carbohidratos 4 g	1%
Fibra 0 g	0%
Azúcares 4 g	
5 Proteína 16 g	
Vitamina A 0%	Vitamina C 0%
Calcio 8%	Hierro 0%

Carbohidratos y fibra

- 1 Tamaño de la porción
- 2 Cantidad de calorías
- 3 Porcentaje (%) valor diario
- 4 Recomiende a sus pacientes que limiten estos nutrientes
- 5 Recomiende a sus pacientes que consuman más de estos nutrientes



Los aspectos a tener en cuenta en la etiqueta son:

1. El tamaño de la porción (1/2 taza, 1/4 de taza, 1 de taza) ●
2. El contenido de grasa y el tipo de grasa ●
3. El contenido de sodio ●
4. El contenido de azúcares (hidratos de carbono y fibra) ○
5. Otros nutrientes ●

De los parámetros anteriores, afectan directamente el nivel de glucosa en la sangre el tamaño de la porción, la cantidad de hidratos de carbono y la cantidad de fibra dietética. La fibra no tiene efecto sobre los niveles de azúcar, ya puede restar del total de hidratos de carbono.

Fuente: Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). Como usar la etiqueta de información nutricional. 2022



IX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú. MINSA. Manual de procesos y procedimientos (MAPRO) del Servicio de Nutrición y Dietética del Hospital José Agurto Tello de Chosica. Resolución Directoral N° 0150 – 2019 – DE /HJATCH. (2019 Junio 19)
2. Perú. Ministerio de Salud. Guía Técnica Para La Valoración Nutricional Antropométrica De La Niña Y El Niño De 0 A 11 Años. Resolución Ministerial N° 034 - 2024 / MINSA. (2024 Enero 16).
3. Perú. MINSA. Directiva Sanitaria N.º 069 - MINSA/DGSP-V.01, 2016: Para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes Y puérperas. Resolución Ministerial N° 069 – 2016 (2016 de Febrero 4)
4. Perú. Minsa. Norma Técnica - Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Resolución Ministerial 252-2017 (2017 Abril 12)
5. Perú. Minsa. Guía De Práctica Clínica Para Diagnóstico, Manejo Y Control De Dislipidemia, Complicaciones Renales Y Oculares En Personas Con Diabetes Mellitus Tipo 2. R.M. N° 039-2017/MINSA. (2017 Enero 23)
6. Perú. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Consulta nutricional para el control de la diabetes mellitus tipo I, en niños, adolescente, y adultos. Resolución Ministerial N° 812-2023/MINSA. (2023 Agosto 25).
7. Perú. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud: Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas. Resolución Ministerial N° 251 – 2024/ MINSA. (2024 Abril 8).



SERVICIO SOCIAL

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN DE SERVICIO SOCIAL DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD:

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de Atención de servicio social, promoviendo el bienestar Social e Integral del paciente y familia incentivando a la toma de conciencia en el cambio de actitudes para poder participar en la recuperación de su problemática social (salud, económico, social, familiar, legal y otros) a los pacientes del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Brindar soporte socio-familiar-emocional-familiar, a los pacientes y familia.
- Brindar orientación social y consejería familiar a los pacientes y/o familia en relación a su problemática social (salud, económica violencia familiar y sexual, legal y otros) para fortalecer sus capacidades y habilidades.
- Brindar orientación social a los pacientes extranjeros.
- Incentivar a la reflexión en los pacientes en busca de alternativas de solución a su problemática social y estilo de vida.
- Gestionar con Redes Sociales recursos en beneficio de los pacientes y familiares.
- Realizar estudio socio-económico y calificación social del paciente.
- Gestionar la ubicación de hogares para los pacientes indigentes, abandono y adulto mayor.
- Gestionar con instituciones del estado para evaluar casos de menores en riesgo social.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: Departamento de Apoyo al Tratamiento, servicio Social.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico: Atención de servicio social

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99210.

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 20 horas aproximadamente

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **ENTREVISTA SOCIAL:** Es una técnica que se utiliza para el conocimiento de determinados contextos o personas, se apoya del diálogo-análisis para conseguir la información adecuada. Su uso primordial es el conocimiento de las causantes de los problemas sociales que le atañen a las personas, grupos sociales o familiares, esta técnica es utilizada de manera recurrente en Trabajo Social.

- **OBSERVACIÓN SOCIAL:** Esta técnica consiste mirar minuciosamente y con detenimiento alguna situación persona o contexto, para obtener conocimiento sobre su

comportamiento y características. Se utiliza en los tres métodos de intervención: caso, grupo, comunidad, para el conocimiento de los individuos y colectivos.¹

CONSEJERIA FAMILIAR: Es el proceso a través del cual interviene la profesional de Trabajo Social, donde brinda alternativas de solución a los pacientes-familia a que tomen sus propias decisiones, respecto a su cuidado personal, modificación de conductas, relación de pareja, más que nada sobre aspectos específicos de la vida humana, favoreciendo su crecimiento personal.¹

ACCIÓN SOCIAL: Son las actividades que se llevan a cabo por la trabajadora social para influir positivamente sobre las personas o grupos. Con esta actividad de acción social se brindan alternativas de solución, resolución de conflictos, educar, consejería y restablecer las relaciones intrafamiliares.¹

VISITA DOMICILIARIA SOCIAL: Es una técnica de dirigirse a un domicilio determinado con el objetivo, conseguir información, detectar necesidades y valorar la situación de la persona / usuario. Se utiliza en el trabajo de campo, para el conocimiento de las personas y familia en sus núcleos sociales primarios.¹

INFORME SOCIAL: Es un instrumento social, documento donde se facilita los datos información referidos a las situaciones de las personas por su problema o hecho. Consigna el diagnóstico social de la trabajadora social que lo emite, su contenido se deriva del estudio, a través de la observación; la entrevista y la visita domiciliaria donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.¹

VISITA INSTITUCIONAL SOCIAL: Es una visita a una institución, con la finalidad de tener un acercamiento como también, generar un trabajo interinstitucional y de apoyo a un paciente que lo requiere.

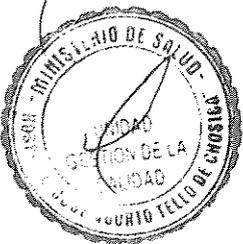
REUNIÓN DE CASO SOCIAL: Es un espacio de dialogo, generado por el trabajador social con el paciente, la familia y los profesionales de la salud, para intercambiar opiniones respecto al caso, con la finalidad de alcanzar un acuerdo o consenso para superar una situación problema.¹

GESTIÓN SOCIAL: Hace referencia a la acción y es considerada como técnica a la consecuencia de administrar o gestionar algo. Al respecto, hay que decir que gestionar es llevar a cabo diligencias que hacen posible la realización de una acción social en bien de los pacientes.

REUNIÓN DE GRUPO SOCIAL: Es la intervención de la trabajadora social donde se reúne con el paciente, la familia, en algunos casos con el equipo multidisciplinario, para establecer pautas, acuerdos en base a una situación problema para lograr el objetivo determinado.¹

HISTORIA SOCIAL: Recoge de forma sistemática toda la información que se obtiene de la paciente o familia. Es un instrumento de marcado carácter diacrónico, puesto que se va ampliando en la medida en que se avanza en la intervención y el conocimiento del paciente. Es un soporte documental que está abierto a ampliaciones y a nuevas incorporaciones.¹

FICHA ÍNDICE DE CASO SOCIAL: Es un soporte documental e instrumento de trabajo en el que se registra la información en forma susceptible de ser ordenado, entresacada



y almacenada, es utilizado por los profesionales de Trabajo Social para recoger los datos básicos de las personas a las que atienden.¹

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **PACIENTE:** Es el individuo que busca atención o recibe cuidados de salud debido a enfermedades, lesiones, para mejorar su bienestar, para prevenir enfermedades o para obtener diagnósticos sobre su estado de salud.¹
- **RIESGO SOCIAL:** Hace peligrar la vida de las personas, estabilidad, integridad, salud física y mental.
- **CALIDAD DE VIDA:** Describe el entorno en el que prevalece la satisfacción de las necesidades humanas y que permiten un desarrollo normal y placentero de las actividades diarias. La calidad de vida se ve influenciada por las condiciones y realidades específicas de cada persona o grupo familiar.
- **HABILIDADES SOCIALES:** Son un conjunto de conductas que nos permiten interactuar y relacionarnos con los demás de manera efectiva y satisfactoria y mutuamente satisfactoria. Son imprescindibles en cualquier ambiente que nos podamos encontrar (en familia, en el trabajo, en la calle, etc.). Es beneficiosa para aprender a expresarse y comprender a los demás, tener en cuenta las necesidades e intereses de todo el mundo, intentar encontrar la solución más satisfactoria para todos ante un problema o ser solidario, cosas fundamentales si queremos vivir en sociedad.
- **PROBLEMAS SOCIALES:** Son situaciones que impiden el desarrollo o el progreso de una comunidad o de uno de sus sectores., por tratarse de cuestiones públicas el Estado tiene la responsabilidad y la obligación de solucionar dichos problemas a través de las acciones de gobierno.

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 1 Trabajadora Social.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Escritorio	unid	1
Sillas	unid	3
Computadora	unid	1
Impresora	unid	1
Hojas bond	Hoja	50
Estantes	unid	2
Ficheros	unid	4

Lapicero azul	Unid	3
Borrador	Unid	1
Lápices	Unid	1
Corrector	Unid	1
Sellos de categorización	Unid	3
Ficha de índice de caso social	Unid.	1

- **Material médico no fungible**

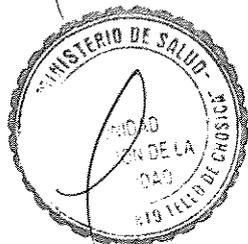
DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etílico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

A. PACIENTES CON PROBLEMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
1. La Trabajadora Social atiende al paciente que ingresa a servicio social con el documento recepcionado por mesa de partes del hospital, derivado del Poder Judicial, CEM (Centro de Emergencia Mujer), Ministerio Público, Unidad de Víctimas y Testigos (UDAVIT) y Policía Nacional del Perú (PNP)	5 minutos
2. El paciente facilita una copia del documento arriba mencionado y su copia del Documento Nacional de Identidad (DNI).	5 minutos
3. La trabajadora social atiende al paciente y verifica en el archivo.	20 minutos
Paciente nuevo	
4. La trabajadora social apertura la tarjeta de Índice de Caso Social a través de la entrevista (datos personales, DNI, ocupación, tipo de seguro u otros).	20 minutos
5. La trabajadora social brinda orientación social al paciente para sensibilizar de la problemática que está enfrentando para lograr la responsabilidad de asistir al tratamiento psicológico.	20 minutos
6. La trabajadora social, brinda consejería familiar al paciente, para proponer alternativas	30 minutos



de solución a los pacientes-familia a que tomen sus propias decisiones, respecto a su cuidado personal, modificación de conductas, relación de pareja, más que nada sobre aspectos específicos de la vida humana, favoreciendo su crecimiento personal.	
7. La trabajadora social desarrolla la reunión de caso, con el paciente, la familia y los profesionales de la salud, con la finalidad de alcanzar un acuerdo o consenso para superar la situación problema, según se requiera.	1 hora
8. La Trabajadora Social efectúa el llenado del formato de violencia familiar para remitir a epidemiología, cuando el paciente es víctima.	30 minutos
9. La Trabajadora Social informa la exoneración que se otorgará a cada una de las terapias solicitadas por el servicio de psicología en todo el proceso de su recuperación.	5 minutos
10. La Trabajadora Social realiza la exoneración de consulta al servicio a psicología.	5 minutos
11. La trabajadora social registra la atención social en el Sistema Informático Estadística – HIS.	5 minutos
12. La Trabajadora Social registra su atención social en el cuaderno de consultorios externos.	5 minutos
<u>Paciente continuador</u>	
1. La trabajadora social ubica la tarjeta de Índice de Caso Social en el archivo.	5 minutos
2. La trabajadora Social realiza la exoneración de consulta al servicio de psicológica	5 minutos
3. La Trabajadora Socia registra la atención social en el Sistema Informático Estadística-HIS.	5 minutos
4. La Trabajadora Social registra su atención social en el cuaderno de consultorios externos	5 minutos
<u>Paciente re-ingresante</u>	
1. La trabajadora social ubica la tarjeta de índice social en el archivo y entrevista al paciente (datos personales, DNI, ocupación, tipo de seguro u otros), para actualización.	5 minutos
2. La Trabajadora Social verifica si es o no la misma denuncia, trata la atención social.	20 minutos
3. La trabajadora social, brinda orientación social al paciente, para sensibilizar la problemática que está enfrentando, para lograr la responsabilidad de asistir al tratamiento psicológico.	20 minutos



4. La trabajadora social, brinda consejería familiar al paciente, para proponer alternativas de solución a los pacientes-familia a que tomen sus propias decisiones, respecto a su cuidado personal, modificación de conductas, relación de pareja, más que nada sobre aspectos específicos de la vida humana, favoreciendo su crecimiento personal.	30 minutos
5. La trabajadora social desarrolla la reunión de caso, con el paciente, la familia y los profesionales de la salud, con la finalidad de alcanzar un acuerdo o consenso para superar la situación problema, según se requiera.	1 hora
6. La Trabajadora Social efectúa el llenado del formato de violencia familiar para remitir a epidemiología, cuando el paciente es víctima.	30 minutos
7. La Trabajadora Social informa la exoneración que se realizará a cada una de las consultas al servicio de psicología en todo el proceso de su recuperación.	5 minutos
8. La trabajadora social registra la atención en el Sistema Informático Estadística – HIS.	5 minutos
9. La Trabajadora Social registra la atención social en el cuaderno de reporte de consultorios externos.	5 minutos



B. PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

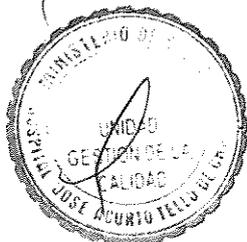
5.3.1 RECURSO HUMANO:

1 Trabajadora Social.

5.3.2. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
ESCRITORIO	unid	1
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1
HOJAS BOND	hoja	3
ESTANTES	unid	2
FICHEROS	unid	4
LAPICERO AZUL	Unid	3
BORRADOR	Unid	1
LÁPICES	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1



SELLOS DE CATEGORIZACIÓN	Unid	3
FICHA DE INDICE DE CASO SOCIAL	Unid.	1

MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etilico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
1. La Trabajadora Social atiende al paciente quien solicita atención social.	5 minutos
2. La trabajadora social atiende al paciente y verifica lo siguiente: Paciente nuevo	5 minutos
3. La trabajadora social apertura la tarjeta de índice social a través de la entrevista (datos personales, DNI, ocupación, tipo de seguro u otros). Paciente continuador	20 minutos
4. La trabajadora social ubica la tarjeta de índice social en el archivo. Paciente re-ingresante	5 minutos
5. La trabajadora social ubica la tarjeta de índice social en el archivo y entrevista al paciente (datos personales, DNI, ocupación, tipo de seguro u otros) para actualización.	20 minutos
6. La trabajadora social en las tres modalidades de atenciones a los pacientes brinda orientación social y consejería familiar.	50 minutos
3. La trabajadora social evalúa la situación socio económica empleando el score social lo cual conllevará a un diagnóstico social y aplica la calificación y de acuerdo a las variables a utilizar determinará la categoría. Resultados: A – 20 a menos paciente no pobre,	1 hora



	exoneración de 0%	
B – 21 a 41	pobreza reciente, exoneración del 30%	
C – 42 a 62	pobreza crónica, exoneración del 50%	
D – 63 a más	exoneración del 100%	
<u>Si no procede la exoneración</u>		
4.	La trabajadora social deriva para el pago correspondiente en caja.	5 minutos
<u>Si procede la exoneración</u>		
5.	La trabajadora social emite la boleta de exoneración (sello y firma) otorgando el descuento total o parcial correspondiente.	5 minutos
6.	La trabajadora social registra la atención en el Sistema Informático Estadística de consultorio externo – HIS	5 minutos
7.	La trabajadora Social registra la atención social en el cuaderno de consultorios externos.	5 minutos



C. PACIENTES NN CON SOPORTE FAMILIAR INADECUADO

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

1 trabajadora social.

5.3.2 . RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
ESCRITORIO	unid	1
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1
HOJAS BOND	unidades	50
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1
FORMATO DE INFORME SOCIO ECONÓMICA	Unid	15
SELLOS DE CATEGORIZACIÓN	Unid	3

- MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etílico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
1. La Trabajadora Social se acerca ante el llamado de la licenciada de enfermería.	10 minutos
2. La Trabajadora Social atiende al paciente que ingresa por Emergencia, trasladado por Serenazgo, Bomberos, Policía Nacional u otros brindándole soporte emocional y orientación social.	20 minutos
3. La Trabajadora Social coordina con el servicio de admisión para averiguar datos personales del NN, a través de la huella digital.	15 minutos
4. La trabajadora social registra en el cuaderno de emergencia como paciente NN.	5 minutos
5. La trabajadora Social realiza reunión de caso con los profesionales de la salud, con la finalidad de alcanzar un acuerdo o consenso para superar la situación problema.	1 hora
6. La trabajadora social exonera consulta de emergencia con la emisión de la Boleta de Exoneración (firma y sello).	5 minutos
7. La trabajadora social valida receta de medicinas (firma y sello) en la parte posterior que emite los médicos.	5 minutos
8. La Trabajadora Social ejecuta reunión de grupo con el médico y enfermería.	1 hora
9. La trabajadora social exonera las medicinas u otros procedimientos.	5 minutos
<u>DESPUÉS DE PRIORIZAR LA ATENCION AL PACIENTE NN Y RECOPRE LA CONCIENCIA</u>	20 minutos

10. La trabajadora social apertura Índice de Caso Social a través de la entrevista al paciente, donde brinda algunos datos, no cuenta con documentación (DNI).	10 minutos
11. La trabajadora social verifica en el sistema de RENIEC si presenta datos para ubicar familiares.	15 minutos
12. La trabajadora social nuevamente coordina con el servicio de admisión para averiguar datos del paciente, dirección de domicilio para proceder a ubicar a los familiares.	10 minutos
13. La trabajadora social coordina con la unidad de seguros para su afiliación al SIS cuando no cuenta con otro seguro.	1 hora
14. La Trabajadora Social realiza la gestión de comunicar a la Comisaría de la Jurisdicción.	1 hora
15. La trabajadora social realiza la gestión de trasladarse al lugar donde fue encontrado por los serenos, policía, bomberos u otros, con la finalidad de ubicar familiares y evaluar su situación socio familiar.	2 horas
16. La trabajadora social emite informe social indicando diagnóstico social. Ausencia familiar.	2 horas
17. La Trabajadora Social realiza la historia social y adjunta a la historia clínica.	1 hora
18. La trabajadora social gestiona con diferentes instituciones públicas y privadas (MIMP, REMAR u otros) para su inserción en una Casa Hogar.	1 hora
19. La trabajadora social solicita los informes (médico, social, psicológico u otros), lo cual son requisitos para internamiento a un hogar.	1 hora
20. La trabajadora social realiza la gestión de dar seguimiento de obtener los documentos del paciente NN para su inserción a una Casa Hogar.	1 hora
21. La trabajadora social previa coordinación con la institución MIMP u otro hogar ubica a Casa Hogar permanente o casa de acogida.	1 hora
22. La Trabajadora Social coordina con Dirección Ejecutiva para efectuar el oficio para trasladar al paciente a destino a hogar.	1 hora
<u>PACIENTE CON DESTINO A HOGAR</u>	1 hora
23. La Trabajadora Social coordina con referencia y médico de guardia para solicitar la ambulancia.	5 minutos
24. La Trabajadora Social firma papeleta de	



salida de ambulancia.	5 minutos
25. La Trabajadora Social realiza exoneración total de la ambulancia emitiendo boleta de exoneración (sello y firma).	4 horas
26. La trabajadora social trasladada al paciente a la Casa Hogar o Casa de Acogida, previa coordinación con el responsable de la institución.	20 minutos
27. La Trabajadora Social presenta el cargo del oficio de Dirección Ejecutiva para el internamiento del paciente previa firma de recepción del documento por el personal a cargo del hogar.	

D. NIÑOS Y ADOLESCENTES EN RIESGO DE DESPROTECCIÓN FAMILIAR

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

1 trabajadora social.

5.3.2. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
ESCRITORIO	unid	1
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1
HOJAS BOND	unidades	50
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1
FORMATO DE INFORME SOCIO ECONÓMICA	Unid	15
SELLOS DE CATEGORIZACIÓN	Unid	3

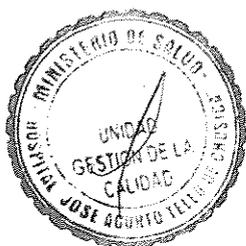
- MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etilico 1 litro	ml	20
Jabón Germicida 1 litro	ml	20
Papel toalla	HOJAS	40
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	40

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
1. La trabajadora Social recibe la interconsulta emitida por el médico.	10 minutos
2. La trabajadora social, brinda soporte emocional al niño o adolescente en riesgo social.	20 minutos
3. La trabajadora social, apertura el llenado de la ficha socio económico, (datos personales, composición familiar, vivienda u otros), a través de la entrevista que se realiza al familiar directo de preferencia madre del menor.	30 minutos
4. La trabajadora social brinda consejería familiar.	30 minutos
5. La trabajadora social, revisa la historia clínica, con la finalidad de evaluar la situación del menor en presunto estado de riesgo de desprotección familiar y/o desprotección familiar.	20 minutos
6. La trabajadora social evalúa la situación problema y determina el diagnóstico social.	1 hora
7. La Trabajadora Social registra la atención social en el cuaderno donde el menor es atendido y en el cuaderno de madre adolescente cuando sea el caso.	5 minutos
8. La trabajadora social, comunica vía telefónica a la Unidad de Protección Especial (UPE) Lima Este, dando el alcance de la situación del menor en riesgo.	1 hora
9. La trabajadora social, coordina la presencia del Fiscal Provincial de Familia de Lurigancho.	1 hora
10. La trabajadora social, coordina con la Unidad de Seguros para posible afiliación al SIS.	1 hora
11. La trabajadora social, coordina con la comisaría del distrito que corresponde para ubicación familiar cuando sea el caso.	2 horas
12. La trabajadora social realiza la visita domiciliaria.	5 minutos
13. La trabajadora Social registra la atención en el cuaderno de reporte de visita domiciliaria.	2 horas
14. La trabajadora social, elabora el informe social.	30 minutos
15. La Trabajadora Social apertura la Historia Social del menor y adjunta a la Historia Clínica.	1 hora
16. La Trabajadora Social coordina con los	



servicios involucrados en la atención para la emisión de los informes que son requisitos que solicita la UPE.	1 hora
17. La trabajadora social, recepciona los informes y/o documentos solicitados (Acta fiscal, informe médico, informe social, informe psicológico de la mamá, prueba COVID, certificado de nacido vivo, carnet de vacunas, resultados de análisis –inmunología, sífilis, hepatitis, VIH-).	1 hora
18. La trabajadora social, elabora el expediente con la documentación del niño en riesgo de desprotección familiar o desprotección familiar.	1 hora
19. La trabajadora social elabora documento dirigido a la Jefatura del Departamento de Tratamiento adjuntando el expediente, señalando la atención por Dirección Ejecutiva.	1 hora
20. La Trabajadora Social coordina con la dirección ejecutiva para la derivación del expediente vía correo electrónico y físico a la Unidad de Protección Especial (UPE) Lima Este.	4 horas
21. La trabajadora social, gestiona con la DIPAM – MIMP, para trasladarse conjuntamente con el Adulto Mayor a las instalaciones de dicha dependencia.	20 minutos
22. La trabajadora social, presenta el cargo del oficio de la dirección del hospital para su internamiento del paciente previa firma de recepción al documento por el profesional a cargo (UPE).	



E. NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PRESUNTO ABUSO SEXUAL

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

1 trabajadora social.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
ESCRITORIO	unid	1
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1

HOJAS BOND	unidades	50
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1
FORMATO DE FICHA SOCIO ECONÓMICA	Unid	10

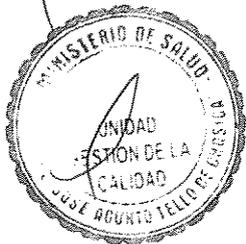
- MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etilico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
1. La Trabajadora Social recibe la interconsulta emitida por el médico.	5 minutos
2. La trabajadora social, entrevista a la niña, niño, adolescente para ofrecer soporte emocional.	20 minutos
3. La trabajadora social, apertura el llenado de la ficha socio económico, (datos personales, composición familiar, vivienda u otros), a través de la entrevista que se realiza al familiar directo de preferencia madre del menor.	30 minutos
4. La trabajadora social brinda consejería familiar.	30 minutos
5. La Trabajadora Social, revisa la historia clínica, para tomar conocimiento del caso.	20 minutos
6. La Trabajadora Social registra en el cuaderno donde el menor es atendido y cuaderno de madre adolescente cuando sea el caso.	10 minutos
7. La trabajadora Social realiza reunión de caso con los profesionales de la salud, con la finalidad de alcanzar un acuerdo o consenso para superar la situación problema.	1 hora



8. La Trabajadora Social realiza reunión de grupo con el médico tratante y personal de salud, para evaluar la situación del menor.	1 hora
9. La trabajadora social, realiza la gestión con la unidad de seguros, para su afiliación en caso no cuente con SIS	1 hora
10. La trabajadora social evalúa la situación problema y determina el diagnóstico social.	1 hora
11. La trabajadora social, coordina la presencia de la Fiscal Especializada en Violencia contra la Mujer y los Integrantes del Grupo Familiar de Lurigancho.	30 minutos
12. La trabajadora social responde la interconsulta de acuerdo al diagnóstico presuntivo por el médico y el motivo del mismo.	30 minutos
13. La Trabajadora Social realiza historia social y adjunta a la Historia Clínica.	5 minutos.
14. La Trabajadora Social registra la atención social en el cuaderno del servicio donde el menor es atendido y cuaderno de madre adolescente cuando sea el caso.	



F. TRABAJADORES Y FAMILIARES DIRECTOS

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

1 trabajadora social.

5.3.2 . RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
ESCRITORIO	unid	1
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1
HOJAS BOND	unid	50
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1

MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Eftílico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
1. La trabajadora social, entrevista al trabajador y/o familia,	20 minutos
2. La trabajadora Social evalúa la situación socio familiar y determina el diagnóstico social.	1 hora
3. La trabajadora social, brinda orientación social y consejería familiar.	50 minutos
4. La trabajadora social, elabora boleta de exoneración con sello y firma de la profesional.	5 minutos
5. La trabajadora social, entrega boleta de exoneración al trabajador y/o familia solicitante.	5 minutos
6. La trabajadora social, recibe boleta de exoneración, sellada por el servicio de caja.	5 minutos
7. La trabajadora social, registra su atención social en el cuaderno donde el trabajador es atendido.	5 minutos

G. PACIENTE ADULTO MAYOR EN ALTO RIESGO SOCIAL Y DISCAPACIDAD SEVERA

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

1 trabajadora social.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
ESCRITORIO	unid	1
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1
HOJAS BOND	unidades	50
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1
FORMATO DE FICHA SOCIO ECONÓMICA	Unid	10

-Material médico no fungible

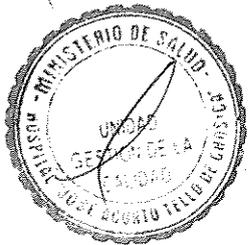
DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etilico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
1. La Trabajadora Social recibe la Interconsulta por el médico tratante.	5 minutos
2. La trabajadora social, brinda soporte emocional al adulto mayor y discapacidad severa y orientación social.	20 minutos
3. La trabajadora social, apertura Informe Socio Económico (datos personales,	30 minutos

composición familiar, vivienda u otros), a través de la entrevista.	
4. La trabajadora social, revisa la historia clínica, con la finalidad de evaluar la situación del adulto mayor en presunto estado de abandono.	20 minutos
5. La Trabajadora Social registra en el cuaderno donde el adulto mayor es atendido.	5 minutos
6. La trabajadora social, coordina la presencia de los efectivos policiales de la comisaría del sector, para que se realice la ubicación del familiar.	1 hora
7. La Trabajadora Social evalúa la situación problema, diagnóstico social ausencia familiar.	1 hora
8. La trabajadora social, comunica vía telefónica a la institución Dirección de la Persona Adulta Mayor (DIPAM), dando el alcance de la situación del adulto mayor y discapacidad severa.	1 hora
9. La Trabajadora Social responde la interconsulta cada vez que solicita el médico.	30 minutos
10. La Trabajadora Social realiza la historia social y adjunta en historia clínica.	30 minutos
11. La trabajadora social, coordina con Unidad de Seguros para verificar si el adulto mayor cuenta con SIS o ESSALUD., en caso no cuenta con SIS, para su afiliación.	1 hora
12. La trabajadora social, exonera consulta de emergencia en caso no cuenta con SIS.	5 minutos
13. La trabajadora social, valida receta de medicinas sellado y firmado en la parte posterior, en caso lo requiera.	5 minutos
14. La trabajadora social, exonera medicinas u otros procedimientos.	5 minutos
<u>DESPUES DE PRIORIZAR LA ATENCION AL ADULTO MAYOR EN ALTO RIESGO SOCIAL Y DISCAPACIDAD SEVERA</u>	
	2 horas
15. La trabajadora social realiza la visita domiciliaria y diagnóstico social.	
16. La trabajadora Social registra la atención social en el cuaderno de reporte de visitas domiciliarias	5 minutos
	2 horas
17. La trabajadora social, elabora el informe social.	
18. La Trabajadora Social coordina con los	1 hora



servicios involucrados en la atención para la emisión de los informes que solicita la DIPAM.	
19. La trabajadora social, recopila los informes y/o documentos solicitados (Atestado policial, informe médico, informe social, informe psicológico, prueba COVID, resultados de análisis – inmunología, sífilis, hepatitis, VIH, TBC).	1 hora
20. La trabajadora social, elabora el expediente con la documentación del adulto mayor y discapacidad severa.	1 hora
21. La trabajadora social elabora documento dirigido a la Jefatura del Departamento de Tratamiento adjuntando el expediente, señalando la atención a Dirección Ejecutiva.	1 hora
22. La Trabajadora Social coordina con la dirección ejecutiva para la derivación del expediente vía correo electrónico y físico a la Dirección de la Persona Adulta Mayor (DIPAM)- MMP Lima Este.	1 hora
23. La trabajadora social realiza la gestión con la DIPAM, el traslado del adulto mayor y discapacidad severa a las instalaciones de dicha dependencia.	4 horas
24. La trabajadora social, presenta el cargo del oficio de la dirección del hospital, para el internamiento del adulto mayor y firma de recepción por el profesional a cargo (DIPAM).	20 minutos



**H. PACIENTE EXTRAVIADO POR LA FAMILIA
5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS**

5.3.1 RECURSO HUMANO:

1 trabajadora social.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
ESCRITORIO	unid	1
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1
HOJAS BOND	unidades	50

LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1
FORMATO DE INFORME SOCIO ECONÓMICA	Unid	10

- MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etilico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
1. La Trabajadora Social recibe la interconsulta solicitada por el médico de turno.	5 minutos
2. La trabajadora social, brinda al paciente soporte emocional y orientación social.	20 minutos
3. La trabajadora social, apertura Informe Socio Económico del paciente extraviado, (datos personales, composición familiar, vivienda u otros), a través, de la entrevista.	30 minutos
4. La trabajadora social, verifica en el sistema de admisión datos del paciente, dirección de domicilio para proceder a ubicar a los familiares.	20 minutos
5. La trabajadora social, verifica la historia clínica, con la finalidad de conocimiento de la situación de salud, teléfono del familiar del paciente.	20 minutos
6. La trabajadora Social registra la atención social en el cuaderno donde es atendido el paciente.	5 minutos
7. La Trabajadora Social realiza reunión de grupo con el médico y enfermera para conocer la situación de salud del paciente extraviado.	1 hora
8. La trabajadora social, realiza la gestión de la presencia de los efectivos policiales de la comisaría del sector, para que se realice el	1 hora



atestado policial correspondiente a ubicación familiar.	
9. La trabajadora social, realiza la gestión con la Unidad de Seguros de verificar si el paciente cuenta con SIS o ESSALUD u otro tipo de seguro.	1 hora
10. La Trabajadora Social responde la interconsulta cada vez que requiera el médico.	30 minutos
11. La trabajadora social, exonera consulta de emergencia en caso no cuente con SIS.	5 minutos
12. La trabajadora social, valida receta de medicinas sellando y firmando en la parte posterior en caso lo requiera por el médico, en caso no cuenta con SIS.	5 minutos
13. La trabajadora social, exonera medicinas u otros procedimientos en caso lo requiera por el médico, en caso no cuenta con SIS.	5 minutos
14. La trabajadora social, realiza la gestión de trasladarse al lugar donde fue encontrado por los serenos, policía, bomberos y otros, con la finalidad de ubicar familiares.	2 horas
15. La trabajadora social, ubica y entrevista a la familia del paciente extraviado.	20 minutos
16. La trabajadora Social completa datos al informe socio económico que otorga el familiar.	20 minutos
17. La trabajadora social, brinda orientación social y consejería familiar a la familia.	50 minutos
18. La Trabajadora Social realiza la historia social y adjunta a historia clínica.	30 minutos
<u>PROCEDE EXONERACIÓN AL ALTA</u>	
19. La Trabajadora Social realiza visita domiciliaria en caso no cuenta con SIS.	2 horas
20. La Trabajadora Social ejecuta el llenado del formato de visita domiciliaria.	30 minutos
21. La trabajadora Socia registra la atención social en el cuaderno de reporte de visita domiciliaria.	5 minutos
22. La Trabajadora Social evalúa la situación socio económica del paciente extraviado y determina el diagnóstico social.	1 hora
23. La trabajadora social, elabora boleta de exoneración total o parcial con sello y firma de la profesional si lo requiere.	5 minutos
24. La trabajadora social, entrega boleta de exoneración a la familia del paciente.	5 minutos
25. La trabajadora social, recibe boleta de exoneración sellada por caja.	5 minutos.



I. PACIENTES EXTRANJEROS NO CUENTAN CON CARNET DE EXTRANJERIA

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

1 trabajadora social.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
ESCRITORIO	unid	1
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1
FORMATO DE INFORME SOCIO ECONÓMICA	Unid	10

-Material médico no fungible

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etilico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
1. La trabajadora Social recibe la interconsulta solicitada por el médico de turno.	5 minutos
2. La trabajadora social, entrevista al paciente para ofrecer soporte emocional y orientación social.	20 minutos
3. La trabajadora social, apertura Informe Socio Económico del paciente extranjero (datos personales, composición familiar, vivienda u otros), a través, de la entrevista.	30 minutos
4. La trabajadora social, registra la atención Social en el cuaderno donde el paciente	



extranjero es atendido.	5 minutos
5. La trabajadora social, brinda consejería familiar.	30 minutos
6. La Trabajadora Social, realiza la gestión de coordinar con la oficina de la Superintendencia Nacional de Migraciones el trámite para la obtención del carnet de extranjería.	1 hora
7. La trabajadora social, coordina con el médico tratante para la emisión del informe médico, el cual es requisito para otorgamiento del carnet de extranjería.	1 hora
8. La trabajadora social, orienta al familiar los requisitos lo cual Migraciones solicita con la finalidad que se otorgue el carnet de extranjería (Informe Médico del paciente, datos del familiar, correo electrónico, número de celular y formatos debidamente llenados por la familia).	20 minutos
9. La trabajadora social, orienta al familiar acercarse a la oficina de Migraciones, presentando la documentación completa.	20 minutos
10. La Trabajadora Social responde la interconsulta cada vez lo requiere el médico.	30 minutos
11. La Trabajadora Social realiza historia social y adjunta a la historia clínica.	30 minutos
<u>PROCEDE LA EXONERACIÓN</u>	2 horas
12. La trabajadora social, realiza la visita domiciliaria.	
13. La Trabajadora Social ejecuta el llenado del formato de visita domiciliaria.	30 minutos
14. La Trabajadora Social registra la atención social en el cuaderno de reporte de visita domiciliaria.	5 minutos
15. La trabajadora social, evalúa la situación socio económica del paciente extranjero, para determinar el diagnóstico y calificación económica, a través, del score social.	1 hora
16. La trabajadora social, elabora boleta de exoneración, la cual firma y sella.	5 minutos
17. La trabajadora social, entrega boleta de exoneración al paciente extranjero y/o familiar.	5 minutos
18. La trabajadora social, recibe boleta de exoneración sellada por el servicio de caja.	5 minutos
<u>NO PROCEDE LA EXONERACIÓN</u>	
19. Se orienta para el pago correspondiente en el servicio de caja.	20 minutos



J. PACIENTES DE EMERGENCIA

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

1 trabajadora social.

5.3.2. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
ESCRITORIO	unid	1
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1

K. PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

1 trabajadora social.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
ESCRITORIO	unid	1
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1
FORMATO DE INFORME SOCIO ECONÓMICA	Unid	10

-Material médico no fungible

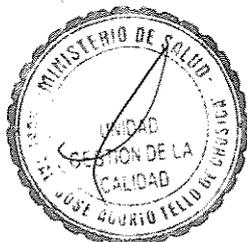
DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etilico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
<u>EN CASO DE INTERCONSULTA</u>	
1. La Trabajadora Social recibe la interconsulta del médico de turno.	5 minutos
2. La trabajadora social, brinda soporte emocional y orientación social.	20 minutos
3. La trabajadora social, apertura el llenado del Informe Socio Económico (datos personales, composición familiar, vivienda u otros), a través de la entrevista.	30 minutos
4. La trabajadora social, brinda consejería familiar.	30 minutos
5. La trabajadora social, revisa la historia clínica, con la finalidad de evaluar la situación salud, socio económico del paciente según sea el caso.	20 minutos
6. La Trabajadora Social registra la atención social en el cuaderno de Hospitalización.	
7. La trabajadora social, entabla una reunión de caso y grupo con el médico tratante y personal de salud, para evaluar la situación del paciente.	5 minutos
8. La trabajadora social, realiza la gestión con la unidad de seguros, para su afiliación en caso no cuente con SIS.	2 horas
9. La trabajadora social atiende la interconsulta de acuerdo al diagnóstico presuntivo por el médico y el motivo del mismo, cada vez que lo requiera el médico.	1 hora
10. La Trabajadora Social realiza la historia social y adjunta a la historia clínica.	30 minutos
<u>EN CASO DE VISITA DIARIA A LOS DIVERSOS SERVICIOS</u>	
11. La trabajadora social, identifica al paciente que es caso social, brinda soporte emocional y orientación social.	30 minutos
12. La trabajadora social, apertura el llenado del Informe Socio Económico (datos personales, composición familiar, vivienda u otros), a través de la entrevista.	20 minutos
13. La trabajadora social, brinda consejería familiar.	30 minutos
14. La trabajadora social, revisa la historia clínica, con la finalidad de evaluar la situación salud, socio económica del paciente según sea el caso.	30 minutos
	20 minutos.



15. La Trabajadora Social registra la atención social en el cuaderno de hospitalización.	5 minutos
16. La trabajadora social, entabla una reunión de caso y grupo con el médico tratante y personal de salud, para evaluar la situación del paciente.	2 horas
17. La trabajadora social gestiona con la familia hasta su alta médica o derivación a otro hospital.	1 hora

L. PACIENTES ADULTO MAYOR CON SOPORTE FAMILIAR INADECUADO

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

1 trabajadora social.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
ESCRITORIO	unid	1
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1
FORMATO DE INFORME SOCIO ECONOMICA	Unid	10

-MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etilico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
1. La trabajadora social, entrevista al adulto mayor con soporte familiar inadecuado, para ofrecer soporte emocional y orientación social.	20 minutos
2. La trabajadora social, apertura ficha Índice de Caso Social, (datos personales, composición familiar, vivienda u otros) lo cual otorga el adulto mayor.	30 minutos
3. La Trabajadora Social registra en el cuaderno del servicio donde el adulto mayor es atendido.	5 minutos
4. La trabajadora social, revisa la historia clínica, con la finalidad de tomar conocimiento de la situación, teléfono, dirección para ubicar familiar del adulto.	20 minutos
5. La trabajadora social, coordina con la Unidad de Seguros para afiliación al SIS en caso no cuenta con SIS.	1 hora
6. La Trabajadora Social realiza reunión de grupo con el médico y enfermería para evaluar la situación salud del Adulto mayor	1 hora
7. La trabajadora social, en caso no contacte con ningún familiar, realiza acompañamiento al adulto mayor en su recorrido de su atención.	1 hora
8. La Trabajadora Social realiza la gestión de coordinar con la Comisaría de la jurisdicción del domicilio del Adulto Mayor, para ubicación familiar.	1 hora
9. La trabajadora social, evalúa la situación socio económica del adulto mayor.	5 minutos
10. La trabajadora social, exonera consulta, con la emisión de la boleta de exoneración firmado y sellado, en caso paciente no cuenta con SIS.	5 minutos
11. La trabajadora social, valida receta de medicinas sellado y firmado en la parte posterior, en caso lo requiera, previo estudio social.	5 minutos
12. La trabajadora social, exonera medicinas u otros procedimientos en caso lo requiera.	
<u>DESPUES DE PRIORIZAR LA ATENCION SOCIAL AL ADULTO MAYOR CON SOPORTE FAMILIAR INADECUADO</u>	
13. La trabajadora social, ubica a la familia del	1 hora



adulto mayor y realiza reunión de caso para sensibilizarlos en asumir la responsabilidad del cuidado y protección del mismo. 14. La trabajadora social, en caso no ubica a la familia realiza el acompañamiento al adulto mayor a su domicilio.	2 horas
--	---------

M. PACIENTES INDIGENTES EN SITUACION DE CALLE

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

1 trabajadora social.

5.3.2 . RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
ESCRITORIO	unid	1
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1
FORMATO DE INFORME SOCIO ECONÓMICO	Unid	5



-MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etilico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
1. La Trabajadora Social recibe interconsulta por el médico.	5 minutos
2. La trabajadora social, entrevista al paciente indigente en situación de calle, para ofrecer soporte emocional y orientación social.	20 minutos
3. La trabajadora social, apertura ficha Índice de Caso social, plasma algunos datos que otorga el paciente indigente en situación de calle.	30 minutos
4. La trabajadora social, revisa la historia clínica, con la finalidad de conocer la situación de salud, teléfono, dirección y quién lo/la trasladó al hospital.	20 minutos
5. La Trabajadora Social registra la atención social en el cuaderno donde el paciente es atendido.	5 minutos
6. La trabajadora social, coordina la presencia de los efectivos policiales de la comisaría del sector, para que se realice el atestado policial correspondiente y ubicación familiar.	1 hora
7. La trabajadora social, gestiona con la unidad de seguros, para posible afiliación del paciente indigente en situación de calle.	1 hora
8. La trabajadora social, ejecuta la gestión de hacer uso de las redes sociales para ubicar familiares.	1 hora
9. La trabajadora social, exonera consulta de emergencia con la emisión de la boleta de exoneración firmado y sellado, en caso el paciente tiene otro seguro.	5 minutos
10. La trabajadora social, valida receta de medicinas sellado y firmado en la parte posterior, en caso lo requiera.	5 minutos
11. La trabajadora social, exonera medicinas u otros procedimientos.	5 minutos
<u>DESPUES DE PRIORIZAR LA ATENCION AL PACIENTE INDIGENTE EN SITUACIÓN DE CALLE</u>	2 horas



12. La trabajadora social, realiza la gestión de trasladarse al lugar donde fue encontrado por los serenos, policía, bomberos y otros, con la finalidad de ubicar familiares.	2 horas
13. La trabajadora social, efectúa el informe social con su respectivo diagnóstico social y coordina con los servicios involucrados en la atención para la emisión de los informes respectivos.	1 hora
14. La trabajadora social, realiza la gestión de ubicar una Casa Hogar.	1 hora
15. La trabajadora social, recepciona los informes y/o documentos solicitados (Atestado policial, informe médico, informe social, informe psicológico, prueba COVID, resultados de análisis – inmunología, sífilis, hepatitis, VIH, TBC).	1 hora
16. La trabajadora social, elabora el expediente con la documentación del paciente indigente en situación de calle.	1 hora
17. La trabajadora social, emite con documento a la Jefatura del Departamento, en atención a Dirección Ejecutiva para la derivación del expediente a Casa Hogar.	1 hora
18. La trabajadora Social coordina con Dirección Ejecutiva para derivar el expediente vía correo electrónico y físico a Casa Hogar.	1 hora
<u>PACIENTE CON DESTINO A HOGAR</u>	5 minutos
19. La trabajadora social, coordina con referencia y Médico de guardia para solicitar la ambulancia.	5 minutos
20. La trabajadora social, firma papeleta de salida de ambulancia.	
21. La trabajadora social, realiza exoneración total de la ambulancia emitiendo boleta de exoneración, con sello y firma.	4 horas
22. La trabajadora social, traslada al paciente indigente a la Casa Hogar.	20 minutos
23. La trabajadora social, presenta el cargo del oficio de la dirección ejecutiva para ser recepcionado con firma de aceptación de paciente indigente por el profesional de la Casa Hogar.	



N. PACIENTE DE CASA HOGAR

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 1 trabajadora social.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
ESCRITORIO	unid	1
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1
FORMATO DE INFORME SOCIO ECONÓMICO	Unid.	10

-Material médico no fungible

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etilico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
1. La trabajadora social, entrevista al paciente de Casa Hogar, para ofrecer soporte emocional y orientación social.	20 minutos
2. La trabajadora social, apertura ficha Índice de Caso social, plasma algunos datos que otorga el paciente de Casa Hogar.	30 minutos
3. La trabajadora social, revisa la historia	

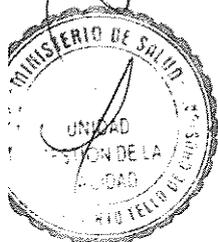
clínica, con la finalidad de conocer situación salud del paciente, teléfono de familiar o del administrador de la casa hogar.	20 minutos
4. La trabajadora social, registra la atención social en el cuaderno del servicio donde el paciente es atendido.	5 minutos
5. La trabajadora social, se contacta vía telefónica con la Casa Hogar.	1 hora
6. La trabajadora social, brinda consejería familiar, para sensibilizar al cuidador la responsabilidad del cuidado y permanencia cuando el médico lo solicite.	30 minutos
7. La trabajadora social, ejecuta la gestión con la unidad de seguros, para afiliación del paciente de Casa Hogar, en caso no cuente con seguro de salud.	1 hora
8. La trabajadora social, exonera consulta de emergencia con la emisión de la boleta de exoneración firmado y sellado, en caso el paciente no cuenta con seguro de salud.	5 minutos



6.2. INDICACIONES

6.2.1. INDICACIONES ABSOLUTAS

- Pacientes involucrados en hechos de Violencia Familiar
- Pacientes de consulta externa
- Pacientes NN sin soporte familiar
- Niños y adolescentes en riesgo de desprotección familiar
- Trabajadores y familiares directos
- Paciente adulto mayor en alto riesgo social
- Paciente con discapacidad severa
- Paciente extraviado por la familia
- Pacientes extranjeros no cuentan con carnet de extranjería.
- Pacientes de emergencia
- Pacientes de hospitalización
- Adulto Mayor con soporte familiar inadecuado
- Paciente indigente en situación de calle
- Pacientes de Casa Hogar.



6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS

- Pacientes que cuentan con ESSALUD u otro tipo de seguro.

6.3. CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes que presentan deterioro cognitivo.

6.4 COMPLICACIONES:

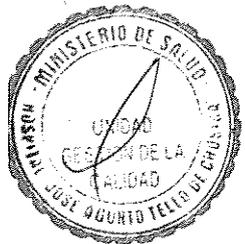
- Pacientes que no cuentan con Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT) o se encuentra vencido.
- Pacientes que presentan enfermedad mental.
- Limitadas Casa Hogares para albergar a pacientes.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES:

- Se sugiere disponer con un ambiente más amplio para la oficina de Servicio Social.
- Promover reuniones de casos y grupos, para socializar información del caso con los profesionales que intervienen en el mismo (médico, psicólogo u otros) para bien de los pacientes.
- Fomentar la escucha activa entre los profesionales, para comprender completamente las necesidades de los pacientes.
- Habilitar un ambiente adecuado para la atención de Servicio Social en Consultorios Externos.
- Necesidad de contratar recurso humano para atención de Servicio Social en el horario de turno noche.
- Espacio adecuado en las instalaciones del primer piso de nuestro nosocomio con la finalidad de atender a los pacientes de emergencia (adultos mayores, discapacitados, pacientes en silla de ruedas, madres gestantes u otros).
- Establecer el Módulo de Sistema Informático para atender las atenciones sociales de los servicios de emergencia, hospitalización y consultorios externos para evitar el uso de los archivadores.



VIII. ANEXOS

Anexo N°1: Ficha Índice Caso Social.

Anexo N°2: Ficha Socio económico.

Anexo N°3: Formato Historia social.

Anexo N°4: Formato Multisectorial de Violencia Familiar.

Anexo N°5: Hoja de continuación.

Anexo N°6: Formato de Visita domiciliaria.

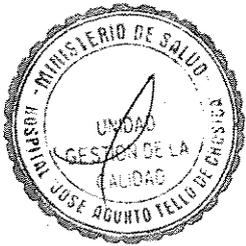
Anexo N°7: Informe social.

Anexo N°8: Cuaderno de registro de emergencia.

Anexo N°9: Cuaderno de registro de hospitalización.

Anexo N°10: Cuaderno de registro de pacientes en situación de pobreza crónica y extrema.

Anexo N°11: Cuaderno de registro de visitas domiciliaria.



Anexo N°2: Ficha Socio económico.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO CHOSICA

H.C. :
C.S.S. :

INFORME SOCIO-ECONOMICO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL DE APOYO CHOSICA

- 01.- Nombre y Apellidos del Paciente
- 02.- Edad
- 03.- Demanda
- 04.- Referencia :
- 05.- COMPOSICION FAMILIAR

06.- APELLIDOS Y NOMBRES (Subrayar el nombre del paciente)	07.- Posición en la	08.- Estado Civil	09.- Edad y Sexo		10.- Grado de Instruc.	11.- Pro-medio de Ingreso	12.- Ocupación	13.- Seguro
			M	F				
01.-								
02.-								
03.-								
04.-								
05.-								
06.-								
07.-								
08.-								
09.-								
10.-								
11.-								
12.-								
13.-								

14.- OBSERVACIONES:

15.- VIVIENDA Y OTROS:

- 16.- Tipo: Independiente Quinta Edificio Callejón Solar Chozas Otro
- 17.- Tenencia: Propia Alq. Veres Alquiler Usufructo Inválida Precaria
- 18.- Servicios: Agua: Red. Pública Pozo Cilindro Otro
Desagüe: Red. Pública Río Acequia Letrina Pozo
W/C Cazo Botadero Campa Libre Río Acequia
- 19.- Distribución de Ambientes de la Vivienda: Sala Comedor N° Dormit. Cocina Pano
Garage Corral Jardín Huerta Cuarto Serv
- 20.- Un solo cuarto Dos cuartos de todo uso
- 21.- Material de Construcción: Techo Piso
- 22.- Alumbrado: Híctrico Ketosene Lámpara Petromax Vela Otro
- 23.- Mobiliario: N° camas Mesa N° Asientos Artefactos electric
- 24.- Otros: Movilidad propia o libre servicio Movilidad propia como ingreso
- 25.- DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE:

- a) Nombre y Apellido
- b) Relación
- c) Dirección Distrito :
- Provincia : Departamento :
- d) En caso de ver al paciente de provincia, quien se responsabiliza en Lima
- Nombre y Apellido Relación :
- Provincia : Departamento :

26.- OBSERVACIONES:



Anexo N°3 : Formato Historia social.

27. SITUACION ECONOMICA FAMILIAR:

28. INGRESOS MENSUALES :
 Total de haberes S/
 Arrendamiento de propiedades
 Subsidios familiares S/
 Cesantía Jub. Montepío
 Pagarías Industriales S/
 Otros S/
 TOTAL S/

30. APRECIACION DEL STANDAR ECONOMICO:

.....

29. EGRESOS MENSUALES :

Alimentación S/
 Vivienda S/
 Vestuario S/
 Colegios S/
 Salud S/
 Gabelas S/
 Autoservicio S/
 Movilidad S/
 Serv. Doméstico S/
 Cargas Familiares S/
 Recreación S/
 Deudas S/
 Diversos S/
 TOTAL EGRESOS S/

31. DATOS COMPLEMENTARIOS :

a) ¿Por qué vino al Hospital? :
 b) ¿Puede comprar toda receta médica? : SI NO ¿Por Qué?
 c) ¿Qué le pareció la atención recibida? : BUENA REGULAR MALA ¿Por qué?
 d) ¿Qué sugiere para mejorar la atención? :
 e) ¿Qué información ha recibido con relación al embarazo, parto, puerperio y recién nacido? :
 f) ¿Dónde piensa Ud. controlar a su hijo? :

32. PRE-DIAGNOSTICO SOCIAL :

Problemas Manifestados :

33. DIAGNOSTICO SOCIAL : (Interpretación)

.....

34. TRATAMIENTO SOCIAL : (Fecha de Inicio y de Continuidad)

.....

Asistente Social Responsable : Jefe de Servicio :

Chicla, de de 19.....



Anexo N°4: Formato Multisectorial de Violencia Familiar.

**FICHA MULTISECTORIAL
VIOLENCIA FAMILIAR**

CODIGO []

Fecha de Registro: []-[]-[] []: []-[]-[]
 Fecha de Agresión: []-[]-[] []: []-[]-[]
 Evaluación anterior: SI NO

PNP	ESSALUD	P. JUD.	
MINSALUD	C.E. MUJER	OTROS	
DEFENSORA	M. EDUC.	SANIDADES	
COMUNIC.	M. PUBLICO	ONG	

Donde: DEPARTAMENTO [] PROVINCIA [] DISTRITO []

1 Datos del(a) Agredido(a):
 Nombres y Apellidos del(a) Agredido(a): []
 Documento de Identidad [] Departamento de Residencia en el último año []
 Edad [] años Sexo: Hombre Mujer En caso de Ser mujer ¿Se encuentra Gestando? SI NO
 Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Conviviente Separado(a) Divorcedo(a) Viudo(a) Exconviviente
 Grado de Instrucción: Primaria Secundaria Superior Completa Incompleta
 Ocupación: Tiene Empleo remunerado? SI NO Cúales su ocupación []
 Dirección: [] [] [] [] []

2 Datos del(a) Agresor(a):
 Nombres y Apellidos del(a) Agresor(a): []
 Edad [] años Sexo: Hombre Mujer
 Vínculo con la Víctima: Exconviviente Conviviente IR Hijo(a) Padre Madre Excónyuge Exconviviente
 Otro específico []
 Grado de Instrucción: Primaria Secundaria Superior Completa Incompleta
 Ocupación: Tiene Empleo remunerado? SI NO Cúales su ocupación []

3 Datos sobre la Agresión

Estado del Agresor	Secundario <input type="checkbox"/>	Efecto de Drogas <input type="checkbox"/>	Efecto de Alcohol <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Tipo de Violencia	Física <input type="checkbox"/>	Psicológica <input type="checkbox"/>	Violencia Sexual <input type="checkbox"/>	Abandono <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Medio Utilizado	Propio Cuerpo <input type="checkbox"/>	Arma blanca <input type="checkbox"/>	Arma de fuego <input type="checkbox"/>	Objeto contundente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
	Inferencias <input type="checkbox"/>	Matanza Verbal <input type="checkbox"/>	Amenazas <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	
	Abuso Sexual <input type="checkbox"/>	Copa Forzada <input type="checkbox"/>	Seducción <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	
Motivo Exprimido	Familiares <input type="checkbox"/>	Celos <input type="checkbox"/>	Económicos <input type="checkbox"/>	Labores <input type="checkbox"/>	Sin Motivo <input type="checkbox"/>
	Otros <input type="checkbox"/>	Especificar []			

Frecuencia: [] veces en los últimos [] meses SI NO
 Desde Cuántos meses anteriores []
 Durante [] semanas cuántas veces fue agredido(a) []
 Durante el último mes cuántas veces fue agredido(a) []

Lugar de Agresión: Calle Casa Centro de Trabajo Otros []
 Hora de la Agresión: []: [] PM/AM []

4 Medidas Tomadas

Atención Médica <input type="checkbox"/>	Atención Psicológica <input type="checkbox"/>	Atención Jurídica <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Atención Social <input type="checkbox"/>	Atención Psfísica <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Especificar []

5 Seguimiento:
 ¿Se continúa? SI NO
 ¿Se reevalúa? SI NO
 ¿Se reprograma? SI NO
 ¿Se cancela? SI NO
 Otros []



Anexo N°6: Formato de Visita domiciliaria.

HISTORIA CLINICA N°.....
HISTORIA SOCIAL.....
PROGRAMA/SERVICIO.....

VISITA DOMICILIARIA N°.....

I. DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS:..... EDAD.....
DIRECCIÓN:.....
REFERENCIA:.....

II. MOTIVO

- Violencia Familiar ()
- Verificación Socio Económica ()
- Abandono de tratamiento ()
- Constatar Diagnostico Social ()
- Dinámica Familiar ()
- Informe Social ()
- Seguimiento de Tto. Social ()
- Otros.....

III. OBJETIVOS

- Evaluación Social y Sanitaria ()
- Orientación y/o Consejería Social ()
- Promover Actitudes y Estilos de Vida Saludables ()
- Otros.....

IV. INFORME DE LA VISITA:

.....
.....
.....

V. RESULTADO DE LA VISITA:

.....
.....
.....

VI. NOMBRE Y FIRMA DEL VISITADO:

.....

FECHA:.....

ASISTENTA SOCIAL



Anexo N°7: Informe social.



"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

INFORME SOCIAL N° - SERVICIO SOCIAL-HJATCH - AÑO

I.- DATOS PERSONALES:

APELLIDOS Y NOMBRES :
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO :
EDAD: :
DIRECCIÓN :
HISTORIA CLÍNICA :
SEGURO :
NOMBRE DE LA MADRE :
FECHA :

II.- ASPECTO FAMILIAR:

III.-SITUACION ECONOMICA

IV.-SITUACION SALUD

V.-SITUACION VIVIENDA

VI.-INTERPRETACION SOCIAL

VII.-DIAGNOSTICO SOCIAL

VIII.-CONCLUSIONES

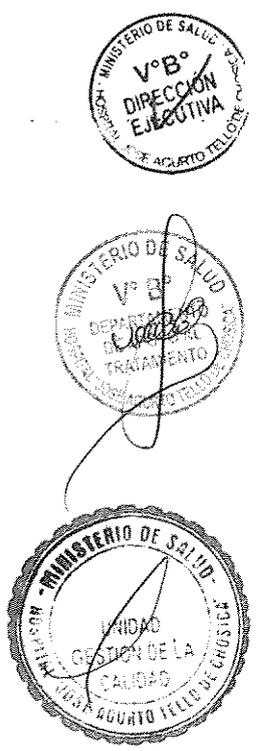
IX.-SUGERENCIAS

Es cuanto informo usted para los fines pertinentes.

Atentamente,



Anexo N°8: Cuaderno de registro de emergencia



SERVICIO SOCIAL

CUADERNO DE EMERGENCIA
PARTE I

AÑO

2024

Anexo N°9: Cuaderno de registro de hospitalización.

SERVICIO SOCIAL

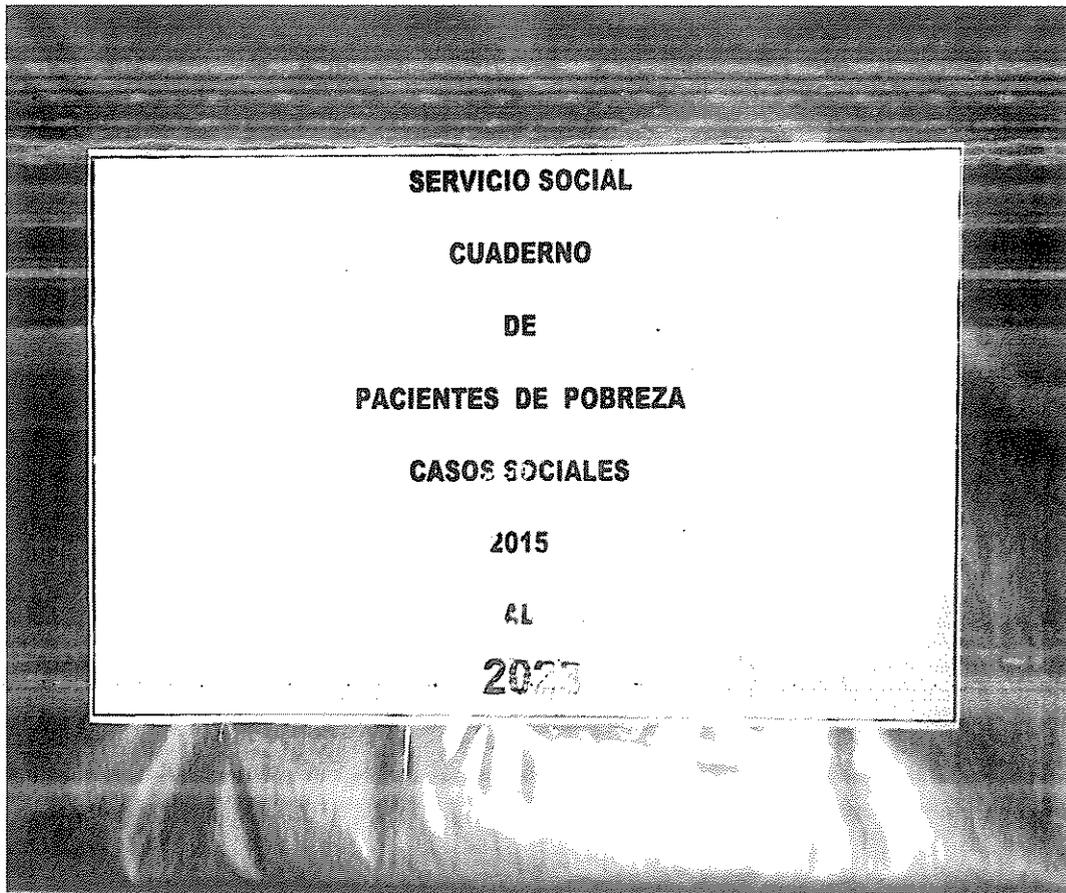
HOSPITALIZACIÓN DE:

- ❖ **MEDICINA**
- ❖ **CIRUGIA**
- ❖ **TRAUMATOLOGIA**
- ❖ **PEDIATRIA**
- ❖ **OTROS**

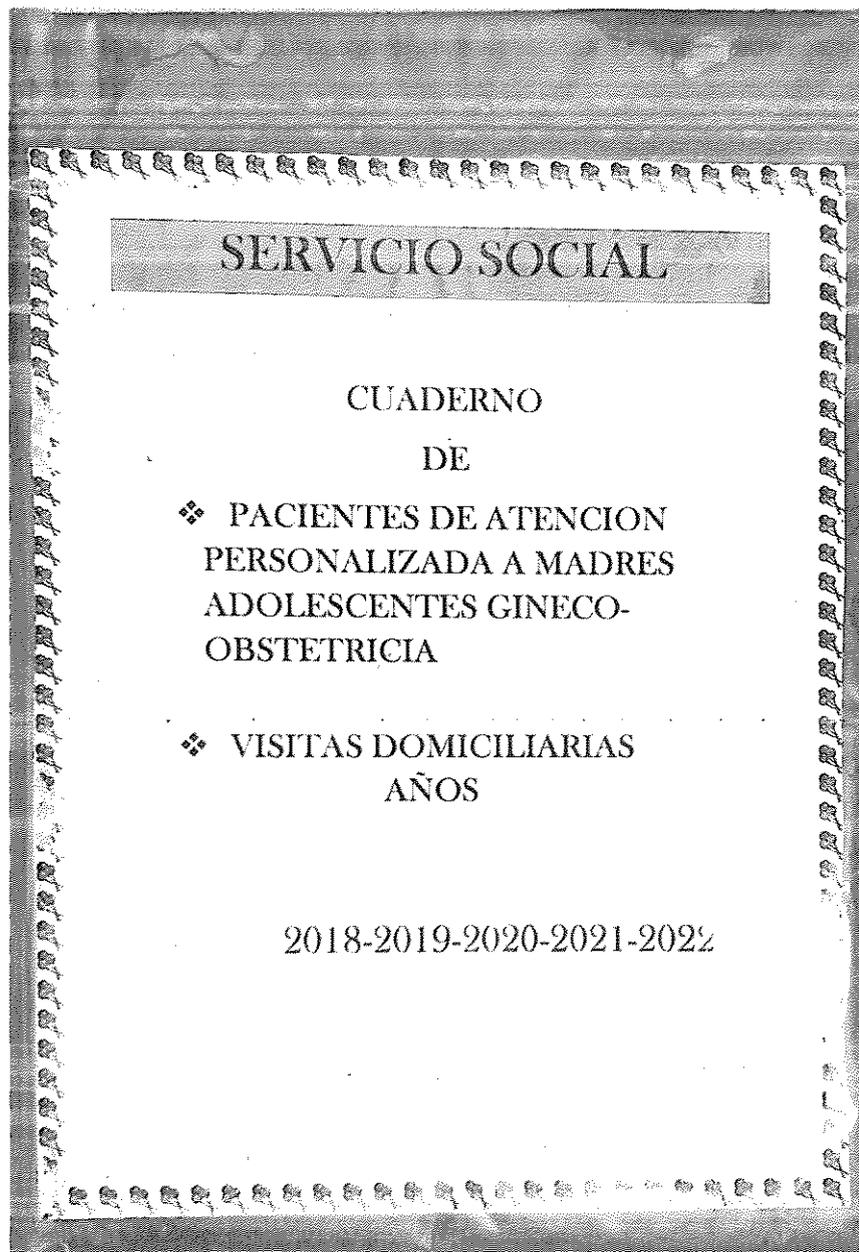
2024 – PARTE



Anexo N°10: Cuaderno de registro de pacientes en situación de pobreza crónica y extrema.



Anexo N°11: Cuaderno de registro de visitas domiciliaria.



IX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villarroel. D. Manual de Instrumentos y técnicas sociales de Trabajo Social para su Intervención en el HJATCH. Marzo 2020.

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERÍA FAMILIAR DE SERVICIO SOCIAL DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de consejería familiar de servicio social.

II. OBJETIVOS

- Proporcionar herramientas que permiten un adecuado afrontamiento de situaciones difíciles.
- Brindar alternativas de soluciones a los pacientes y familiares a que tomen sus propias decisiones, respecto a su cuidado personal, modificación de conductas, relación de pareja, más que nada sobre aspectos específicos de la vida humana, favoreciendo su crecimiento personal.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Departamento de Apoyo al Tratamiento, servicio Social.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico: Consejería familiar

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: C2061

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 2 horas 50 minutos

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **CONSEJERÍA FAMILIAR TRABAJO DE SOCIAL:** Es el proceso a través del cual interviene la profesional de Trabajo Social, donde brinda alternativas de solución a los pacientes-familia a que tomen sus propias decisiones, respecto a su cuidado personal, modificación de conductas, relación de pareja, más que nada sobre aspectos específicos de la vida humana, favoreciendo su crecimiento personal. 1
- **ENTREVISTA SOCIAL:** Es una técnica que se utiliza para el conocimiento a profundidad de determinados contextos o personas, se apoya del diálogo-análisis para conseguir la información adecuada. Su uso primordial es el conocimiento de las causantes de los problemas sociales que le atañen a los grupos sociales o familiares, esta técnica es utilizada de manera recurrente en Trabajo Social en cualquier institución. 1
- **OBSERVACIÓN SOCIAL** Esta técnica consiste mirar minuciosamente y con detenimiento alguna situación persona o contexto, para obtener conocimiento sobre su comportamiento y características. Se utiliza en los tres métodos de intervención: caso, grupo, comunidad, para el conocimiento de los individuos y colectivos.



- **REUNIÓN DE CASO SOCIAL:** Es un espacio de dialogo, generado por el trabajador social con el paciente, la familia y los profesionales de la salud, para intercambiar opiniones respecto al caso, con la finalidad de alcanzar un acuerdo o consenso para superar una situación problema.¹
- **REUNIÓN DE GRUPO SOCIAL:** Es la intervención de la trabajadora social donde se reúne con el paciente, la familia, en algunos casos con el equipo multidisciplinario, para establecer pautas, acuerdos en base a una situación problema para lograr el objetivo determinado.¹

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

- **ESCUCHA ACTIVA:** Implica prestar atención plena a lo que otros dicen, sin interrupciones ni juicios, y tratar de entender sus posturas, lo que permite comprender mejor las necesidades y preocupaciones de los demás, así como fortalecer los lazos interpersonales.
- **HABILIDADES SOCIALES:** Son un conjunto de conductas que nos permiten interactuar y relacionarnos con los demás de manera efectiva y satisfactoria y mutuamente satisfactoria. Estas habilidades son imprescindibles en cualquier ambiente que nos podamos encontrar (en familia, en el trabajo, en la calle, etc.). Una adecuada puesta en práctica de estas habilidades es beneficiosa para aprender a expresarse y comprender a los demás, tener en cuenta las necesidades e intereses de todo el mundo, intentar encontrar la solución más satisfactoria para todos ante un problema o ser solidario, cosas fundamentales si queremos vivir en sociedad.



5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

2 Trabajadoras Sociales.

5.3.2 . RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
ESCRITORIO	unid	2
SILLAS	unid	6
COMPUTADORA	unid	2
IMPRESORA	unid	1
HOJAS BOND	unid	01
ESTANTES	unid	2
FICHEROS	unid	4
LAPICERO AZUL	Unid	6
BORRADOR	Unid	2
LÁPICES	Unid	2
CORRECTOR	Unid	2
SELLOS DE CATEGORIZACIÓN	Unid	3



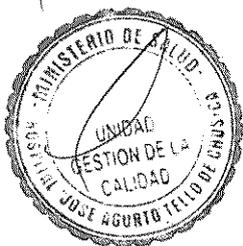
- MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	2
Alcohol Etilico 1 litro	ml	20
Jabón Germicida 1 litro	ml	20
Papel toalla	HOJAS	04
Gorros quirúrgicos	Unid	2
Mandiles descartables no estéril	Unid	2
Gel antibacterial para manos	ML.	40

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
<u>PACIENTES DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZADOS.</u>	
1. La Trabajadora Social recibe interconsulta emitida por el médico la atención social de consejería familiar de los pacientes de emergencia y hospitalización.	5 minutos
2. La Trabajadora Social revisa la interconsulta para conocer el resumen de la historia, diagnóstico presuntivo y motivo del mismo.	5 minutos
3. La trabajadora social, solicita la historia clínica del paciente, para evaluar y atender el caso.	1 hora
4. La trabajadora social brinda la Consejería Familiar, de acuerdo al motivo de la interconsulta.	1 hora
5. La Trabajadora Social responde la interconsulta.	30 minutos
6. La trabajadora social, anexa la Interconsulta a la historia clínica del paciente.	5 minutos
7. La trabajadora social, registra la actividad en el cuaderno del servicio donde el paciente es atendido.	5 minutos
<u>PACIENTES DE CONSULTORIOS EXTERNOS</u>	
8. La Trabajadora Social registra en el HIS y cuaderno de consultorios externos.	5 minutos



6.2 INDICACIONES

6.2.1. INDICACIONES ABSOLUTAS

- Pacientes de los servicios de hospitalización, emergencia y consultorios externos.

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS: No aplica.

6.3. CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes que presentan deterioro cognitivo.

6.4 COMPLICACIONES:

- Pacientes que presentan enfermedad mental.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES:

- Habilitar un ambiente adecuado para la atención de Consejería Familiar de Trabajo Social para Consultorios Externos.
- Establecer el Módulo de Sistema Informático para atender las atenciones sociales de los servicios de emergencia, hospitalización y consultorios externos para evitar el uso de los archivadores.
- Necesidad de contratar 02 personales para consultorios externos.
- Necesidad de contar con 02 equipos informáticos (computadora).

VIII. ANEXOS

Anexo N°1: Ficha Socio económico.

Anexo N° 2: Hoja de continuación.

Anexo N°1: Ficha Socio económico.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO CHOSICA

HC

15.11.11

INFORME SOCIO-ECONOMICO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL DE APOYO CHOSICA

01. Nombres y Apellidos del Paciente

02. Edad

03. Domicilio

04. Referencia

05. COMPOSICIÓN FAMILIAR.

06. APELLIDOS Y NOMBRES (Incluir el nombre del paciente)	07. Posición en la familia	08. Estado Civil	09. Edad y Sexo		10. Grado de Instrucción	11. Proceso de Ingreso	12. Ocupación	13. Nivel Socioeconómico
			M	F				
01.								
02.								
03.								
04.								
05.								
06.								
07.								
08.								
09.								
10.								
11.								
12.								
13.								

14. OBSERVACIONES

15. VIVIENDA Y SITIOS.

16. Tipo: Independiente Quinta Edificio Callejón Solar Chozas Otro

17. Tenencia: Propia A la Venta Alquiler Usucapiente Heredita Precaria

18. Servicios: Agua Red Pública Pozo Cisterna Otro

Drinaje Red Pública Balcón Arroyo Leñera Paved

WC Calle Paved Campo a la Der Rta. Acopio

19. Domicilio de la Antecedente de la Vivienda: Yala Cabañas N° Domicil Cocina Pabellón

Comedor Corral Jardín Huerta Chiqui Seta

20. Dirección exacta Dirección de referencia

21. Material de Construcción: Techo Piso

22. Alentado: Pizarra Koncrete Lantana Perforado Vela Otro

23. Muebles: No tenes Mesa No Asiento Aparatos eléctricos

24. Ocio: Movilidad propia como vehículo Movilidad propia como ingreso

25. DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

a) Nombre y Apellido

b) Domicilio

c) Profesión Domicilio

d) Estado civil Dependiente

e) Fecha de ser el paciente de apoyo Independiente en la casa

f) Nombre y Apellido Relación

g) Profesión Dependiente

h) Domicilio

26. OTRAS OBSERVACIONES



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO CHOSICA

H.C.
F.S.S. 2011

INFORME SOCIO-ECONOMICO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL DE APOYO CHOSICA

- 01.- Nombres y Apellidos del Paciente _____
 02.- Edad _____
 03.- Domicilio _____
 04.- Referencia _____

05.- COMPOSICION FAMILIAR:

06.- APELLIDOS Y NOMBRES (Subtrayor el nombre del paciente)	07.- Posición en la	08.- Estado Civil	09.- Edad y Sexo		10.- Grado de Instruc.	11.- Pro-medio de Ingreso	12.- Ocupación	13.- Seguro
			M	F				
01.-								
02.-								
03.-								
04.-								
05.-								
06.-								
07.-								
08.-								
09.-								
10.-								
11.-								
12.-								
13.-								

14.- OBSERVACIONES: _____

15.- VIVIENDA Y OTROS:

- 16.- Tipo: Independiente _____ Quinta _____ Edificio _____ Callejón _____ Solar _____ Chozo _____ Otro _____
 17.- Tenencia: Propio _____ Alq. Venta _____ Alquiler _____ Usufructo _____ Inválida _____ Precaria _____
 18.- Servicios: Agua _____ Red Pública _____ Pozo _____ Cisterno _____ Otro _____
 Desagüe: _____ Red Pública _____ Río _____ Acequia _____ Letrina _____ Pozo _____
 W.C. _____ Caba Botadero _____ Campo Libre _____ Río _____ Acequia _____
 19.- Distribución de Ambientes de la Vivienda: Sala _____ Comedor _____ N° Dormit. _____ Cocina _____ Pano _____
 Garage _____ Curral _____ Jardín _____ Huerta _____ Cuarta Serv _____
 20.- Un solo cuarto _____ Dos cuartos de todo uso _____
 21.- Material de Construcción: Techo _____ Piso _____
 22.- Alumbrado: Eléctrico _____ Kerosene _____ Lámpara _____ Petromax _____ Vela _____ Otro _____
 23.- Mobiliario: N° camas _____ Mesa _____ N° Asientos _____ Artefactos eléctricos _____
 24.- Baño: Mat. Bidad propia como servicios _____ Mat. Bidad propia como ingreso _____
 25.- DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE:

- a) Nombre y Apellido _____
 b) Relación _____
 c) Domicilio _____ Distrito _____
 Persona _____ Departamento _____
 d) Línea de ser el poseedor de Propiedad según la responsabilidad de Lema _____
 Nombre y Apellido _____ Relación _____
 Persona _____ Departamento _____

26.- OBSERVACIONES: _____



Guía Técnica: Guías de Procedimientos Asistenciales del departamento de Apoyo al Tratamiento

27. SITUACION ECONOMICA FAMILIAR:

28. INGRESOS MENSUALES :

TOTAL de haberes S/. _____
 Arrendamiento de propiedades _____
 Subsidios familiares S/. _____
 Cesantía /ub Montepío _____
 Pagos en Indiferencia S/. _____
 Otros S/. _____
TOTAL S/. _____

29. EGRESOS MENSUALES :

Alimentación S/. _____
 Vivienda S/. _____
 Vestuario S/. _____
 Colegios S/. _____
 Salud S/. _____
 Gafetas S/. _____
 Auto-transporte S/. _____
 Movilidad S/. _____
 Serv. Doméstico S/. _____
 Cargas Familiares S/. _____
 Recreación S/. _____
 Deudas S/. _____
 Diversos S/. _____
TOTAL EGRESOS S/. _____

30. APECIACION DEL STANDAR ECONOMICO:

31. DATOS COMPLEMENTARIOS :

a) ¿Por qué vino al Hospital? _____
 b) ¿Puede comprar toda receta médica? : SI _____ NO _____ ¿Por Qué? _____
 c) ¿Qué le pareció la atención recibida? : BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____ ¿Por qué? _____
 d) ¿Qué sugiere para mejorar la atención? _____
 e) ¿Qué información ha recibido con relación al embarazo, parto, puerperio y recién nacido? _____
 f) ¿Dónde piensa Ud. controlar a su hijo? _____

32. PRE-DIAGNOSTICO SOCIAL :

Problemas Manifestados : _____

33. DIAGNOSTICO SOCIAL : (Interpretación)

34. TRATAMIENTO SOCIAL : (Fecha de Inicio y de Continuidad)

Asistente Social Responsable : _____ Jefe de Servicio : _____

Chocoma _____ de _____ de 19 _____



IX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villarroel. D. Manual de Instrumentos y técnicas sociales de Trabajo Social para su Intervención en el HJATCH. Marzo 2020



GUIA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE EVALUACIÓN SOCIO ECONÓMICA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de Evaluación Socio – Económica para evaluar las condiciones sociales y económicas del paciente y familia, para diagnosticar la problemática social.

II. OBJETIVOS

Recopilar información de los pacientes en los aspectos como: familiar, social, económico, vivienda u otros, para conocer su situación problema.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Departamento de Apoyo al Tratamiento, Equipo del Servicio Social.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del Procedimiento Asistencial: Evaluación Socio – Económica

4.2 Código CPMS RMN°550-2023/MINSA: 99210.01

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 16 horas 20 minutos aproximadamente

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **ENTREVISTA SOCIAL:** Es una técnica que se utiliza para el conocimiento de determinados contextos o personas, se apoya del diálogo-análisis para conseguir la información adecuada. Su uso primordial es el conocimiento de las causantes de los problemas sociales que le atañen a las personas, grupos sociales o familiares, esta técnica es utilizada de manera recurrente en Trabajo Social.¹
- **OBSERVACIÓN SOCIAL:** Esta técnica consiste mirar minuciosamente y con detenimiento alguna situación persona o contexto, para obtener conocimiento sobre su comportamiento y características. Se utiliza en los 3 métodos de intervención: caso, grupo, comunidad, para el conocimiento de los individuos y colectivos.¹
- **VISITA DOMICILIARIA SOCIAL:** Es una técnica de dirigirse a un domicilio determinado con el objetivo, conseguir información, detectar necesidades y valorar la situación de la persona / usuario. Se utiliza en el trabajo de campo, para el conocimiento de las personas y familia en sus núcleos sociales primarios.¹
- **REUNIÓN DE CASO SOCIAL:** El objetivo de este tipo de reuniones es alcanzar un acuerdo o consenso para superar una situación problema. Con respecto al paciente y/o familia.¹
- **REUNIÓN DE GRUPO SOCIAL:** Es la intervención de la trabajadora social donde se reúne con el paciente, la familia, en algunos casos con el equipo multidisciplinario, para establecer pautas, acuerdos en base a una situación problema para lograr el objetivo determinado.¹
- **FICHA SOCIO ECONÓMICA:** Es uno de los instrumentos más utilizados por el Trabajador Social, que le sirve para recopilar información de los aspectos de su salud, la composición y dinámica familiar, vivienda, ingresos, tipos de seguro u otros con el objeto de permitir conocer las condiciones socio-económico del grupo familiar al cual, a atender, se apoya de la entrevista y observación y de la visita domiciliaria.
- **HISTORIA SOCIAL:** Recoge de forma sistemática toda la información que se obtiene de la paciente o familia. Es un instrumento de marcado carácter diacrónico, puesto que



se va ampliando en la medida en que se avanza en la intervención y el conocimiento del paciente. Es un soporte documental que está abierto a ampliaciones y a nuevas incorporaciones.¹

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

PACIENTE: Es el individuo que busca atención o recibe cuidados de salud debido a enfermedades, lesiones, para mejorar su bienestar, para prevenir enfermedades o para obtener diagnósticos sobre su estado de salud.¹

- **DIAGNOSTICO SOCIAL:** Es uno de los instrumentos fundamentales y esenciales de la práctica del Trabajador Social nos permite conocer las problemáticas y necesidades de un grupo etario para posterior intervenir mediante un plan de mejora, resaltando las capacidades autogestivas de los participantes /usuarios ,se utiliza en los 3 niveles de intervención, caso, grupo y comunidad, se apoya de la investigación, análisis, observación para comprender las causas y necesidades de los usuarios en determinados contextos.

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

1 Trabajadora Social.

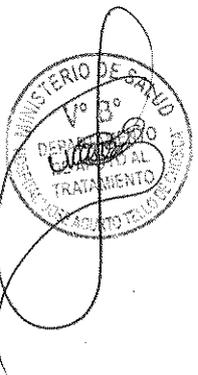
5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario: (30 días)

ESCRITORIO	unid	1
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1
FORMATO DE INFORME SOCIO ECONÓMICA	Unid.	10
SELLOS DE CATEGORIZACIÓN	Unid.	3

MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etilico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20



A. CONSULTORIOS EXTERNOS

5.3.1. RECURSO HUMANO:

1 Trabajadora Social.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
ESCRITORIO	Unid	1
SILLAS	Unid	3
COMPUTADORA	Unid	1
IMPRESORA	Unid	1
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1
FORMATO DE INFORME SOCIO ECONÓMICA	Unid.	10
SELLOS DE CATEGORIZACIÓN	Unid.	3

- MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etílico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
1. La Trabajadora Social recibe la interconsulta emitida por el médico.	5 minutos
2. La trabajadora social, entrevista al paciente para ofrecer soporte emocional y orientación social.	20 minutos
3. La trabajadora social, apertura el llenado de la ficha del Informe socio económico, plasma los datos que otorga el paciente.	30 minutos
4. La trabajadora social, realiza la visita domiciliaria.	2 horas
5. La Trabajadora Social realiza reunión de grupo con el paciente y familia.	1 hora
6. La Trabajadora social ejecuta el llenado del formato de visita domiciliaria.	30 minutos



<p>7. La Trabajadora social registra la atención social en el cuaderno de reporte de visita domiciliaria.</p>	<p>5 minutos</p>
<p>8. La trabajadora social evalúa la situación socio económica empleando el score social lo cual conllevará a un diagnóstico social y aplica la calificación y de acuerdo a las variables a utilizar determinará la categoría.</p>	<p>1 hora</p>
<p>Resultados:</p>	
<p>A – 20 a menos paciente no pobre, exoneración de 0%</p>	
<p>B – 21 a 41 pobreza reciente, exoneración del 30%</p>	
<p>C – 42 a 62 pobreza crónica, exoneración del 50%</p>	
<p>D – 63 a más exoneración del 100%</p>	
<p>9. La trabajadora social, entabla contacto con la familia y brinda consejería familiar con respecto al motivo de la interconsulta.</p>	<p>30 minutos</p>
<p><u>Si no procede la exoneración</u></p>	
<p>10. La trabajadora social deriva para el pago correspondiente en caja.</p>	<p>5 minutos</p>
<p><u>Si procede la exoneración</u></p>	
<p>11. La trabajadora social emite la boleta de exoneración (sello y firma) otorgando el descuento total o parcial correspondiente.</p>	<p>5 minutos</p>
<p>12. La trabajadora social registra la atención en el Sistema Informático Estadística de consultorio externo – HIS</p>	<p>5 minutos</p>
<p>13. La trabajadora social responde la interconsulta de acuerdo al diagnóstico presuntivo del médico.</p>	<p>30 minutos</p>
<p>14. La Trabajadora Social solicita la historia clínica.</p>	<p>20 minutos</p>
<p>15. La Trabajadora Social realiza la Historia Social y adjunta a la Historia Clínica.</p>	<p>30 minutos</p>
<p>16. La trabajadora social registra la atención en el Sistema Informático Estadística – HIS.</p>	<p>5 minutos</p>
<p>17. La trabajadora Social registra la atención social en el cuaderno de reporte de consultorios externos.</p>	<p>5 minutos</p>



A. CONSULTORIOS EXTERNOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

1 Trabajadora Social.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

ESCRITORIO	Unid	1
SILLAS	Unid	3
COMPUTADORA	Unid	1
IMPRESORA	Unid	1
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1
FORMATO DE INFORME SOCIO ECONÓMICA	Unid.	10
SELLOS DE CATEGORIZACIÓN	Unid.	3

- MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etilico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
EN CASO DE INTERCONSULTA	
1. La Trabajadora Social recibe la interconsulta emitida por el médico.	5 minutos
2. La trabajadora social, entrevista al paciente para ofrecer soporte emocional y orientación social.	20 minutos
3. La trabajadora social, apertura el llenado del informe socio económico, plasma los datos personales (edad, ocupación, grado de instrucción, tipo de seguro, situación familiar: vivienda, ingreso económico u otros) que otorga el paciente.	30 minutos
4. La Trabajadora Social revisa la historia	



clínica para conocer datos de la situación de salud, dirección, teléfono u otros).	20 minutos
5. La trabajadora social, realiza la visita domiciliaria.	
6. La Trabajadora Social realiza reunión de grupo con el paciente y familia.	2 horas
7. La Trabajadora Social ejecuta el llenado del formato de visita domiciliaria.	1 hora
8. La Trabajadora Social registra la atención social en el cuaderno de reporte de visita domiciliaria.	30 minutos
9. La trabajadora social evalúa la situación socio económica empleando el score social lo cual conllevará a un diagnóstico social, aplica la calificación y de acuerdo a las variables a utilizar determinará la categoría.	5 minutos
	1 hora
Resultados:	
A – 20 a menos paciente no pobre, exoneración de 0%	
B – 21 a 41 pobreza reciente, exoneración del 30%	
C – 42 a 62 pobreza crónica, exoneración del 50%	
D – 63 a más exoneración del 100%	
10. La trabajadora social, entabla contacto con la familia y brinda consejería familiar.	
11. La trabajadora social responde la interconsulta de acuerdo al diagnóstico presuntivo del médico.	30 minutos
12. La Trabajadora Social revisa la historia clínica para conocer datos de la situación de salud, dirección, teléfono u otros).	20 minutos
13. La trabajadora social realiza la historia social y adjunta a la historia clínica del paciente.	30 minutos
14. La trabajadora social registra la atención social en el cuaderno de emergencia.	30 minutos
<u>EN CASO DE VISITA DIARIA</u>	
15. La trabajadora social, identifica paciente que es caso social, a través de la entrevista.	5 minutos
16. La trabajadora social, brinda soporte emocional y orientación social.	20 minutos
17. La trabajadora social, apertura el llenado del informe socio económico, plasma los datos personales (edad, ocupación, grado de instrucción, tipo de seguro, situación familiar:	20 minutos
	30 minutos



social en el cuaderno de emergencia.	5 minutos
--------------------------------------	-----------

C. HOSPITALIZACIÓN

5.3.1 RECURSO HUMANO:

1 Trabajadora Social.

5.3.2. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1
FORMATO DE INFORME SOCIO ECONÓMICA	Unid.	10
SELLOS DE CATEGORIZACIÓN	Unid.	3
SILLAS	unid	3

- MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etilico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
EN CASO DE INTERCONSULTA	5 minutos
28. La Trabajadora Social recibe la interconsulta emitida por el médico.	
29. La trabajadora social, entrevista al paciente para ofrecer soporte emocional y orientación	20 minutos

social en caso no cuenta con SIS.	
30. La trabajadora social, apertura el llenado del informe socio económico, plasma los datos personales (edad, ocupación, grado de instrucción, tipo de seguro, situación familiar: vivienda, ingreso económico u otros) que otorga el paciente.	30 minutos
31. La Trabajadora Social revisa la historia clínica para conocer datos de la situación de salud, dirección, teléfono u otros).	20 minutos 2 horas
32. La trabajadora social, realiza la visita domiciliaria.	1 hora
33. La Trabajadora Social realiza reunión de grupo con el paciente y familia.	
34. La Trabajadora social ejecuta el llenado del formato de visita domiciliaria	30 minutos
35. La Trabajadora Social registra la atención social en el cuaderno de reporte de visita domiciliaria.	5 minutos
36. La trabajadora social evalúa la situación socio económica empleando el score social lo cual conllevará a un diagnóstico social, aplica la calificación y de acuerdo a las variables a utilizar determinará la categoría.	1 hora
Resultados:	
A – 20 a menos paciente no pobre, exoneración de 0%	
B – 21 a 41 pobreza reciente, exoneración del 30%	
C – 42 a 62 pobreza crónica, exoneración del 50%	
D – 63 a más exoneración del 100%	
37. La trabajadora social, entabla contacto con la familia y brinda consejería familiar.	30 minutos
38. La trabajadora social responde la interconsulta de acuerdo al diagnóstico presuntivo del médico.	30 minutos
39. La Trabajadora Social revisa la historia clínica para conocer datos de la situación de salud, dirección, teléfono u otros).	20 minutos 30 minutos
40. La trabajadora social realiza la historia social y adjunta a la historia clínica del paciente.	
41. La trabajadora social registra la atención en el cuaderno de hospitalización.	5 minutos
EN CASO DE VISITA DIARIA	20 minutos



42. La trabajadora social, identifica paciente que es caso social, a través de la entrevista.	20 minutos
43. La trabajadora social, brinda soporte emocional y orientación social.	30 minutos
44. La trabajadora social, apertura el llenado del informe socio económico, plasma los datos personales (edad, ocupación, grado de instrucción, tipo de seguro, situación familiar: vivienda, ingreso económico u otros) que otorga el paciente.	20 minutos
45. La Trabajadora Social revisa la historia clínica para conocer datos de la situación de salud, dirección, teléfono u otros).	2 horas
46. La trabajadora social, realiza la visita domiciliaria.	1 hora
47. La Trabajadora Social realiza reunión de grupo con el paciente y familia.	5 minutos
48. La Trabajadora Social registra la atención social en el reporte de visita domiciliaria.	1 hora
49. La trabajadora social evalúa la situación socio económica empleando el score social lo cual conllevará a un diagnóstico social, aplica la calificación y de acuerdo a las variables a utilizar determinará la categoría. Resultados: A – 20 a menos paciente no pobre, exoneración de 0% B – 21 a 41 pobreza reciente, exoneración del 30% C – 42 a 62 pobreza crónica, exoneración del 50% D – 63 a más exoneración del 100%	30 minutos
50. La trabajadora social, entabla contacto con la familia y brinda consejería familiar.	30 minutos
51. La trabajadora social responde la interconsulta de acuerdo al diagnóstico presuntivo del médico.	30 minutos
52. La trabajadora social realiza la historia social y adjunta a la historia clínica del paciente.	5 minutos
53. La trabajadora social registra la atención social en el cuaderno de emergencia.	5 minutos
<u>Si no procede la exoneración</u>	
22. La trabajadora social deriva para el pago correspondiente en caja.	5 minutos



<u>Si procede la exoneración</u>	
23. La trabajadora social emite la boleta de exoneración (sello y firma) otorgando el descuento total o parcial correspondiente.	30 minutos
24. La Trabajadora Social realiza la Historia Social y adjunta a la Historia Clínica.	5 minutos
25. La trabajadora social registra la atención social en el cuaderno de hospitalización.	

6.2 INDICACIONES

6.2.1. INDICACIONES ABSOLUTAS

- Pacientes de los servicios de hospitalización, emergencia y consultorios externos.

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS

- Pacientes de ESSALUD u otros tipos de seguro.

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes que presentan deterioro cognitivo.

6.4 COMPLICACIONES:

- Pacientes que presentan enfermedad mental.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES:

- Habilitar ambiente adecuado para la atención social para evaluación socio económica de los pacientes de consultorios externos, emergencia y hospitalización.
- Necesidad de contratar 02 trabajadoras sociales.
- Necesidad de contar con 02 equipos informáticos (computadora).

VIII. ANEXOS

- **Anexo N°1:** Ficha de Informe socio económico.
- **Anexo N°2:** Hoja de continuación.
- **Anexo N°3:** Formato de visita domiciliaria.
- **Anexo N°4:** Cuaderno de registro de atención social de los servicios de consultorios externos, emergencia y hospitalización.



Anexo N°1: Ficha de Informe socio económico.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO CHOSICA

H.C.
F.S.S. /

INFORME SOCIO-ECONOMICO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL DE APOYO CHOSICA

01.- Nombres y Apellidos del Paciente: _____

02.- Edad: _____

03.- Domicilio: _____

04.- Referencia: _____

05.- COMPOSICION FAMILIAR:

06.- APELLIDOS Y NOMBRES (Subrayar el nombre del paciente)	07.- Posición en la	08.- Estado Civil	09.- Edad y Sexo		10.- Grado de Instruc.	11.- Pro-medio de Ingreso	12.- Ocupación	13.- Seguro
			M	F				
01.-								
02.-								
03.-								
04.-								
05.-								
06.-								
07.-								
08.-								
09.-								
10.-								
11.-								
12.-								
13.-								

14.- OBSERVACIONES: _____

15.- VIVIENDA Y OTROS:

16.- Tipo: Independiente _____ Quinta _____ Edificio _____ Callejón _____ Solar _____ Chozas _____ Otro _____

17.- Tenencia: Pragma _____ Aliq. Venta _____ Alquiler _____ Usufructo _____ Inválida _____ Precaria _____

18.- Suministro de Agua: Red Pública _____ Pozo _____ Cilindro _____ Otro _____

Desagüe: Red. Pública _____ Río _____ Acequia _____ Letrina _____ Pozo _____

WC: Caño Botadero _____ Campo Libre _____ Río _____ Acequia _____

19.- Distribución de Ambientes de la Vivienda: Sala _____ Comedor _____ N° Dormit. _____ Cocina _____ Patio _____

Garaje _____ Corral _____ Jardín _____ Huerta _____ Cuarto Serv. _____

20.- Un solo cuarto _____ Dos cuartos de todo uso _____

21.- Material de Construcción: Techo _____ Piso _____

22.- Abundancia: Bienes _____ Kerosene _____ Lámpara _____ Petruñas _____ Vela _____ Otro _____

23.- Mobiliario: N° camas _____ Mesa _____ N° Asientos _____ Artefactos eléctric. _____

24.- Litigios: Municipal según como convenga _____ Municipal según como convenga _____

25.- DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE:

a) Nombre y Apellidos: _____

b) Profesión: _____

c) Dirección: _____ Distrito: _____

d) Provincia: _____ Departamento: _____

e) En caso de ser el paciente de Provincia, quién se responsabiliza en Lima: _____

Nombre y Apellido: _____ Relación: _____

Profesión: _____ Departamento: _____

26.- OBSERVACIONES: _____



27. SITUACION ECONOMICA FAMILIAR:

28. INGRESOS MENSUALES :

Total de haberes	S/	_____
Arendamiento de propiedades		_____
Subsidios familiares	S/	_____
Cesantía Jub. Montepío		_____
Pequeñas Industrias	S/	_____
Otros	S/	_____
TOTAL	S/	_____

30. APRECIACION DEL STANDAR ECONOMICO:

29. EGRESOS MENSUALES :

Alimentación	S/	_____
Vivienda	S/	_____
Vestuario	S/	_____
Colegios	S/	_____
Salud	S/	_____
Gabelas	S/	_____
Autoavalia	S/	_____
Movilidad	S/	_____
Serv. Doméstico	S/	_____
Cargas Familiares	S/	_____
Recreación	S/	_____
Deudas	S/	_____
Diversos	S/	_____
TOTAL EGRESOS	S/	_____

31. DATOS COMPLEMENTARIOS :

- a) ¿Por qué vino al Hospital? : _____
- b) ¿Puede comprar toda receta médica? : SI _____ NO _____ ¿Por Qué? _____
- c) ¿Qué le pareció la atención recibida? : BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____ ¿Por qué? _____
- d) ¿Qué sugiere para mejorar la atención? : _____
- e) ¿Qué información ha recibido con relación al embarazo, parto, puerperio y recién nacido? _____
- f) ¿Dónde piensa Ud. controlar a su hijo? _____

32. PRE-DIAGNOSTICO SOCIAL :

Problemas Manifestados : _____

33. DIAGNOSTICO SOCIAL : (Interpretación)

34. TRATAMIENTO SOCIAL : (Fecha de Inicio y de Continuidad)

Asistente Social Responsable : _____ Jefe de Servicio : _____

Ciudad _____ de _____ de 19 _____



Anexo N°3: Formato de visita domiciliaria.

HISTORIA CLINICA N°.....
HISTORIA SOCIAL.....
PROGRAMA/SERVICIO.....

VISITA DOMICILIARIA N°.....

I. DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS:..... EDAD.....
DIRECCION:.....
REFERENCIA:.....

II. MOTIVO

- Violencia Familiar ()
- Verificación Socio Económica ()
- Abandono de tratamiento ()
- Constatar Diagnostico Social ()
- Dinámica Familiar ()
- Informe Social ()
- Seguimiento de Tto. Social ()
- Otros.....
-

III. OBJETIVOS

- Evaluación Social y Sanitaria ()
- Orientación y/o Consejería Social ()
- Promover Actitudes y Estilos de Vida Saludables ()
- Otros.....

IV. INFORME DE LA VISITA:

.....
.....
.....
.....

V. RESULTADO DE LA VISITA:

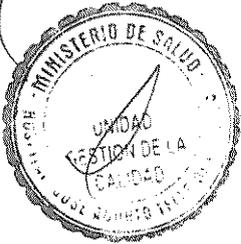
.....
.....
.....
.....

VI. NOMBRE Y FIRMA DEL VISITADO:

.....

FECHA:.....

ASISTENTA SOCIAL



IX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villarroel. D. Manual de Instrumentos y técnicas sociales de Trabajo Social para su Intervención en el HJATCH. Marzo 2020.



GUIA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE TALLER DE HABILIDADES SOCIALES DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de taller de habilidades sociales, brindando disminuir los conflictos familiares en las víctimas de violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar de los pacientes del Hospital José Agurto Tello De Chosica.

II. OBJETIVOS

Proporcionar herramientas y estrategias para el desarrollo de las habilidades socio afectivas a las víctimas para relacionarse de manera asertiva en la familia y en su comunidad.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Departamento de Apoyo al Tratamiento, servicio Social.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- 4.1 Nombre del Procedimiento Asistencial: Taller de Habilidades Sociales
- 4.2 Código CPMS RMN°550-2023/MINSA: 90872
- 4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 15 horas 40 minutos

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

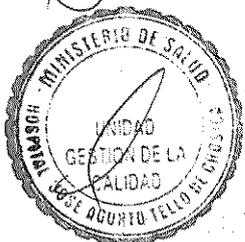
- **ENTREVISTA SOCIAL:** Es una técnica que se utiliza para el conocimiento de determinados contextos o personas, se apoya del diálogo-análisis para conseguir la información adecuada. Su uso primordial es el conocimiento de las causantes de los problemas sociales que le atañen a las personas, grupos sociales o familiares, esta técnica es utilizada de manera recurrente en Trabajo Social.¹
- **OBSERVACIÓN SOCIAL:** Esta técnica consiste mirar minuciosamente y con detenimiento alguna situación persona o contexto, para obtener conocimiento sobre su comportamiento y características, del cual se utiliza en los 3 métodos de intervención: caso, grupo, comunidad, para el conocimiento de los individuos y colectivos.¹
- **FICHA SOCIO ECONÓMICA:** Es uno de los instrumentos más utilizados por el Trabajador Social, que le sirve para recopilar información de los aspectos de su salud, la composición y dinámica familiar, vivienda, ingresos, tipos de seguro u otros con el objeto de permitir conocer las condiciones socioeconómico del grupo familiar al cual, a atender, se apoya de la entrevista y observación y de la visita domiciliaria.¹
- **REUNIÓN DE CASO SOCIAL:** En este tipo de reuniones se alcanza un acuerdo o consenso para superar una situación problema con respecto al paciente y/o familia.¹



- **REUNIÓN DE GRUPO SOCIAL:** Es la intervención de la trabajadora social donde se reúne con el paciente, la familia, en algunos casos con el equipo multidisciplinario, para establecer pautas, acuerdos en base a una situación problema.¹
- **VISITA DOMICILIARIA SOCIAL:** Es una técnica de dirigirse a un domicilio determinado con el objetivo, conseguir información, detectar necesidades y valorar la situación de la persona / usuario. Se utiliza en el trabajo de campo, para el conocimiento de las personas y familia en sus núcleos sociales primarios.¹

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **PACIENTE:** Es el individuo que busca atención o recibe atención o recibe cuidados de salud debido a enfermedades, lesiones, para mejorar su bienestar, para prevenir enfermedades o para obtener diagnósticos sobre su estado de salud.¹
- **HABILIDADES SOCIALES:** Son un conjunto de conductas que nos permiten interactuar y relacionarnos con los demás de manera efectiva y satisfactoria y mutuamente satisfactoria. Estas habilidades son imprescindibles en cualquier ambiente que nos podamos encontrar (en familia, en el trabajo, en la calle, etc.). Una adecuada puesta en práctica de estas habilidades es beneficiosa para aprender a expresarse y comprender a los demás, tener en cuenta las necesidades e intereses de todo el mundo, intentar encontrar la solución más satisfactoria para todos ante un problema o ser solidario, cosas fundamentales si queremos vivir en sociedad.
- **CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:** Es aquella atención centrada en los pacientes, familias y comunidades con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos.¹
- **CALIDEZ:** En servicios de salud, se constituye en la manera "cálida" en que las personas perciben cómo fueron tratadas en cada una de las etapas de la atención.
- **TALLER:** Un taller es un proceso planificado y estructurado de aprendizaje, que implica a los participantes del grupo y que tiene una finalidad concreta.¹
- **DIAGNOSTICO SOCIAL:** Es uno de los instrumentos fundamentales y esenciales de la práctica del Trabajador Social nos permite conocer las problemáticas y necesidades de un grupo etario para posterior intervenir mediante un plan de mejora, resaltando las autogestivas de los participantes /usuarios. Se utiliza en los 3 niveles de intervención, caso, grupo y comunidad, se apoya de la investigación, análisis, observación para comprender las causas y necesidades de los usuarios en determinados contextos.¹



5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

-2 Trabajadoras Sociales.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
ESCRITORIO	unid	2
SILLAS	unid	6
COMPUTADORA	unid	2
IMPRESORA	unid	1
HOJAS BOND	millar	1/2
ESTANTES	unid	2
FICHEROS	unid	4
LAPICERO AZUL	Unid	6
BORRADOR	Unid	2
LÁPICES	Unid	2
CORRECTOR	Unid	2
FORMATO DE INFORME SOCIO ECONOMICO	Unid	150

- MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	2
Alcohol Etílico 1 litro	ml	20
Jabón Germicida 1 litro	ml	20
Papel toalla	HOJAS	40
Gorros quirúrgicos	Unid	2
Mandiles descartables no estéril	Unid	2
Gel antibacterial para manos	ML.	40

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

A. CONSULTORIOS EXTERNOS



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
1. La Trabajadora Social recibe a los pacientes que son víctimas de violencia para que las incluyan y participen en los talleres de habilidades sociales, que son derivadas de Servicio de Psicología.	30 minutos
2. La trabajadora social, realiza el llenado del Informe socio económico a través de la entrevista de cada paciente.	2 horas
3. La trabajadora social responsable del taller, elabora una relación de los participantes con nombres, apellidos, edad, dirección, número de teléfono personal y de un familiar.	1 hora
4. La trabajadora social, elabora el cronograma del taller de habilidades sociales, los cuales se realizan la quincena y fin de mes en el horario turno tarde.	1 hora
5. La trabajadora social responsable, programa y establece los temas de las siguientes sesiones (Regular la ira, Aprender a escuchar, pedir perdón, expresar afecto, mujer virtuosa, comunicación eficaz, tolerancia, la importancia del respeto, control de la lengua, resiliencia, escucha activa, amor, pareja, confianza u otros).	5 horas
6. La trabajadora social responsable entregará una tarjeta al paciente para su registro de control de asistencia.	30 minutos
7. La trabajadora social responsable, crea un grupo de red social WhatsApp para informar a detalle las actividades que se van a desarrollar.	20 minutos
8. La trabajadora social responsable, programa y organiza la ejecución del taller, a través de conversatorios, dinámicas grupales, capacitaciones y otros.	3 horas
9. La trabajadora social, registra la atención en el cuaderno de taller de habilidades sociales.	20 minutos
10. La trabajadora social, elabora el informe de la actividad por fecha.	2 horas

6.2 INDICACIONES

6.2.1. INDICACIONES ABSOLUTAS

- Pacientes víctimas de violencia familiar referidos del servicio de psicología.

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS

- Pacientes de consultorios externos, emergencia y hospitalización.

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes que presentan deterioro cognitivo

6.4 COMPLICACIONES:

- Pacientes que presentan enfermedad mental.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES:

- Habilitar ambiente adecuado para la atención social de Taller de Habilidades Sociales.
- Necesidad de contratar 02 trabajadoras sociales.
- Necesidad de contar con 02 equipos informáticos (computadora).

VIII. ANEXOS

Anexo N°1: Ficha de Informe socio económico.

Anexo N° 2Hoja de continuación.

Anexo N°3 Formato de visita domiciliaria.

Anexo N°4 Historia Social.

Anexo N°5 Cuaderno de registro de atención social de las pacientes víctimas de violencia familiar.



Anexo N°1: Ficha de Informe socio económico.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO CHOSICA

H.C.
F.S.S. *12/11/17*

INFORME SOCIO-ECONOMICO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL DE APOYO CHOSICA

- 01.- Nombres y Apellidos del Paciente : _____
 02.- Edad : _____
 03.- Domicilio : _____
 04.- Referencia : _____
 05.- COMPOSICION FAMILIAR .

06.- APELLIDOS Y NOMBRES (Subtrayr el nombre del paciente)	07.- Posición en la	08.- Estado Civil	09.- Edad y Sexo		10.- Grado de Instruc.	11.- Pro-medio de Ingreso	12.- Ocupación	13.- Seguro
			M	F				
01.-								
02.-								
03.-								
04.-								
05.-								
06.-								
07.-								
08.-								
09.-								
10.-								
11.-								
12.-								
13.-								

14.- OBSERVACIONES : _____

15.- VIVIENDA Y OTROS.

- 16.- Tipo : Independiente _____ Quinta _____ Edificio _____ Callejón _____ Solar _____ Choza _____ Otro _____
 17.- Tenencia : Propia _____ Alq. Venta _____ Alquiler _____ Usufructo _____ Inválida _____ Precaria _____
 18.- Servicios : Agua _____ Red. Pública _____ Pozo _____ Cilindro _____ Otro _____
 Desague : _____ Red. Pública _____ Río _____ Acequia _____ Letrina _____ Pozo _____
 W.C. _____ Cajas Brindero _____ Campo Libro _____ Río _____ Acequia _____
 19.- Distribución de Ambientes de la Vivienda : Sala _____ Comedor _____ N° Dormit. _____ Cocina _____ Patis. _____
 Garaje _____ Corral _____ Jardín _____ Huerta _____ Cuano Serv. _____
 20.- Ut. sala, baño, _____ De cuantos de dormitorios _____
 21.- Material de Construcción _____ Techo _____ Piso _____
 22.- Alumbrado : Eléctrico _____ Kerosene _____ Lámpara _____ Petromax _____ Vela _____ Otro _____
 23.- Mobiliario : N° cama _____ Mesa _____ N° Asiento _____ Artefactos eléctrico _____
 24.- Dpto. : Movilidad propia como vehículo _____ Movilidad propia como ingreso _____

25.- DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE :

- a) Nombre y Apellido _____
 b) Relación _____
 c) Domicilio _____ Distrito _____
 Provincia _____ Departamento _____
 d) En caso de ser el paciente de Domicilio que no es responsable en Lima _____
 Nombre y Apellido _____ Relación _____
 Provincia _____ Departamento _____
 e) Teléfono Móvil _____



27. SITUACION ECONOMICA FAMILIAR:

28. INGRESOS MENSUALES :

Total de haberes S/
 Arrendamiento de propiedades
 Subsidios familiares S/
 Cuentas lab. Montepío
 Pequeñas Industrias S/
 Otros S/
 TOTAL S/

30. APRECIACION DEL STANDAR ECONOMICO:

.....

29. EGRESOS MENSUALES :

Alimentación S/
 Vivienda S/
 Vestuario S/
 Colegios S/
 Salud S/
 Gabelas S/
 Autoavalió S/
 Movilidad S/
 Serv. Doméstico S/
 Cargas Familiares S/
 Recreación S/
 Deudas S/
 Diversos S/
 TOTAL EGRESOS S/

31. DATOS COMPLEMENTARIOS :

a) ¿Por qué vino al Hospital? :
 b) ¿Puede comprar toda receta médica? : SI NO ¿Por Qué?
 c) ¿Qué le pareció la atención recibida? : BUENA REGULAR MALA ¿Por qué?
 d) ¿Qué sugiere para mejorar la atención? :
 e) ¿Qué información ha recibido con relación al embarazo, parto, puerperio y recién nacido?
 f) ¿Dónde piensa Ud. controlar a su hijo?

32. PRE-DIAGNOSTICO SOCIAL :

Problemas Manifestados :

33. DIAGNOSTICO SOCIAL : (Interpretación)

.....

34. TRATAMIENTO SOCIAL : (Fecha de Inicio y de Continuidad)

.....

Asistente Social Responsable:

Jefe de Servicio

Clasificación de de 19.....



Anexo N°3: Formato de visita domiciliaria.

HISTORIA CLÍNICA N°
HISTORIA SOCIAL.....
PROGRAMA/SERVICIO.....

VISITA DOMICILIARIA N°.....

I. DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS:..... EDAD.....
DIRECCIÓN:.....
REFERENCIA:

II. MOTIVO

- Violencia Familiar ()
- Verificación Socio Económica ()
- Abandono de tratamiento ()
- Constatar Diagnostico Social ()
- Dinámica Familiar ()
- Informe Social ()
- Seguimiento de Tto. Social ()
- Otros.....

III. OBJETIVOS

- Evaluación Social y Sanitaria ()
- Orientación y/o Consejería Social ()
- Promover Actitudes y Estilos de Vida Saludables ()
- Otros.....

IV. INFORME DE LA VISITA:

.....
.....
.....

V. RESULTADO DE LA VISITA:

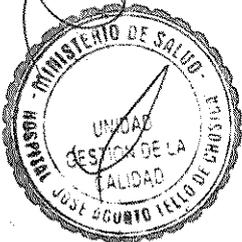
.....
.....
.....

VI. NOMBRE Y FIRMA DEL VISITADO:

.....

FECHA:

ASISTENTE SOCIAL



Anexo N°4: Historia Social.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO CHOSICA
SERVICIO SOCIAL

HISTORIA SOCIAL

SERVICIO:

FECHA:

NOMBRE:

EDAD:

DIAGNOSTICO SOCIAL:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SEGUIMIENTO:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RECOMENDACIÓN:

.....
.....
.....
.....
.....
.....



ASISTENTA SOCIAL

Anexo N° 5: Cuaderno de registro de atención social de pacientes víctimas de violencia familiar.



CUADERNO DE REGISTRO PACIENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR



**SERVICIO SOCIAL
2024**



1. Villarroel, D. Manual de Instrumentos y técnicas sociales de Trabajo Social para su Intervención en el HJATCH. Marzo 2020.



GUIA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE EVALUACIÓN SOCIO FAMILIAR DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

Este instrumento proporcionara al profesional una herramienta para la evaluación socio familiar con la intención de una atención de calidad a fin Analizar la situación de la dinámica del sistema familiar, la diversa problemática del ciclo de vida, las interrelaciones familiares, para el logro de la participación activa de los integrantes de la familia.

II. OBJETIVOS

- Conocer los estados de convivencias de los integrantes de los miembros de la familia.
- Realizar el diagnóstico socio- familiar del paciente conjuntamente con su sistema familiar del paciente.
- Fortalecer las interrelaciones familiares, promoviendo espacios de comunicación, respeto, confianza y escucha activa.
- Brindar orientación social y consejería familiar a los pacientes y/o familia en relación a su problemática social, para fortalecer sus capacidades y habilidades.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

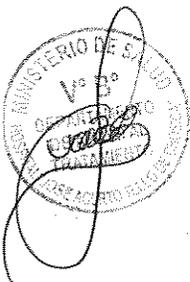
Departamento de Apoyo al Tratamiento, Equipo del Servicio Social.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- 4.1 Nombre del Procedimiento Asistencial: Evaluación Socio Familiar.
- 4.2 Código CPMS RMN°550-2023/MINSA: 99210.02
- 4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 9 horas
- 4.4 CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **ENTREVISTA SOCIAL:** Es una técnica que se utiliza para el conocimiento de determinados contextos o personas, se apoya del diálogo-análisis para conseguir la información adecuada. Su uso primordial es el conocimiento de las causantes de los problemas sociales que le atañen a las personas, grupos sociales o familiares, esta técnica es utilizada de manera recurrente en Trabajo Social.
- **OBSERVACIÓN:** Esta técnica consiste mirar minuciosamente y con detenimiento alguna situación persona o contexto, para obtener conocimiento sobre su comportamiento y características. Se utiliza en los 3 métodos de intervención: caso, grupo, comunidad, para el conocimiento de los individuos y colectivos.¹
- **REUNIÓN DE CASO SOCIAL:** El objetivo de este tipo de reuniones es alcanzar un acuerdo o consenso para superar una situación problema. Con respecto al paciente y/o familia.¹
- **REUNIÓN DE GRUPO SOCIAL:** Es la intervención de la trabajadora social donde se reúne con el paciente, la familia, en algunos casos con el equipo multidisciplinario, para establecer pautas, acuerdos en base a una situación problema.¹



- **VISITA DOMICILIARIA SOCIAL:** Es una técnica de dirigirse a un domicilio determinado con el objetivo, conseguir información, detectar necesidades y valorar la situación de la persona / usuario. Se utiliza en el trabajo de campo, para el conocimiento de las personas y familia en sus núcleos sociales primarios.¹

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS:

- **PACIENTE:** Es el individuo que busca atención o recibe cuidados de salud debido a enfermedades, lesiones, para mejorar su bienestar, para prevenir enfermedades o para obtener diagnósticos sobre su estado de salud.¹
- **HABILIDADES SOCIALES:** Son un conjunto de conductas que nos permiten interactuar y relacionarnos con los demás de manera efectiva y satisfactoria y mutuamente satisfactoria. Estas habilidades son imprescindibles en cualquier ambiente que nos podamos encontrar (en familia, en el trabajo, en la calle, etc.). Una adecuada puesta en práctica de estas habilidades es beneficiosa para aprender a expresarse y comprender a los demás, tener en cuenta las necesidades e intereses de todo el mundo, intentar encontrar la solución más satisfactoria para todos ante un problema o ser solidario, cosas fundamentales si queremos vivir en sociedad.
- **CALIDAD:** La calidad de la atención en la prestación de servicios de salud se define como la atención centrada en los pacientes, familias y comunidades con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos.
- **CALIDEZ:** Calidez en servicios de salud, se constituye en la manera "cálida" en que las personas perciben cómo fueron tratadas en cada una de las etapas de la atención.
- **FICHA SOCIO ECONÓMICA:** Es uno de los instrumentos más utilizados por el Trabajador Social, que le sirve para recopilar información de los aspectos de su salud, la composición y dinámica familiar, vivienda, ingresos, tipos de seguro u otros con el objeto de permitir conocer las condiciones socio-económico del grupo familiar al cual, a atender, se apoya de la entrevista y observación y de la visita domiciliaria.
- **DIAGNOSTICO SOCIAL:** Es uno de los instrumentos fundamentales y esenciales de la práctica del Trabajador Social nos permite conocer las problemáticas y necesidades de un grupo etario para posterior intervenir mediante un plan de mejora, resaltando las capacidades autogestivas de los participantes /usuarios.
- **HISTORIA SOCIAL:** Recoge de forma sistemática toda la información que se obtiene de la paciente o familia. Es un instrumento de marcado carácter diacrónico, puesto que se va ampliando en la medida en que se avanza en la intervención y el conocimiento del paciente. Es un soporte documental que está abierto a ampliaciones y a nuevas incorporaciones.¹

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1. RECURSO HUMANO:

1 Trabajadora Social.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:



Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

ESCRITORIO	unid	1
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1
FORMATO DE INFORME SOCIO ECONOMICA	Unid.	10
SELLOS DE CATEGORIZACIÓN	Unid.	3
CUADERNO DE REGISTRO	Unid.	1

**MATERIAL
MÉDICO NO
FUNGIBLE**

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etilico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

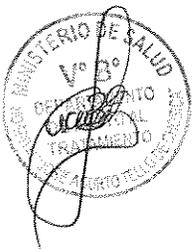
6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

A. PACIENTES DE CONSULTORIOS EXTERNOS

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACION
<u>EN CASO DE INTERCONSULTA</u>	
1. La Trabajadora Social recibe la interconsulta emitida por el médico.	5 minutos
2. La trabajadora social atiende al paciente y verifica lo siguiente: <u>Paciente nuevo</u>	5 minutos
3. La trabajadora social apertura el llenado del formato de Informe socio económico a través de las técnicas sociales: entrevista, (datos personales, DNI, ocupación, tipo de seguro u otros), observación, comunicación verbal. <u>Paciente continuador</u>	30 minutos
4. La trabajadora social ubica el formato el Informe socio económico en el archivo. <u>Paciente re-ingresante</u>	5 minutos
La trabajadora social ubica el Informe Socio económico en el archivo. Emplea las técnicas sociales: Entrevista, observación, comunicación verbal al paciente (datos personales, DNI, ocupación, tipo de familia,	30 minutos



seguro, composición familiar, soporte familiar, teléfono u otros) y a la vez para actualizar dicho formato.	
5. La Trabajadora Social realiza la visita domiciliaria.	
6. La Trabajadora Social realiza reunión de caso y reunión de grupo con el paciente y familia.	2 horas
7. La Trabajadora Social ejecuta el llenado del formato de visita domiciliaria.	2 horas
8. La Trabajadora Social registra la atención social en el cuaderno de reporte de visita domiciliaria.	30 minutos
9. La Trabajadora Social evalúa la situación socio familiar, a través de las relaciones intrafamiliares, pertenencia, jerarquía, límites, comunicación, adaptación u otros.	5 minutos
10. La Trabajadora social brinda la consejería familiar.	1 hora
11. La Trabajadora Social responde la interconsulta.	1 hora
12. La trabajadora social registra la atención social en el Sistema Informático Estadística – HIS.	30 minutos
13. La Trabajadora Social registra su atención social en el cuaderno de reporte de consultorios externos.	5 minutos
	5 minutos



B. PACIENTES DE HOSPITALIZACION

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

1 Trabajadora Social.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

ESCRITORIO	unid	1
SILLAS	unid	3
COMPUTADORA	unid	1
IMPRESORA	unid	1
LAPICERO AZUL	Unid	1
CORRECTOR	Unid	1
SELLOS DE CATEGORIZACIÓN	Unid.	3
CUADERNO DE REGISTRO	Unid.	1



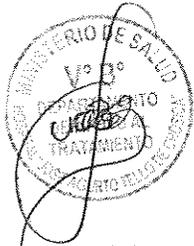
- MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	UM	CANTIDAD
Mascarilla KN95	Unid	1
Alcohol Etilico 1 litro	ml	10
Jabón Germicida 1 litro	ml	10
Papel toalla	HOJAS	20
Gorros quirúrgicos	Unid	1
Mandiles descartables no estéril	Unid	1
Gel antibacterial para manos	ML.	20

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
<u>EN CASO DE INTERCONSULTA</u>	
1. La Trabajadora Social recibe la interconsulta emitida por el médico.	5 minutos
2. La trabajadora social atiende al paciente y verifica lo siguiente: <u>Paciente nuevo</u>	20 minutos
3. La trabajadora social apertura el llenado del formato de Informe socio económico a través de las técnicas sociales: entrevista, (datos personales, DNI, ocupación, tipo de seguro u otros), observación, comunicación verbal.	30 minutos
<u>Paciente continuador</u>	
4. La trabajadora social ubica el formato el Informe socio económico en el archivo. <u>Paciente re-ingresante</u> La trabajadora social ubica el Informe Socio económico en el archivo. Emplea las técnicas sociales: Entrevista, observación, comunicación verbal al paciente (datos personales, DNI, ocupación, tipo de familia, seguro, composición familiar, soporte familiar, teléfono u otros) y a la vez para actualizar dicho formato.	5 minutos
5. La Trabajadora Social realiza la visita domiciliaria.	30 minutos
6. La Trabajadora Social realiza reunión de caso y reunión de grupo con el paciente y familia.	2 horas
7. La Trabajadora Social ejecuta el llenado del	2 horas



formato de visita domiciliaria.	30 minutos
8. La Trabajadora Social registra la atención social en el cuaderno de reporte de visita domiciliaria.	5 minutos
9. La Trabajadora Social evalúa la situación socio familiar, a través de las relaciones intrafamiliares, pertenencia, jerarquía, límites, comunicación, adaptación u otros.	1 hora
10. La Trabajadora social brinda la consejería familiar.	30 minutos
11. La Trabajadora Social responde la interconsulta.	5 minutos
12. La Trabajadora Social registra su atención social en el cuaderno de hospitalización.	5 minutos
<u>EN CASO DE VISITA DIARIA</u>	
13. La trabajadora social, identifica paciente que requiere evaluación socio familiar, a través de la entrevista.	5 minutos
14. La trabajadora social atiende al paciente y verifica lo siguiente: <u>Paciente nuevo</u>	5 minutos
15. La trabajadora social apertura el llenado del formato de Informe socio económico a través de las técnicas sociales: entrevista, (datos personales, DNI, ocupación, tipo de seguro u otros), observación, comunicación verbal. <u>Paciente continuador</u>	
16. La trabajadora social ubica el formato el Informe socio económico en el archivo. <u>Paciente re-ingresante</u> La trabajadora social ubica el Informe Socio económico en el archivo. Emplea las técnicas sociales: Entrevista, observación, comunicación verbal al paciente (datos personales, DNI, ocupación, tipo de familia, seguro, composición familiar, soporte familiar, teléfono u otros) y a la vez para actualizar dicho formato.	30 minutos
17. La Trabajadora Social realiza la visita domiciliaria.	2 horas
18. La Trabajadora Social realiza reunión de caso y reunión de grupo con el paciente y familia.	2 horas
19. La Trabajadora Social ejecuta el llenado del formato de visita domiciliaria.	30 minutos
20. La Trabajadora Social registra la atención	



social en el cuaderno de reporte de visita domiciliaria.	5 minutos
21. La Trabajadora Social evalúa la situación socio familiar, a través de las relaciones intrafamiliares, pertenencia, jerarquía, límites, comunicación, adaptación u otros.	1 hora
22. La Trabajadora social brinda la consejería familiar.	30 minutos
23. La Trabajadora Social registra su atención social en el cuaderno del servicio de hospitalización.	5 minutos

6.2 INDICACIONES

6.2.1. INDICACIONES ABSOLUTAS

- Pacientes que requieren evaluación socio familiar de consultorios externos y hospitalización.

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS

- Pacientes que cuentan con seguro (Essalud).

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes que presentan deterioro cognitivo.

6.4 COMPLICACIONES:

- Pacientes que presentan enfermedad mental.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES:

- Habilitar ambiente adecuado para la atención social a los pacientes para la evaluación socio familiar.
- Necesidad de contratar 02 trabajadoras sociales.
- Necesidad de contar con 02 equipos informáticos (computadora).

VIII. ANEXOS

Anexo N°1: Ficha de Informe socio económico.

Anexo N°2: Hoja de continuación.

Anexo N°3: Formato de visita domiciliaria.

Anexo N°4: Historia Social.

Anexo N°5: Cuaderno de registro de atención social de pacientes víctimas de violencia familiar.



Anexo N°1: Ficha de Informe socio económico.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO CHOSICA

H.C.
E.S.S. 72374

INFORME SOCIO-ECONOMICO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL DE APOYO CHOSICA

- 01.- Nombres y Apellidos del Paciente : _____
- 02.- Edad : _____
- 03.- Domicilio : _____
- 04.- Referencia : _____
- 05.- COMPOSICION FAMILIAR :

06.- APELLIDOS Y NOMBRES (Subrayar el nombre del paciente)	07.- Posición en la	08.- Estado Civil	09.- Edad y Sexo		10.- Grado de Instruc.	11.- Pro-medio de Ingreso	12.- Ocupación	13.- Seguro
			M	F				
01.-								
02.-								
03.-								
04.-								
05.-								
06.-								
07.-								
08.-								
09.-								
10.-								
11.-								
12.-								
13.-								



14.- OBSERVACIONES: _____

15.- VIVIENDA Y OBRAS:

16.- Tipo: Independiente _____ Quinta _____ Edificio _____ Callejón _____ Solar _____ Chozas _____ Otro _____

17.- Tenencia: Propia _____ Alq. Venta _____ Alquiler _____ Usufructo _____ Inválida _____ Precaria _____

18.- Servicios: Agua _____ Red. Pública _____ Pozo _____ Cilindro _____ Otro _____

Desague: _____ Red. Pública _____ Río _____ Acequia _____ Letrina _____ Pozo _____

WC _____ Caño Botadero _____ Campo Libre _____ Río _____ Acequia _____

19.- Distribución de Ambientes de la Vivienda: Sala _____ Comedor _____ N° Dormit. _____ Cocina _____ Patio _____

Garaje _____ Corral _____ Jardín _____ Huerta _____ Cuarto Serv _____

20.- Un solo cuarto _____ Dos cuartos de todo uso _____

21.- Material de Construcción: _____ Techo _____ Piso _____

22.- Alcantarilla: Fibrado _____ Retrete _____ Lustrado _____ Bateria _____ Vetr. _____ Otro _____

23.- Aluminado: Sí _____ No _____ N° Aspersos _____ Armadura eléctrica _____

24.- Ocas: Movilidad propia como servicio _____ Movilidad propia como ingreso _____

25.- DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE :

01.- Nombres y Apellidos : _____

02.- R.D.N. : _____

03.- Dirección : _____ Distrito : _____

04.- Provincia : _____ Departamento : _____

05.- En caso de ser el paciente de un hogar que alberga a otros familiares :

06.- Nombres y Apellidos : _____ Relación : _____

07.- Provincia : _____ Departamento : _____

08.- Observaciones : _____

27. SITUACION ECONOMICA FAMILIAR:

28. INGRESOS MENSUALES :

Total de haberes S/ _____
 Arrendamiento de propiedades _____
 Subsidios familiares S/ _____
 Cesantía Jub. Montepío _____
 Pensiones Industriales S/ _____
 Otros S/ _____
 TOTAL S/ _____

29. EGRESOS MENSUALES :

Alimentación S/ _____
 Vivienda S/ _____
 Vestuario S/ _____
 Colegios S/ _____
 Salud S/ _____
 Gafelas S/ _____
 Autoservicio S/ _____
 Movilidad S/ _____
 Serv. Doméstico S/ _____
 Cargas Familiares S/ _____
 Recreación S/ _____
 Deudas S/ _____
 Diversos S/ _____
 TOTAL EGRESOS S/ _____

30. APLICACION DEL STANDAR ECONOMICO:

31. DATOS COMPLEMENTARIOS :

a) ¿Por qué vino al Hospital? : _____
 b) ¿Puede comprar toda receta médica? : SI _____ NO _____ ¿Por Qué? _____
 c) ¿Qué le pareció la atención recibida? : BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____ ¿Por qué? _____
 d) ¿Qué sugiere para mejorar la atención? : _____
 e) ¿Qué información ha recibido con relación al embarazo, parto, puerperio y recién nacido? _____
 f) ¿Dónde piensa Ud. controlar a su hijo? _____

32. PRE-DIAGNOSTICO SOCIAL :

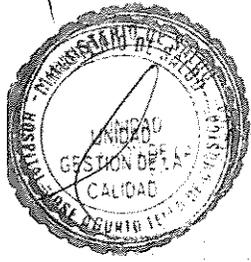
Problemas Manifestados : _____

33. DIAGNOSTICO SOCIAL : (Interpretación)

34. TRATAMIENTO SOCIAL : (Fecha de Inicio y de Continuidad)

ente Social Responsable : _____ Jefe de Servicio : _____

Chosica, _____ de _____ de 19 _____



Anexo N°3: Formato de visita domiciliaria.

HISTORIA CLINICA N°.....
HISTORIA SOCIAL.....
PROGRAMA/SERVICIO.....

VISITA DOMICILIARIA N°.....

I. DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS:..... EDAD.....
DIRECCIÓN:.....
REFERENCIA:.....

II. MOTIVO

- Violencia Familiar ()
- Verificación Socio Económica ()
- Abandono de tratamiento ()
- Constatar Diagnostico Social ()
- Dinámica Familiar ()
- Informe Social ()
- Seguimiento de Tto. Social ()
- Otros.....

III. OBJETIVOS

- Evaluación Social y Sanitaria ()
- Orientación y/o Consejería Social ()
- Promover Actitudes y Estilos de Vida Saludables ()
- Otros.....

IV. INFORME DE LA VISITA:

.....
.....
.....

V. RESULTADO DE LA VISITA:

.....
.....
.....

VI. NOMBRE Y FIRMA DEL VISITADO:

.....

FECHA:.....

ASISTENTE SOCIAL



Anexo N°4: Historia Social.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO CHOSICA
SERVICIO SOCIAL

HISTORIA SOCIAL

SERVICIO:

FECHA:

NOMBRE:

EDAD:

DIAGNOSTICO SOCIAL:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SEGUIMIENTO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RECOMENDACIÓN:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

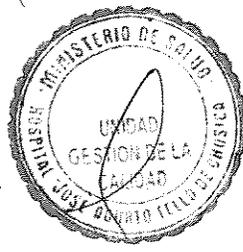
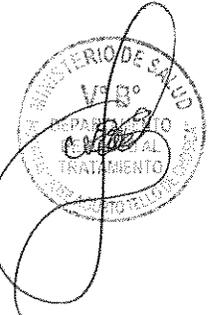
.....

.....

.....

.....

.....

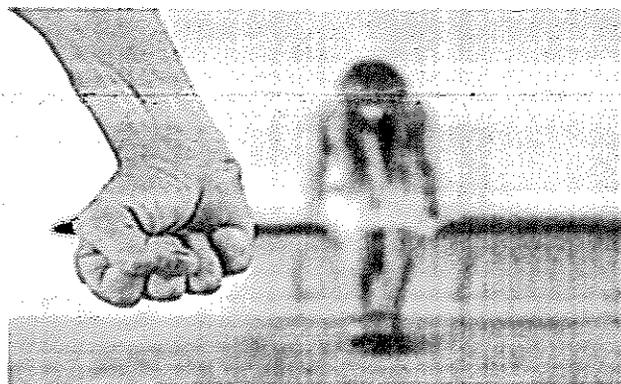


ASISTENCIA SOCIAL

Anexo N°5: Cuaderno de registro de atención social de pacientes víctimas de violencia familiar.



CUADERNO DE REGISTRO PACIENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR



**SERVICIO SOCIAL
2024**



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villarroel, D. Manual de Instrumentos y técnicas sociales de Trabajo Social para su Intervención en el HJATCH. Marzo 2020

PSICOLOGÍA

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL, PSICODINAMICA, PSICOEDUCATIVA EN CONSULTORIO AMBULATORIO O HOSPITALIZACIÓN Y PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica, psicoeducativa, de afronte cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por el psicólogo; psicoterapia individual en consultorio ambulatorio o hospitalización, orientada a modificar y/o dar soporte al comportamiento, que dura aproximadamente 45 a 60 minutos cara a cara con el usuario; psicoterapia cognitiva conductual; psicoterapia de 45 minutos con el usuario de salud y/o miembro de la familia del servicio de Psicología a fin de lograr una adecuada salud mental a los pacientes del Hospital José Agurto Tello.

II. OBJETIVOS

- Recopilar información sobre el problema o motivo del paciente a fin de formular hipótesis de trabajo y estrategias para su abordaje.
- Brindar al paciente mecanismos o estrategias para afrontar dificultades diarias.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Presente Guía Técnica de Procedimiento es de aplicación y cumplimiento obligatorio del Departamento de Apoyo al Tratamiento, servicio de Psicología, consulta externa del Hospital José Agurto Tello de Chosica

IV. PROCEDIMIENTO

Nombre del procedimiento médico	Código CPMS	Tiempo total aproximado del procedimiento:
Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica, psicoeducativa, de afronte cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por el psicólogo	90806	60 minutos
Psicoterapia individual en consultorio ambulatorio o hospitalización, orientada a modificar y/o dar soporte al comportamiento, que dura aproximadamente 45 a 60 minutos cara a cara con el usuario	90804	60 minutos
Psicoterapia cognitiva conductual	90860	60 minutos
Psicoterapia,45 minutos con el usuario de salud y/o miembro de la familia -	90834	45 minutos
Sesión de psicoterapia de familia (sin el usuario de salud presente) realizado por médico	90846.00	60 minutos

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Psicoterapia Individual.**-Es una intervención terapéutica realizada por un psicólogo, psiquiatra o profesional de la salud capacitado, dirigida a abordar los casos con valoración riesgo moderado-severo, comorbilidad o elevada presencia de factores de riesgo, realizado en servicios de Psicología, consultorio externo, programa MAMIS. Se realizan sesiones semanales (mínimo 08) de 60 minutos/sesión.¹
- **Psicoterapia Cognitiva Conductual.**- Estos abordajes terapéuticos incluyen técnicas de intervención de activación conductual, técnicas de afrontamiento, técnicas emotivas y técnicas de reestructuración cognitiva, se realiza por profesionales de la salud con competencia en el desarrollo de esta actividad, en 08 sesiones como mínimo, con una duración de 45 minutos, según el grado de severidad del caso.¹

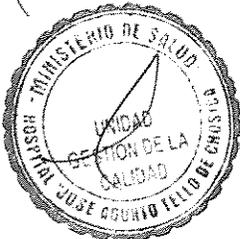
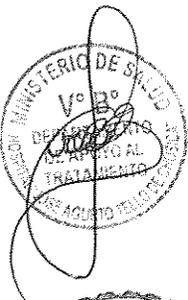
5.2. CONCEPTOS BÁSICOS

- **Psicoterapia:** Es un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo, su base fundamental es el diálogo, proporciona un ambiente de apoyo que le permite hablar abiertamente con alguien objetivo, neutral e imparcial.
- **Salud Mental.** Es el proceso dinámico de bienestar, producto de la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas, tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad.
- **Problema psicosocial:** Dificultad generada por la alteración de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas o entre estas y su ambiente
- **Trastorno mental y del comportamiento:** Condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente.

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Licenciado en Psicología
- 01 Técnico de enfermería



5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Escritorio de metal	Unid	1
Silla fija de metal	Unid	1
Monitor led	Unid	1
Teclado – keyboard	Unid	1
Unidad central de proceso – CPU	Unid	1
Mouse inalámbrico óptico	Unid	1
Papel bond	Unid	1
Lápiz	Unid	1
Lapicero	Unid	1
Tajador	Unid	1

- Material médico fungible:

DESCRIPCIÓN .	U.M	CANT.
Mascarilla tipo cónica	Unidad	1
Alcohol 70 gel para manos	ml	5
Alcohol medicinal 70	ml	5
Jabón líquido antibacterial 1l	ml	3

-Material médico no fungible: No aplica

- Medicamentos: No aplica

5.3.3 FORMATOS

- Formato de consentimiento informado
- Formato de historia psicológica

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ANTES DEL PROCEDIMIENTO:

Recepción del paciente (2 minutos)

Técnica de enfermera

- Recibe a los pacientes citados para realizar la psicoterapia
- Realiza el triaje y alcanza la historia clínica al licenciado en psicología.



DURANTE EL PROCEDIMIENTO:

Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica, psicoeducativa, de afronte cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por el psicólogo en consultorio ambulatorio o hospitalización,

Licenciado en psicología

- Se presenta, genera un clima de confianza con el pacientes. **3 min**
- Se procede a la psicoterapia individual en consultorio, se trabaja técnicas de relajación, herramientas de soporte emocional, consejería para ayudar al paciente a que pueda enfrentar de una manera adecuada el problema de salud mental que padece. El tiempo es variable depende a la patología de fondo del paciente a tratar. **45 min**
- Se realiza visita a hospitalización al llamado y/o por interconsulta a las diferentes áreas para evaluar su estado mental del paciente. **45min**

Psicoterapia cognitiva conductual

Licenciado en psicología

- Se presenta, genera un clima de confianza con el pacientes **3 min**
- Se elabora un plan de intervención según la necesidad o dificultad del paciente. **20 min.**
- Posteriormente se realiza consejería, orientación y se emplea actividades con el paciente con el objetivo de sensibilizar, socializar y aprender estrategias para su mejora en su problema de salud mental. **25 min**

Psicoterapia, 45 minutos con el usuario de salud y/o miembro de la familia

Licenciado en psicología

- Se presenta, genera un clima de confianza con el pacientes **3 min**
- Se le menciona o explica al paciente o familiar el plan de intervención que se ejecutará. **15 min**
- Posteriormente se realiza consejería, orientación y se emplea actividades con el paciente y/o miembro de la familia con el objetivo de sensibilizar, socializar y aprender estrategias para su clima y soporte familiar. **15 min**

Licenciado en psicología

- Se presenta, genera un clima de confianza con el pacientes. **3 min**
- Se realiza sesiones de acuerdo a la necesidad de cada paciente. Dirigiendo, motivando y facilitando la participación de los usuarios y proporcionando un entorno seguro y de apoyo para el crecimiento personal. **30 min**

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO (10 minutos)

Licenciado en psicología

- Realiza llenado de historia clínica de psicología de los pacientes **3min**
- Realiza llenado de historia electrónica de los pacientes **4min**
- Realiza llenado de fua de los pacientes **3min**

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Pacientes para consulta de psicología
- Pacientes referidos de diferentes servicios.
- Pacientes por programa de MAMIS
- Pacientes por programa de fiscalía VIF



6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Pacientes pagantes que requieren psicoterapia.

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Paciente que no da el consentimiento para ser partícipe de la psicoterapia.
- Paciente que no llegue a sus cita programada de psicología.

6.4 COMPLICACIONES

- Pacientes con patologías psiquiátricas de fondo.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

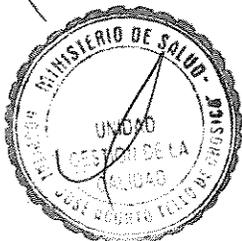
VII. RECOMENDACIONES

- Paciente debe llegar a hora indicada al servicio de psicología
- El licenciado de psicología debe manejar de manera eficaz los diferentes temas de psicoterapia.
- El paciente debe estar predispuesto a recibir ayuda psicológica



VIII. ANEXOS.

- ANEXO N° 1: Formato de consentimiento informado para la consulta psicológica
- ANEXO N° 2 : Formato de historia psicológica



Anexo N° 1:

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA PSICOLOGICA

Yo, Identificado con D.N.I. N° Después de haber sido informado sobre lo que significa la consulta psicología y estando de acuerdo me dispongo a colaborar con el profesional que me ha a atender.: Doy mi consentimiento para que se me realice La consulta psicológica con privacidad y confidencialidad:

Localidad, Día, mes.....año.



Firma de la persona evaluada



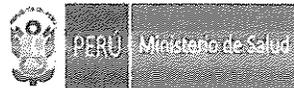
**Firma y sello del evaluador
Nº de Colegio Profesional
de Psicólogos.**



ANEXO N° 2: FORMATO DE HISTORIA PSICOLÓGICA



HOSPITAL DE CHOSICA
JOSE ARGURTO TELLO



HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES.

Nombres y apellidos : _____
Edad : _____
Sexo : _____
DNI / HC : _____
Fecha y lugar de Nacimiento : _____
Grado de Instrucción : _____
Religión : _____
Estado Civil : _____
N° de hijos : _____
Oficio : _____
N° de hermanos : _____
Domicilio : _____
Fecha de ingreso : _____
Fechas de evaluación : _____
Examinadora : _____



II. MOTIVO DE CONSULTA.

III. PROBLEMA ACTUAL

IV. HISTORIA PERSONAL

Niñez – Adolescencia – Juventud – Adulthood

Aspecto Académico – Laboral - Profesional



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 . Perú. MINSA. Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Salud de Salud Mental Sistema de Información HIS. Lima, 2021. Dirección de Salud Mental DGIESP-DSAM. 1ra Edición, febrero 2021.
- 2.- Muñoz-Martínez A. Novoa-Gómez M. Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas. Terapia psicológica. 2012, Vol. 30, N°.1, 25-36
- 3.- Perú. MINSA, Instituto Nacional de Salud Mental. San Martín de Porres. Resolución Ministerial N° 801-2020/MINSA .(30 de setiembre de 2020.)
- 4.- Perú. MINSA, Dirección de Salud Mental. Manual de registro y codificación de la Atención en la Consulta Externa. Sistema de información HIS. Lima. 1era Edición, febrero 2021



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE VISITA COMUNITARIA INTEGRAL DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de visita comunitaria integral para mejorar la calidad de vida de los pacientes del Hospital José Agurto Tello.

II. OBJETIVOS

- Fortalecer factores protectores en la familia, así como identificar aquellos factores de riesgo en el seno familiar.
- Identificar los patrones de adaptación, prácticas de crianza, la dinámica familiar y los estilos de vida del paciente.
- Brindar herramientas que permitan ejercer un rol facilitador de las relaciones vinculares de calidad entre los miembros de la familia.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Presente Guía Técnica de procedimiento es de aplicación y cumplimiento obligatorio en el Departamento de Apoyo al Tratamiento, servicio de Psicología (consulta externa) del Hospital José Agurto Tello de Chosica

V. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

- 4.1 Nombre del procedimiento médico: Visita comunitaria integral
- 4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: C0021
- 4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento: 30 minutos

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **VISITA COMUNITARIA INTEGRAL:** Es una estrategia de intervención social y sanitaria que aborda de manera holística y sistemática las necesidades de una comunidad específica, que implica la movilización de un equipo multidisciplinario que incluye profesionales de diversas áreas como la salud, la educación, el trabajo social, la psicología, la nutrición, entre otros.
- **Visita Domiciliaria** Corresponde a una estrategia de atención de salud integral de un paciente, familiar y/o cuidador en su propio domicilio, con foco promocional y preventivo.

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Salud mental:** Es una dimensión inseparable de la salud integral, que se manifiesta en el bienestar subjetivo de la persona, desempeñando una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social.
- **Familia:** Es el primer agente socializador del individuo, en el interior de ella se crea un vínculo afectivo que influye en el proceso de percepción y asimilación de diversas situaciones que generan malestar; además, es la red de apoyo principal para el sujeto.



5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Licenciado en Psicología

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Papel bond	Unid	1
Lápiz	Unid	1
Lapicero	Unid	1
Tajador	Unid	1

- Material médico fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Mascarilla descartable	Unidad	1
Alcohol 70° gel	ml	5
Alcohol medicinal 70°	ml	5
Jabón líquido antibacterial 1L	ml	3

- Material médico no fungible: No aplica
- Medicamentos: No aplica

5.3.3 FORMATOS

- Formato de historia psicológica (virtual y digital)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ANTES DEL PROCEDIMIENTO:

- **Recepción del paciente (3 minutos)**
- Psicólogo acude a la visita domiciliar de una comunidad de los pacientes programados.
- Anotar datos relevantes en el formato de historia psicológica. **3 minutos**

DURANTE EL PROCEDIMIENTO (22 minutos)

Licenciado en psicología

- Se presenta frente a la comunidad, posteriormente se informa del trabajo que se va realizar. **2 min**
- Se identifican los factores de riesgo, potenciando los factores de protección y se establece un plan de trabajo con la comunidad, acuerdos y metas a lograr en un periodo de tiempo pautado. **20min**

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO (5 minutos)

Licenciado en psicología

- Al llegar al hospital se lleva a cabo llenado de historia clínica de psicología de la comunidad. **2min.**
- Posteriormente el llenado de historia electrónica de los pacientes **3 min.**

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Pacientes para consulta de psicología
- Pacientes referidos de diferentes servicios.
- Pacientes por programa de MAMIS.
- Pacientes por programa de fiscalía VIF.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Pacientes pagantes que requieren sesiones de visita comunitaria

6.3 CONTRAINDICACIONES

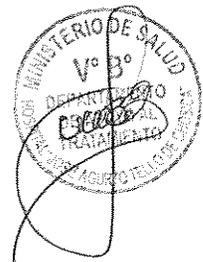
- Paciente que no brinda el consentimiento para participar de la visita comunitaria integral.
- Paciente que no acuda a sus citas programadas.

6.4 COMPLICACIONES

- Pacientes que evidencien patologías psiquiátricas no tratadas y requieran intervención.

6.5. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

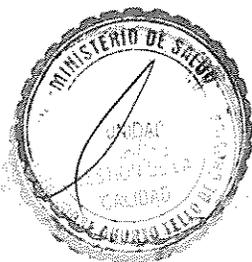


VII. RECOMENDACIONES

- Seguimiento y monitoreo a las diversas problemáticas de la comunidad mediante un tamizaje.
- Desarrollar temas psicoeducativos durante las sesiones de intervención en la visita comunitaria integral.
- Uso de dinámicas de integración grupal para conocer la interacción de los participantes.

VIII. ANEXOS.

- ANEXO N° 1 : Formato de historia psicológica



ANEXO N° 1 : Formato de historia psicológica



HOSPITAL DE CHOSICA
JOSE ARGURTO TELLO



**HISTORIA CLINICA
PSICOLÓGICA**

I. DATOS GENERALES.

Nombres y apellidos : _____

Edad : _____

Sexo : _____

DNI / HC : _____

Fecha y lugar de Nacimiento : _____

Grado de Instrucción : _____

Religión : _____

Estado Civil : _____

N° de hijos : _____

Oficio : _____

N° de hermanos : _____

Domicilio : _____

Fecha de ingreso : _____

Fechas de evaluación : _____

Examinadora : _____

II. MOTIVO DE CONSULTA.

III. PROBLEMA ACTUAL

IV. HISTORIA PERSONAL

Niñez – Adolecencia – Juventud – Adulthood

Aspecto Académico – Laboral - Profesional



IX.REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Bustamante D. A., Vásquez J., Tamayo D., et al. La terapia familiar como vía de la resignificación en la enfermedad. *Poiésis* 2020;12(38):16-30.
2. Perú. MINSA, Dirección de Salud Mental. Manual de registro y codificación de la Atención en la Consulta Externa. Sistema de información HIS. Lima. 1era Edición, febrero 2021
3. Perú. MINSA, Instituto Nacional de Salud Mental. San Martín de Porres. Resolución Ministerial N° 801-2020/MINSA. (30 de setiembre de 2020.)
4. Giraldo Osorio, A., Betancurth –Loaiza, D., Orozco Castillo, L. y Mejía Alarcón, A. Fundamentación de la visita domiciliaria desde un enfoque de enfermería familiar y cultural. *Scientific Journal of Nursing*. 2020; 17(1):1-13.



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE TAMIZAJES DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades de los procedimientos asistenciales de tamizajes de salud mental del servicio de psicología a fin de lograr una adecuada salud mental a los pacientes del Hospital José Agurto Tello de Chosica

II. OBJETIVOS

- Detectar y diferenciar aquellos con un posible trastorno que presenta conducta de riesgo, problemas psicosociales y con trastornos mentales, según criterios de prevalencia anual de trastornos y problemas de salud mental.
- Identificar la alta probabilidad de sufrimiento de enfermedad mental, brindarnos alta posibilidad de diagnóstico de salud mental.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Presente Guía Técnica de procedimiento es de aplicación y cumplimiento obligatorio en el Departamento de Apoyo al Tratamiento, servicio de Psicología (consulta externa) del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- 4.1 Nombre del procedimiento médico:
- 4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:
- 4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento:

Nombre del procedimiento médico	Código CPMS	Tiempo total aproximado del procedimiento
Tamizaje de salud mental en violencia	96150.01	25 minutos
Tamizaje de salud mental en alcohol y drogas	96150.02	25 minutos
Tamizaje de salud mental en trastornos depresivos	96150.03	25 minutos
Tamizaje de salud mental en psicosis	96150.04	25 minutos
Tamizaje de salud mental en habilidades sociales	96150.05	25 minutos
Tamizaje de salud mental especializado para detectar problemas del neurodesarrollo en niñas y niños de 0 a 3 años	96150.06	25 minutos
Tamizaje de salud mental para detectar deterioro cognitivo - demencia en personas de 60 años a más	96150.07	25 minutos
Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niñas, niños y adolescentes de 3 de 17 años.	96150.08	25 minutos



VI. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Tamizaje en salud mental:** Es aquella entrevista breve para detectar indicadores de posibles problemas de salud mental, mediante la aplicación de cuestionarios breves (según corresponda) y consejería de acuerdo a los hallazgos (refuerzo de factores protectores si el resultado es negativo, o la derivación y cita en el servicio de salud mental del establecimiento, si la persona es identificada con algún problema de salud mental).¹
- **Tamizaje para detectar trastornos mentales (depresión, consumo de alcohol y conducta suicida) en grupos de riesgo de personas mayores de 18 años:** Conjunto de intervenciones dirigido a personas mayores de 18 años atendidas en los servicios de medicina, salud sexual y reproductiva, TB, ITS/VIH – SIDA, CRED (madre durante el post parto) con tamizaje para detectar si padece trastornos mentales y del comportamiento (depresión, ansiedad, conducta suicida, trastornos mentales debido al consumo de alcohol y psicosis). Comprende la observación, entrevista, aplicación de instrumentos y consejería de acuerdo a los hallazgos".¹
- **Tamizaje para detectar violencia familiar en personas mayores de 18 años.** Es aquel que se realiza en base a la guía de preguntas para la detección de violencia contra la mujer ocasionada por la pareja o expareja, por personal de salud capacitado (médica(o), obstetra, enfermera(o), cirujano dentista o trabajadora social, técnicos de enfermería) durante el proceso de atención de salud en el servicio correspondiente. El tiempo de aplicación es de 10 a 15 minutos, y se efectúa una vez al año por persona, excepto en el caso de gestantes con quienes se aplica trimestralmente durante el embarazo y a los dos y seis meses después del parto.¹
- **Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niñas, niños y adolescentes de 3 de 17 años :** Es aquella actividad que detecta oportunamente los trastornos mentales y del comportamiento que se pueden presentar en niñas, niños y adolescentes de 03 a 17 años, comprende la observación, la entrevista y la aplicación de una Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos.¹
- **Tamizaje para detectar deterioro cognitivo - demencia en personas de 60 años y más:** Es aquella que comprende la observación, entrevista, aplicación del Mini Mental State Examination a personas mayores de 60 años atendidas en el servicio de medicina para detectar deterioro cognitivo, concluye con la consejería de acuerdo a los hallazgos: si el resultado es negativo se refuerza los factores protectores de su salud y, si es positivo, se apoya la búsqueda de ayuda necesaria realizando la derivación al servicio especializado de psiquiatría del establecimiento, o a los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive según corresponda.¹
- **Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo en niñas y niños de 0 a 3 años :** Es aquel que comprende la observación, entrevista a la madre, padre o cuidador, en dos etapas, utilizando el M-CHAT y el M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento y consejería de acuerdo a los hallazgos: si el resultado es negativo se refuerza los factores protectores y, si es positivo, se apoya la búsqueda de ayuda necesaria realizando la derivación al centro de salud mental comunitaria de su territorio o al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive según corresponda.¹



- **Tamizaje detectar maltrato infantil en niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años:** Es aquel que comprende la observación de indicadores físicos y/o conductuales relacionados al maltrato infantil en niñas, niños o adolescentes, sus madres, padres o cuidadores, una entrevista breve usando las preguntas de tamizaje y consejería de acuerdo a los hallazgos: si el resultado es negativo se refuerza los factores protectores y la parentalidad saludable y, si es positivo, se apoya la búsqueda de ayuda necesaria realizando la derivación al servicio de psicología del establecimiento de salud y el seguimiento para verificar que está recibiendo el tratamiento y cuidados de salud mental.¹
- **Tamizaje de salud mental en psicosis:** Es un proceso sistemático diseñado para identificar de manera temprana y precisa a individuos que pueden estar en riesgo de desarrollar trastornos psicóticos o que ya presentan síntomas psicóticos incipientes, se encuentra dentro de Tamizaje para detectar trastornos mentales (depresión, consumo de alcohol y conducta suicida) en grupos de riesgo de personas mayores de 18 años.¹

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Trastorno mental:** Es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental, aquellos que están asociados a los niveles de estrés alto o la discapacidad en los distintos ámbitos laborales, social.²
- **Maltrato infantil:** Es aquella lesión no accidental infligida a un niño, que puede ir desde pequeños hematomas hasta fracturas graves o la muerte, resultante de darle un puñetazo, un golpe, una patada, un mordisco, zarandearlo, empujarlo, apuñalarlo, ahogarlo, pegarle (con la mano, con un palo, con una correa o con otro objeto), quemarlo o lesionarlo con cualquier otro método, por parte de un progenitor, un cuidador, o cualquier otro individuo que tenga responsabilidad sobre el niño.²
- **Deterioro cognitivo – demencia:** Es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. Esta alteración interviene en las funciones mentales que sufre las personas adultas mayores. Este tipo de demencia debe presentar una evaluación íntegra para identificar si el paciente presenta una demencia.
- **Conducta suicida:** Es aquel constante comportamiento que incluye ideas suicidas, planificación e ideación haciendo referencia la parte cognitiva, en el ámbito familiar hace referencia intentos de suicidio y el suicidio consumado, teniendo como consecuencia la muerte.³
- **Violencia familiar:** Es la acción u omisión que el integrante de un grupo familiar ejerce contra otro y que produce un daño no accidental en el aspecto físico o psíquico.³

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Licenciado en Psicología
- 01 Técnico de enfermería



5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Escritorio de metal	Unid	1
Silla fija de metal	Unid	1
Monitor led	Unid	1
Teclado – keyboard	Unid	1
Unidad central de proceso – CPU	Unid	1
Mouse inalámbrico óptico	Unid	1
Papel bond	Unid	1
Lápiz	Unid	1
Lapicero	Unid	1
Tajador	Unid	1

- Material médico fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Mascarilla descartable	Unidad	1
Alcohol 70° gel	ml	5
Alcohol medicinal 70°	ml	5
Jabón líquido antibacterial 1l	ml	3

-Material médico no fungible: No aplica

- Medicamentos: No aplica

5.3.3 FORMATOS LOS TAMIZAJES EN SALUD MENTAL:

- Formato de Tamizaje de salud mental en violencia
- Formato de tamizaje de violencia a mujeres en situación de violencia de pareja o expareja
- Formato de Tamizaje de salud mental en alcohol y drogas
- Formato de Tamizaje de salud mental en trastornos depresivos y psicosis
- Formato de Tamizaje de salud mental en habilidades sociales
- Formato de Tamizaje de salud mental especializado para detectar problemas del neurodesarrollo en niñas y niños de 0 a 3 años
- Formato de Tamizaje de salud mental para detectar deterioro cognitivo - demencia en personas de 60 años a más

- Formato de Tamizaje de salud mental para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niños, niñas y adolescentes de 3 de 17 años

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ANTES DEL PROCEDIMIENTO:

Recepción del paciente (2 minutos)

Técnica de enfermera

- Recibe a los pacientes citados para realizar el tamizaje. (1 min)
- Realiza el triaje y alcanza la historia clínica al licenciado en psicología. (1 min)

DURANTE EL PROCEDIMIENTO:

- TAMIZAJE DE SALUD MENTAL EN VIOLENCIA (25 min)

Licenciado en psicología

- El psicólogo recibe al paciente que ingresa a consultorio, se presenta y consulta por sus datos personales y genera un clima de confianza con los pacientes. 3 min
- Le presenta el formato de tamizajes de violencia explicando al paciente de que trata las preguntas, posteriormente el psicólogo inicia las preguntas, si ocurren interrogantes en el proceso que brinda ejemplos y se continúa realizando las preguntas marcando las respuestas si o no según lo que corresponda en el formato. 15 minutos.

TAMIZAJE DE SALUD MENTAL EN ALCOHOL Y DROGAS

Licenciado en psicología

- El psicólogo recibe al paciente que ingresa a consultorio, se presenta y consulta por sus datos personales y genera un clima de confianza con los pacientes. 2 min
- Le presenta el formato de tamizajes de alcohol y drogas explicando al paciente de que trata las preguntas, posteriormente el psicólogo inicia las preguntas, si ocurren interrogantes en el proceso que brinda ejemplos y se continúa realizando las preguntas marcando las respuestas si o no según lo que corresponda en el formato. 15 minutos.

TAMIZAJE DE SALUD MENTAL EN TRASTORNOS DEPRESIVOS Y PSICOSIS

Licenciado en psicología

- El psicólogo recibe al paciente que ingresa a consultorio, se presenta y consulta por sus datos personales y genera un clima de confianza con los pacientes. 2 min

Reevaluar descripción del procedimiento

- Le presenta el formato tamizaje SRQ que evalúa trastorno depresivo y psicosis tamizajes explicando al paciente de que trata las preguntas,



posteriormente el psicólogo inicia las preguntas , si ocurren interrogantes en el proceso que brinda ejemplos y se continua realizando las preguntas marcando las respuestas si o no según lo que corresponda en el formato. **15 minutos.**

TAMIZAJE DE SALUD MENTAL EN HABILIDADES SOCIALES

Licenciado en psicología

- El psicólogo recibe al paciente que ingresa a consultorio, se presenta y consulta por sus datos personales y genera un clima de confianza con los pacientes. **2 min**
- Le presenta el formato de tamizajes de habilidades sociales a niños y adolescentes explicando al paciente de que trata las preguntas, posteriormente el psicólogo inicia las preguntas , si ocurren interrogantes en el proceso que brinda ejemplos y se continua realizando las preguntas marcando las respuestas si o no según lo que corresponda en el formato. **15 minutos.**

TAMIZAJE DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADO PARA DETECTAR PROBLEMAS DEL NEURODESARROLLO EN NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS

Licenciado en psicología

- El psicólogo recibe al paciente con familiar que ingresa a consultorio, se presenta y consulta por sus datos personales y genera un clima de confianza con el paciente. **2 min**
- Le presenta el formato de tamizajes para detectar problemas de neurodesarrollo (Síndrome aspecto autista) realizado al tutor o a los padres sobre sus hijos las siguientes preguntas presentadas en el formato M-CHAT , si ocurren interrogantes en el proceso que brinda ejemplos y se continua realizando las preguntas marcando las respuestas si o no según lo que corresponda en el formato. **15 minutos.**

TAMIZAJE DE SALUD MENTAL PARA DETECTAR DETERIORO COGNITIVO - DEMENCIA EN PERSONAS DE 60 AÑOS A MÁS

Licenciado en psicología

- El psicólogo recibe al paciente que ingresa a consultorio, se presenta y consulta por sus datos personales y genera un clima de confianza con los pacientes. **2 min**
- Le presenta el formato de tamizajes del Mini-Mental State Examination (MMSE) explicando al paciente de que trata las preguntas, posteriormente el psicólogo inicia las preguntas , si ocurren interrogantes en el proceso que brinda ejemplos y se continua realizando las preguntas marcando las respuestas si o no según lo que corresponda en el formato. **15 minutos.**

TAMIZAJE DE SALUD MENTAL PARA DETECTAR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 3 DE 17 AÑOS.

Licenciado en psicología

- El psicólogo recibe al paciente con un familiar que ingresan a consultorio, se presenta y consulta por sus datos personales y genera un clima de confianza con los pacientes. **2 min**



- Le presenta el formato de tamizajes para detectar trastornos del comportamiento a los tutores o a los padres sobre sus hijos , posteriormente se realiza a los niños, adolescentes del formato Instructivo para la Aplicación del PSC (Lista de Verificación de síntomas Pediátricos - Pediatric Symptom Checklist) realizando las siguientes preguntas , si ocurren interrogantes durante la lectura en el proceso se le brinda ejemplos y se continua realizando las preguntas marcando las respuestas si o no según lo que corresponda en el formato. **15 minutos.**

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO (5 minutos)

Licenciado en psicología

- Resuelve las respuestas, brinda una percepción diagnostica. **1min**
- Brinda consejería de salud mental. **2min**
- Realiza las derivaciones por medio de interconsulta a otras áreas como psiquiatría. **2min**

6.2. INDICACIONES

6.2.1. INDICACIONES ABSOLUTAS

- Pacientes referidos de diferentes servicios.
- Pacientes por programa de MAMIS
- Pacientes por programa de fiscalía VIF

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS:

- Pacientes pagantes que requieren evaluación psicológica .

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Paciente que no da el consentimiento para ser participe del tamizaje
- Paciente que no llegue a su cita programada.

6.4 COMPLICACIONES

- Pacientes que evidencien patologías psiquiátricas no tratadas.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII.RECOMENDACIONES

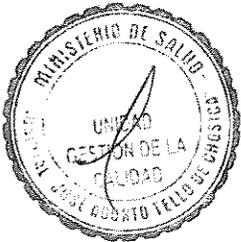
- Paciente debe llegar a hora indicada, con anticipación de 30 minutos a la consulta de psicología.
- El licenciado en psicología debe manejar adecuadamente el tema a ejecutar y estar capacitado en los diferentes tipos de tamizaje de salud mental



VIII. ANEXOS

- Formato de Tamizaje de salud mental para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niños, niñas y adolescentes de 3 de 17 años

- Anexo N°1: Formato de tamizaje de violencia a mujeres en situación de violencia de pareja o expareja
- Anexo N°2: Formato de tamizaje de salud mental en alcohol y drogas
- Anexo N°3: Formato de tamizaje de salud mental en trastornos depresivos; tamizaje de salud mental en psicosis
- Anexo N°4: Formato de tamizaje de salud mental en habilidades sociales
- Anexo N° 5: Formato de Tamizaje de salud mental para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niños, niñas y adolescentes de 3 de 17 años
- ANEXO N°6 : Formato de tamizaje de salud mental especializado para detectar problemas del neurodesarrollo en niñas y niños de 0 a 3 años
- Anexo N° 7: Formato de tamizaje de salud mental en violencia
- Anexo N° 8: tamizaje de salud mental especializado para detectar problemas del neurodesarrollo en niñas y niños de 0 a 3 años
- Anexo N°9: Formato de tamizaje de salud mental para detectar deterioro cognitivo - demencia en personas de 60 años a más



Anexo N°1: Tamizaje de violencia a mujeres en situación de violencia de pareja o expareja¹

El siguiente listado de preguntas se presenta con la finalidad de indagar si la mujer se encuentra en situación de violencia de pareja o expareja. Esta lista de chequeo se realiza, dejando a consideración su adaptación, de acuerdo a las circunstancias y lenguaje de las usuarias, así como también, el profesional de salud podrá considerar aquellas otras preguntas que estime convenientes. Se sugiere recordar a la entrevistada que la pareja está compuesta por dos personas que tienen diferentes gustos y costumbres por lo que es natural que existan desacuerdos en la vida cotidiana.

Preguntas para relacionar el motivo de consulta con un posible maltrato:

1. ¿Cómo se siente usted misma?
2. ¿Mantiene su apetito, sueño y deseos de realizar sus actividades como de costumbre?
3. ¿Toma algo (medicación u otro que le hayan recomendado) para sentirse mejor?

Para preguntar a las usuarias sobre sus relaciones de pareja o expareja

4. ¿Cómo se siente en las relaciones cotidianas con su pareja o expareja?
5. ¿Cuáles son los desacuerdos más frecuentes que se dan con su pareja o expareja?
6. ¿Cómo manejan estos desacuerdos? ¿Llegan a las discusiones?
7. Generalmente, ¿cómo terminan las discusiones con su pareja o expareja?
8. ¿Su pareja o expareja se enoja con facilidad o tiene arranques inesperados de cólera?

Para preguntar directamente a las usuarias sobre una posible violencia, el profesional de la salud realiza las siguientes preguntas:



	Cuestionario			Puntaje
1	En general ¿Cómo describiría su relación de pareja?			
	Estresante (3 puntos)	Un poco estresante (2 p)	Nada estresante (1 p)	
2	Usted y su pareja resuelven las discusiones con:			
	Mucha dificultad (3p)	Algo de dificultad (2p)	Sin dificultad (1p)	
3	Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal con usted misma?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
4	Las discusiones ¿terminan en golpes, patadas o empujones?			
	Muchas veces (3pm)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
5	¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
6	Su pareja ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
7	Su pareja ¿la insulta, grita, humilla o descalifica verbalmente?			

	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)
8	¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?		
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)

PUNTAJE TOTAL

Interpretación:

	Punto mínimo	Puntaje máximo
Tamizaje positivo	5	≥15
Tamizaje negativo	6	8

Si una o más preguntas 4 y 7 son (+),

incluso aunque total fuera < de 15

(asegurada la comprensión de las pregunta

Caso de violencia confirmado – Tamizaje positivo.



ANEXO N° 3: TAMIZAJE DE SALUD MENTAL EN TRASTORNOS DEPRESIVOS, TAMIZAJE DE SALUD MENTAL EN PSICOSIS

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS S.R.Q - 18

El presente cuestionario contiene una serie de preguntas respecto a ciertos síntomas o molestias que puede tener o haber sufrido en los últimos 30 días.

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____ F.N: _____ D.N.I. N°: _____ F.C. N°: _____

DIRECCIÓN: _____ FECHA DE ATENCIÓN: ____/____/____

D/A	1	¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	SI	NO
	2	¿Tiene mal apetito?	SI	NO
	3	¿Duerme mal?	SI	NO
	4	¿Se asusta con facilidad?	SI	NO
	5	¿Sufre temblor en las manos?	SI	NO
	6	¿Se siente nervioso o tenso?	SI	NO
	7	¿Sufre de mala digestión?	SI	NO
	8	¿Es incapaz de pensar con claridad?	SI	NO
	9	¿Se siente triste?	SI	NO
	10	¿Llora Ud. Con mucha frecuencia?	SI	NO
	11	¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	SI	NO
	12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
	13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?	SI	NO
	14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	SI	NO
	15	¿Ha perdido interés en las cosas?	SI	NO
	16	¿Se siente aburrido?	SI	NO
	17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	SI	NO
	18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	SI	NO
PUNTAJE: Si la suma de respuesta positiva es nueve (09) o más, se considera un CASO >>>				
PS	19	¿Siente Ud. Que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma?	SI	NO
	20	¿Es Ud. Una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	SI	NO
	21	¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?	SI	NO
	22	¿Oye voces sin saber de dónde vienen, o que otras personas no pueden oír?	SI	NO
PUNTAJE: Basta una (01) respuesta positiva para que se considere un CASO >>>				
EP	23	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?	SI	NO
PUNTAJE: La respuesta positiva indica que se trata de un CASO >>>				
OH	24	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos a su médico o su sacerdote que Ud. Estaba bebiendo demasiado?	SI	NO
	25	¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?	SI	NO
	26	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o lugar de estudio o faltar a ellos?	SI	NO
	27	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	SI	NO
28	¿Le ha parecido alguna vez que ha bebido demasiado?	SI	NO	
PUNTAJE: Basta una (01) respuesta positiva para que se considere un CASO >>>				



Anexo N° 4: TAMIZAJE DE SALUD MENTAL EN HABILIDADES SOCIALES

LISTA DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES*

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____

FECHA: _____

INSTRUCCIONES

A continuación encontrarás una lista de habilidades que las personas usan en su vida diaria, señala tu respuesta marcando con una X uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios

N = NUNCA
RV = RARA VEZ
AV = A VECES
AM = A MENUDO
S = SIEMPRE

Recuerda que tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate de contestar todas.

	NUNCA	RARA VEZ	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE
--	-------	----------	---------	----------	---------

1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas.
2. Si un amigo (a) habla mal de mi persona le insulto.
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.
4. Si un amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito.
5. Agradezco cuando alguien me ayuda.
6. Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años.



N= Nunca, RV= Rara vez, AV= A veces, AM= A menudo, S= Siempre

INDICADOR	N	RV	AV	AM	S
7. Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.					
8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.					
9. Le digo a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada.					
10. Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.					
11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.					
12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol.					
13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.					
14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.					
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.					
16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender.					
17. Me dejo entender con facilidad cuando hablo.					
18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.					
19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.					
20. Si estoy "nervioso (a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.					
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.					
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.					
23. No me siento contento (a) con mi aspecto físico.					
24. Me gusta verme arreglado (a).					
25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a).					
26. Me da vergüenza felicitar a un amigo (a) cuando realiza algo bueno.					
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.					



N= Nunca, RV= Rara Vez, AV= A veces, AM= A menudo, S= Siempre

CAPACIDAD	N	RV	AV	AM	S
-----------	---	----	----	----	---

28. Puedo hablar sobre mis temores.
29. Cuando algo me sale mal no sé como expresar mi cólera.
30. Comparto mi alegría con mis amigos (as).
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante.
32. Puedo guardar los secretos de mis amigos (as).
33. Rechazo hacer las tareas de la casa.
34. Pienso en varias soluciones frente a un problema.
35. Dejo que otros decidan por mi cuando no puedo solucionar un problema.
36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.
37. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.
38. Hago planes para mis vacaciones.
39. Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro.
40. Me cuesta decir no, por miedo a ser criticado (a).
41. Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados (as).
42. Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.



¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

Anexo N° 5: TAMIZAJE DE SALUD MENTAL PARA DETECTAR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 3 DE 17 AÑOS

Instructivo para la Aplicación del PSC (Lista de Verificación de síntomas Pediátricos - Pediatric Symptom Checklist)

Administración y aplicación

- El Cuestionario es de fácil aplicación Es realizado por personal de salud capacitado (médico(a) enfermera(o), obstetra, trabajadora social, técnico de enfermería) durante el proceso de atención de salud en el servicio respectivo.
- El cuestionario contiene 17 ítems y 3 escalas. Cada ítem es puntuado con 0, 1 ó 2, según una escala Likert, en tres categorías de respuesta: nunca, a veces, frecuentemente.
- La aplicación de este cuestionario será una vez al año en un tiempo aproximada de 15 minutos.

Puntuación:

- El puntaje va de 0 a 34 puntos.
- Punto de corte para PSC-17 es mayor o igual a 15 (tanto la adaptación para padres como para adolescentes):
 - **Puntaje total ≥ 15 indica riesgo de afectación psicosocial**
- El puntaje por encima del punto de corte sugiere la necesidad de realizar una evaluación más profunda por un profesional de la salud calificado. indica si el niño, niña o adolescente tiene riesgo de afectación psicosocial.

Interpretación:

- Las dimensiones a evaluar son:
- Problemas internalizados (emociones, pensamientos, etc.)
 - Suma de puntos de pregunta 1 a la 5
 - Puntaje ≥ 5 indica riesgo de afectación con síntomas de por ejemplo ansiedad o depresión.
- Problemas de atención
 - Suma de puntos de pregunta 6 a la 10
 - Puntaje ≥ 7 indica riesgo de afectación de la atención.
- Problemas externalizados (conducta)
 - Suma de puntos de pregunta 11 a la 17.
 - Puntaje ≥ 7 indica riesgo de afectación con problemas de conducta

Es posible la ocurrencia de falsos positivos y falsos negativos. La ausencia de un puntaje positivo no significa que no existen problemas. Considerar si los padres deben o no ser los informantes, sobre todo en pacientes adolescentes, los cuales pueden ser ellos/ellas mismos(as) los mejores informantes dependiendo del caso.

Recomendaciones:

- En caso de puntaje alto, explorar las razones de dicho puntaje con la madre/padre y/o adolescente.
- Si el puntaje total o de una de las dimensiones está por encima del punto de corte, guiar la entrevista por aquellos ítems marcados como "Frecuentemente" o preguntar por las áreas de funcionamiento general como la familia, la escuela, los amigos, etc, en las que dichos ítems puedan presentarse.
- Informar al padre/ madre que el PSC-17 no es una herramienta de diagnóstico por lo que no indica si es que el niño, niña o adolescente tiene un trastorno. Simplemente



ayuda a evaluar cómo es su funcionamiento en la casa, la escuela, con amigos y con la familia, o en otras actividades, en relación a sus emociones y conducta.

- Las respuestas brindadas para cada pregunta nos ayudan a explorar la salud mental del niño, niña o adolescente y si se necesita profundizar la evaluación.

Lista de Síntomas Pediátricos (Pediatric Symptom Checklist –PSC)
Adaptación para padres y madres

Por favor, indique lo que mejor describa a su hijo(a):

	Nunca	A veces	Frecuentemente
1 Se siente triste			
2 Se siente pesimista/piensa que las cosas son difíciles y le van a salir mal			
3 Se siente mal consigo mismo			
4 Se preocupa mucho			
5 Se aburre fácilmente			
6 Le cuesta estar tranquilo(a)			
7 Sueña despierto(a)/ está en su propio mundo			
8 Se distrae fácilmente			
9 Le cuesta concentrarse			
10 Es muy inquieto(a), tiene demasiada energía			
11 Pelea con otros niños(as) o adolescentes			
12 No sigue las órdenes/reglas			
13 No comprende los sentimientos de los demás			
14 Molesta o se burla de los demás			
15 Culpa a los demás de sus problemas			
16 Se niega a compartir			
17 Coge cosas ajenas			

¿Tiene su hijo(a) algún problema emocional o del comportamiento para el cual necesita ayuda?	Sí	No
--	----	----



Lista de Síntomas Pediátricos (Pediatric Symptom Checklist –PSC)
Adaptación para adolescentes

Por favor, marca lo que mejor te describa

	Nunca	A veces	Frecuentemente
1 Te sientes triste			
2 Te sientes pesimista/piensas que las cosas son difíciles y te van a salir mal			
3 Te sientes mal contigo mismo(a)			
4 Te preocupas mucho			
5 Parece que te diviertes menos que antes/ Te aburres fácilmente			
6 Te cuesta estar tranquilo(a)			
7 Sueñas despierto(a)/ estás en su propio mundo			
8 Te distraes fácilmente			
9 Te cuesta concentrarse			
10 Eres muy inquieto(a), tienes demasiada energía			
11 Peleas con otros chicos(as) o adolescentes			
12 No sigues las órdenes/reglas			
13 No comprendes los sentimientos de los demás			
14 Molestas o te burlas de los demás			
15 Culpas a los demás de tus problemas			
16 Te niegas a compartir			
17 Coges cosas ajenas			
¿Consideras que tienes algún problema emocional o del comportamiento para el cual necesitas ayuda?	Sí	No	



ANEXO N°6 : FORMATO DE TAMIZAJE DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADO PARA DETECTAR PROBLEMAS DEL NEURODESARROLLO EN NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS

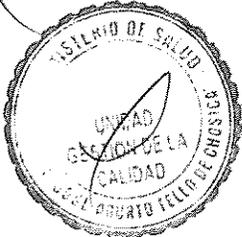
Symptom Checklist versiones de 17 items: PSC-17

Puntuación e Interpretación del PSC-17

- Cada ítem del PSC-17 recibe cero (Nunca), uno (A veces) o dos puntos (Frecuentemente). Se suman los puntos de cada ítem para obtener el puntaje total. Por lo tanto, el puntaje total para las versiones de 17 ítems del PSC va de 0 a 34 puntos.
- El puntaje indica si el niño, niña o adolescente tiene riesgo de afectación psicosocial. Un puntaje por encima del punto de corte correspondiente sugiere la necesidad de realizar una evaluación más profunda por un profesional de la salud calificado.
- Punto de corte para PSC-17 (tanto la adaptación para padres como para adolescentes):
 - **Puntaje total ≥ 15 indica riesgo de afectación psicosocial**
- El PSC-17 puede ser interpretado también en cuanto a sus componentes dimensionales:
 - Problemas internalizados (emociones, pensamientos, etc.)
 - Suma de puntos de pregunta 1 a la 5
 - Puntaje ≥ 5 indica riesgo de afectación con síntomas de por ejemplo ansiedad o depresión.
 - Problemas de atención
 - Suma de puntos de pregunta 6 a la 10
 - Puntaje ≥ 7 indica riesgo de afectación de la atención.
 - Problemas externalizados (conducta)
 - Suma de puntos de pregunta 11 a la 17
 - Puntaje ≥ 7 indica riesgo de afectación con problemas de conducta.

Notas importantes para la interpretación

- El PSC-17 está diseñado para ser utilizado en un contexto de atención primaria en salud y puede ser usado para alertar a las familias sobre cuestiones emocionales o psicosociales.
- Es muy importante resaltar que **el PSC-17 no está diseñado para realizar un diagnóstico ni para determinar la indicación de un tratamiento o medicación.** Está hecho para proveer información a los profesionales de la salud acerca de qué pacientes puedan estar con un mayor riesgo que el promedio.
- Es posible la ocurrencia de falsos positivos y falsos negativos. La ausencia de un puntaje positivo no significa que no existen problemas. Considerar si los padres deben o no ser los informantes, sobre todo en pacientes adolescentes, los cuales pueden ser ellos/ellas mismos(as) los mejores informantes dependiendo del caso.
- Diversos estudios previos han mostrado consistentemente que la prevalencia de afectación psicosocial varía considerablemente en relación con factores de riesgo sociodemográficos, y las investigaciones con el PSC ha encontrado un paralelismo



con dichos hallazgos. Los factores que incrementan la probabilidad de disfunción psicosocial incluyen:

- Estrato socioeconómico bajo (Jensen et al., 1990)
- Vivir con madre/padre/cuidador soltero (Rutter, 1981)
- Madre/padre/cuidador con trastorno mental (Orvaschel et al., 1981; Pfeffer et al., 1986).
- Familia disfuncional (Earls and Jung, 1987)
- Sexo masculino (Earls & Jung, 1987; Kashani et al., 1987)

- Después de realizar el tamizaje con el PSC-17:

- El paso más importante para manejar un caso con alto puntaje de PSC-17 es pasar un tiempo adicional explorando las razones de dicho puntaje con la madre/padre y/o paciente.
- Si el puntaje total o de una de las dimensiones del PSC-17 está por encima del punto de corte, guiar la entrevista por aquellos ítems marcados como "Frecuentemente" o preguntar por las áreas de funcionamiento general como la familia, la escuela, los amigos, etc, en las que dichos ítems puedan presentarse.
- Información para brindar a los padres: El PSC-17 no es una herramienta de diagnóstico por lo que no indica si es que el niño, niña o adolescente tiene un trastorno. Simplemente ayuda a evaluar cómo es su funcionamiento en la casa, la escuela, con amigos y con la familia, o en otras actividades, en relación a sus emociones y conducta. Las respuestas brindadas para cada pregunta nos ayudan a explorar la salud mental del niño, niña o adolescente y si se necesita profundizar la evaluación.



ANEXO N° 7: TAMIZAJE DE SALUD MENTAL EN VIOLENCIA

Ficha de Tamizaje – Violencia Familiar y Maltrato Infantil

FECHA ESTABLECIMIENTO H CL
 DISA EMERGENCIA PEDIATRIA CRED OTROS
 SERVICIO GRAD INST
 NOMBRE DEL USUARIO
 EDAD SEXO MASCULINO FEMENINO

Lee al paciente:
 Debido a que la Violencia Familiar es dañina para Salud de las personas, en todos los programas estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar en la solución de su problema, por favor, contesta a estas preguntas:

Preguntas:

Si es adulto (a)
 ¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le amenaza o le obliga a tener relaciones sexuales?
 Si No
 ¿Quien?
 ¿Desde cuando?
 Si es padre o madre de familia
 ¿Su hijo es muy desobediente?
 Si No
 ¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?
 Si No

Marque con una (X), todos los indicadores de maltrato que observe:

Físico	Resistencia	Sexuales
<input type="checkbox"/> Heridas, contusiones, moretones, quemaduras <input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras <input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables, marcas de mordeduras <input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, pene, ano, recto, ojos <input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, oídos, etc. <input type="checkbox"/> Otejas crónicas sin causa física Cefalea, problemas de sueño <input type="checkbox"/> Problemas con apetito Embarazo (malos)	<input type="checkbox"/> Llanto frecuente <input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganas sobrenaturales <input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención <input type="checkbox"/> Muestra agresividad o pasividad frente a otros niños <input type="checkbox"/> Tartamudeo <input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar <input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad <input type="checkbox"/> Ausentismo escolar <input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retrasarse tarde <input type="checkbox"/> Baja rendimiento académico <input type="checkbox"/> Ausentismo de personas <input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, cigarrillos	<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiada (malos) <input type="checkbox"/> Infección, dolor, lesión y hemorragia en zona genital <input type="checkbox"/> Embarazo precoz <input type="checkbox"/> Abortos o amenazas <input type="checkbox"/> Enferma de trans Sexual
Psicológico <input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en si mismo <input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia		Negligencia <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud <input type="checkbox"/> Accident o suf muy frecuente <input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aseo <input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo <input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre, etc

FECHA DERIVADO POR FIRMA
 NOMBRE DEL PROF QUE ATENDIO EL CASO N° DE COLEGIATURA



QUESTIONARIO DE CAPACIDADES Y DIFICULTADES (SDQ-Car)

Completado por Padres o Maestro

Ponga una X en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las enunciadas. Responda a las preguntas basándose en el comportamiento del niño durante los últimos 6 meses o durante el presente año escolar.

Nº	Enunciados...	No es cierto	Un tanto cierto	Si es cierto	Abrev.
1.	Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	0	1	2	CP
2.	Es inquieto/hiperactivo, no puede permanecer quieto por mucho tiempo	0	1	2	HP
3.	Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o náuseas	0	1	2	EM
4.	Comparte frecuentemente con otros niños chucherías, juguetes, lápices, etc	0	1	2	CP
5.	Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	0	1	2	CD
6.	Es más bien solitario y tiende a jugar solo	0	1	2	PC
7.	Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	2	1	0	CD
8.	Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto y preocupado	0	1	2	EM
9.	Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo	0	1	2	CP
10.	Esta continuamente moviéndose y es revoltoso	0	1	2	HP
11.	Tiene por lo menos un buen amigo	2	1	0	PC
12.	Juega frecuentemente con otros niños a se meté con ellos	0	1	2	CD
13.	Se siente a menudo triste, desanimado o lloroso	0	1	2	EM
14.	Por lo general cae bien a los otros niños	2	1	0	PC
15.	Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	0	1	2	HP
16.	Es nervioso o dependiente ante situaciones nuevas, fácilmente pierde la confianza en sí mismo	0	1	2	EM
17.	Trata bien a los niños más pequeños	0	1	2	CP
18.	A menudo miente o engaña	0	1	2	CD
19.	Los otros niños se meten con él o se burlan de él	0	1	2	PC
20.	A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros u otros niños)	0	1	2	CP
21.	Piensa las cosas antes de hacerlas	2	1	0	HP
22.	Roba cosas en casa, la escuela o en otros sitios	0	1	2	CD
23.	Se lleva mejor con adultos que con otros niños	0	1	2	PC
24.	Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	0	1	2	EM
25.	Termina lo que empieza, tiene buena concentración	2	1	0	HP

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

	COMPLETADA POR PADRES			COMPLETADA POR MAESTROS		
	Normal	Límite	Anormal	Normal	Límite	Anormal
Puntuación TOTAL DE DIFICULTADES	0-13	14-16	17-40	0-11	12-15	16-40
Puntuación SÍNTOMAS EMOCIONALES (EM)	0-3	4	5-10	0-4	5	6-10
Puntuación PROBLEMAS DE CONDUCTA (CD)	0-2	3	4-10	0-2	3	4-10
Puntuación HIPERACTIVIDAD (HP)	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10
Puntuación PROBLEMAS CON COMPANEROS (PC)	0-2	3	4-10	0-3	4	5-10
Puntuación CONDUCTA PROSOCIAL (CP)	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4



**ANEXO N° 8: TAMIZAJE DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADO PARA
DETECTAR PROBLEMAS DEL NEURODESARROLLO EN NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A
3 AÑOS**

CUESTIONARIO DE AUTISMO EN LA INFANCIA-MODIFICADO (M-CHAT)

Por favor, rellene lo que su hijo hace habitualmente. Trate de responder a todas las preguntas. Si la conducta es poco frecuente responda "no"

1	¿Disfruta su hijo cuando se le balancea, se le hace saltar sobre sus rodillas?	Si	No
2	¿Muestra su hijo interés por otros niños?	Si	No
3	¿Le gusta a su hijo subirse a las cosas, por ejemplo las escaleras?	Si	No
4	¿Disfruta su hijo jugando a cucu-tras o al escondite?	Si	No
5	¿Su hijo simula alguna vez, por ejemplo hablar por teléfono o cuidar a las muñecas o imagina otra cosa?	Si	No
6	¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar pidiendo en algo?	Si	No
7	¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar mostrando su interés en algo?	Si	No
8	¿Puede su hijo jugar apropiadamente con juguetes pequeños (ej. coches o bloques) sin meterse los en la boca, toquetearlos o tirarlos únicamente?	Si	No
9	¿Le acerca su hijo alguna vez objetos para enseñárselos?	Si	No
10	¿Le mira su hijo a los ojos durante uno o más segundos cuando le habla?	Si	No
11	¿Su hijo parece hipersensible a los ruidos? (ej. tapándose los oídos)	Si	No
12	¿Responde su hijo con una sonrisa a su cara o a su sonrisa?	Si	No
13	¿Le imita su hijo? (ej. poner una cara que su hijo imita)	Si	No
14	¿Su hijo responde cuando se le llama por su nombre?	Si	No
15	Si usted señala un juguete al otro lado de la habitación, ¿Su hijo lo mira?	Si	No
16	¿Anda su hijo?	Si	No
17	¿Su hijo mira a las cosas que está usted mirando?	Si	No
18	¿Hace su hijo movimientos raros con los dedos cerca de su propia cara?	Si	No
19	¿Trata de llamar su hijo la atención sobre su propia actividad?	Si	No
20	¿Alguna vez ha sospechado que su hijo era sordo?	Si	No
21	¿Entiende su hijo lo que dice la gente?	Si	No
22	¿A veces su hijo se queda mirando fijamente al vacío o deambula sin ningún propósito?	Si	No
23	¿Mira su hijo a su cara para observar su reacción cuando se enfrenta con algo desconocido?	Si	No

INSTRUCCIONES DE CORRECCIÓN DEL M-CHAT

Un niño puntúa POSITIVO en el cuestionario cuando marca 2 o más ítems críticos, o 3 ítems cualquiera. A continuación se listan las respuestas que puntúan negativamente para cada uno de los ítems del M-CHAT. Las respuestas en **negrita y mayúscula** son los ítems críticos.

No todos los niños que puntúan negativamente en el cuestionario cumplen los criterios diagnósticos del espectro autista. Sin embargo los niños que lo hacen deben ser evaluados de una forma más profunda por un especialista.

1. No	5. No	11. Si	16. No	21. No
2. No	7. No	12. No	17. No	22. Si
3. No	8. No	13. No	18. Si	23. No
4. No	9. No	14. No	19. No	
6. No	10. No	15. No	20. No	



ANEXO N°9: TAMIZAJE DE SALUD MENTAL PARA DETECTAR DETERIORO COGNITIVO - DEMENCIA EN PERSONAS DE 60 AÑOS A MÁS

<p>¿En qué año estamos? (0-1) ¿En qué estación estamos? (0-1) ¿En qué fecha estamos? (0-1) ¿En qué mes estamos? (0-1) ¿En qué día de la semana estamos? (0-1) ¿En qué lugar estamos? (0-1) ¿En qué piso, sala o servicios estamos? (0-1) ¿En qué distrito estamos? (0-1) ¿En qué departamento y/o provincia estamos? (0-1) ¿En qué país estamos? (0-1)</p>	<p>ORIENTACIÓN TEMPORAL (MAX. 5 PUNTOS)</p> <p>ORIENTACIÓN ESPACIAL (MAX. 5 PUNTOS)</p>
<p>Monere 3 palabras: "Moneda - Caballo - Manzana" o ("Balón - Bandera - Árbol"), a razón de una palabra por segundo. Luego pedir al paciente que las repita. Su primer intento otorga la puntuación. Otorgar 1 punto por cada palabra correcta. Luego, continúe hasta que repita las 3 palabras.</p> <p>Moneda (0-1) Caballo (0-1) Manzana (0-1) Balón (0-1) Bandera (0-1) Árbol (0-1)</p>	<p>FIJACIÓN-RECUERDO INMEDIATO (MAX. 3 PUNTOS)</p>
<p>Si tienes 80 monedas y vas gastando tres en tres. ¿Cuántas te van quedando? Detener la prueba tras 5 sustracciones consecutivas. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que repita la palabra MUNDO al revés.</p> <p>80 (0-1) 77 (0-1) 74 (0-1) 71 (0-1) 68 (0-1) 0 (0-1) 0 (0-1) 0 (0-1) 0 (0-1) 0 (0-1)</p>	<p>ATENCIÓN-CÁLCULO (MAX. 5 PUNTOS)</p>
<p>Preguntar por las palabras mencionadas anteriormente</p> <p>Moneda (0-1) Caballo (0-1) Manzana (0-1)</p>	<p>RECUERDO FIDELIZADO (MAX. 3 PUNTOS)</p>
<p>• DENOMINACIÓN Mostrarle un lápiz y preguntarle ¿Qué es esto? (0-1) Mostrarle un reloj de pulsera y preguntarle ¿Qué es esto? (0-1)</p> <p>• REPETICIÓN Pedirle que repita la frase: "Ni sí, ni no, ni pero" o "En un trigal hablan cinco perros" (sólo una de ellas) (0-1)</p> <p>• ORDENES Pedirle que ejecute la orden: "coge un papel con la mano derecha, dóblalo por la mitad y póngalo en el suelo" coge un papel con la mano derecha (0-1) dóblalo por la mitad (0-1) póngalo en el suelo" (0-1)</p> <p>• LECTURA Escriba legiblemente en un papel: "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase. (0-1)</p> <p>• ESCRITURA Que escriba una frase con sujeto y predicado (0-1)</p> <p>• COPIA Pídale que copie la siguiente figura. Para otorgar 1 punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección (0-1)</p> <div data-bbox="568 1617 893 1806" style="text-align: center;"> </div>	<p>LENGUAJE (MAX. 9 PUNTOS)</p>

PUNTUACIÓN TOTAL MAX. 30 PUNTOS

24-30 Sin deterioro cognitivo	18-23 Deterioro cognitivo leve	0-17 Deterioro cognitivo severo
-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú. MINSA, Dirección de Salud Mental. Manual de registro y codificación de la Atención en la Consulta Externa. Sistema de información HIS. Lima. 1era Edición, febrero 2021
2. Fernández-Hermida, J.R. Villamarín-Fernández, S. (Eds.) Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1; 2021.
3. Gómez-Restrepo C. de Santacruz, C. La Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM Revista Colombiana de Psiquiatría, núm. 1, diciembre, p. 1 ;2016 vol. 45.



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE SESIÓN DE PSICOTERAPIA FAMILIAR Y PAREJA DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de psicoterapia familiar y de pareja a fin de lograr una adecuada salud mental a los pacientes del Hospital José Agurto Tello.

II. OBJETIVOS

- Conocer la problemática presentada mediante el motivo de consulta
- Facilitar la comunicación entre los miembros de la familia y pareja.
- Desarrollar habilidades de resolución de problemas específicos en las sesiones de psicoterapia.
- Estimular el apoyo emocional entre los miembros del sistema familiar y de pareja.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Presente Guía Técnica de procedimiento es de aplicación y cumplimiento obligatorio en el departamento de Apoyo al Tratamiento, servicio de Psicología (consulta externa) del Hospital José Agurto Tello de Chosica

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- 4.1 Nombre del procedimiento médico:
- 4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:
- 4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento:

Nombre del procedimiento médico	Código CPMS	Tiempo total
Sesión de psicoterapia de familia (realizado por el psicólogo)	96100.01	45 minutos
Terapia familiar y de pareja por sesiones	96100.06	45 minutos

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **SESIÓN DE PSICOTERAPIA FAMILIAR Y PAREJA SERVICIO DE PSICOLOGÍA:** Es aquella sesión que nos permite orientar a cada miembro de la familia y pareja a encontrar soluciones satisfactorias que ayudarán a comprender y mejorar la situación en el problema presentado, promoviendo una comunicación directa y afectiva.

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS

- **Terapia familiar:** Es aquella que encamina hacia la construcción de la interacción entre los miembros de la familia, lo que proporciona múltiples vías de solución que ayuden a una reacomodación adecuada del sistema, y active factores autorreguladores que permitan velar por el bienestar integral de aquellos que participan en ella.
- **Terapia de pareja:** Es aquella que consiste en guiar a la pareja a tomar conciencia de sus problemas y comprenderlos, atendiendo las demandas de ambos; sumado a esto se pretende también operativizar los problemas genéricos traduciéndolos a conductas problemáticas concretas, se pretende encuadrar las normas de funcionamiento del proceso diagnóstico y de la terapia, situación que hace que ambos miembros de la pareja tengan certezas de la estructura del proceso desde un inicio".

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

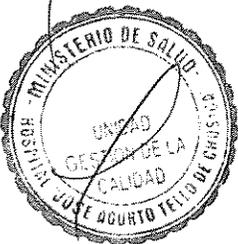
5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Licenciado en Psicología
- 01 Técnico de enfermería

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- **Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Escritorio de metal	Unid	1
Silla fija de metal	Unid	1
Monitor led	Unid	1
Teclado – keyboard	Unid	1
Unidad central de proceso – CPU	Unid	1
Mouse inalámbrico óptico	Unid	1
Papel bond	Unid	1
Lápiz	Unid	1
Lapicero	Unid	1
Tajador	Unid	1



-Material médico fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Mascarilla tipo cónica	Unidad	1
Alcohol 70 °gel	ml	5
Alcohol medicinal 70 °	ml	5
Jabón líquido antibacterial 1L	ml	3

-Material médico no fungible: No aplica

-Medicamentos: No aplica

5.3.3 FORMATOS

- Formato de consentimiento informado
- Formato de historia psicológica (Virtual y escrito)

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ANTES DEL PROCEDIMIENTO:

Recepción del paciente (2 minutos)

Técnica de enfermera

- Recibe a los pacientes citados para realizar la sesión de psicoterapia de familia y pareja.
- Lleva a cabo el triaje anotando las funciones vitales del paciente.
- Entrega la historia clínica al licenciado correspondiente en el servicio de psicología.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO:

SESIÓN DE PSICOTERAPIA DE FAMILIA Y PAREJA (35 minutos)

Sesión de psicoterapia de familia

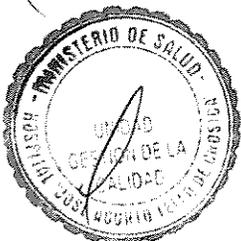
Licenciado en Psicología

- Se presenta frente a los pacientes, anotando datos relevantes en el formato de historia psicológica .2 min
- Identificar el motivo de consulta. Se trabaja sobre el rol que desempeña cada miembro en la familia y la dinámica familiar, cómo se relacionan dentro de la convivencia, se brinda el consentimiento informado al paciente.
- Se establecen estrategias y pautas frente a la problemática presentada para mejorar las relaciones familiares. 33 min.

Terapia familiar y de pareja por sesiones

Licenciado en Psicología

- Se presenta frente a los pacientes, anotando datos relevantes en el formato de historia psicológica .2 min
- Conocer el motivo de consulta. Se trabaja acerca de los diversos problemas con la pareja o la relación y se abordan resolución de problemas de forma efectiva para mejorar la comprensión y calidad de convivencia con la pareja. 33 min.



DESPUES DEL PROCEDIMIENTO (8 minutos)

Licenciado en psicología

- Realiza llenado de historia clínica de psicología de los pacientes **3min**
- Realiza llenado de historia electrónica de los pacientes **3min**
 - Realiza llenado de fua de los pacientes **2min**

6.3 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Pacientes para consulta de psicología
- Pacientes referidos de diferentes servicios.
- Pacientes por programa de MAMIS.
- Pacientes por programa de fiscalía VIF.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Pacientes pagantes que requieren sesiones de psicoterapia de familiar y pareja.

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Paciente que no brinda el consentimiento para participar de la terapia.
- Paciente que no acuda a sus citas programadas.

6.4 COMPLICACIONES

- Pacientes que presenten evidentes patologías psiquiátricas no tratadas y requieran intervención.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- El psicoterapeuta debe brindar distintas herramientas y métodos para abordar el caso adecuadamente.
- Mejorar la relación de los miembros de la familia mediante pautas de crianza y buen trato.
- Desarrollar recursos de afronte en la relación de pareja.
- Fijar acuerdos centrados en la comunicación asertiva para bienestar familiar/pareja.

VIII. ANEXOS.

- **ANEXO N° 1:** Formato de consentimiento informado para la consulta psicológica
- **ANEXO N° 2:** Formato de historia psicológica



Anexo N° 1: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA PSICOLÓGICA

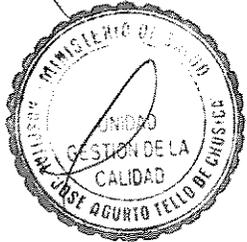
Yo, Identificado con D.N.I. N° Después de haber sido informado sobre lo que significa la consulta psicología y estando de acuerdo me dispongo a colaborar con el profesional que me ha a atender.: Doy mi consentimiento para que se me realice La consulta psicológica con privacidad y confidencialidad:

Localidad, Día, mes.....año.



Firma de la persona evaluada

**Firma y sello del evaluador
N° de Colegio Profesional
de Psicólogos.**



ANEXO N° 2: Formato de historia clínica psicológica



HOSPITAL DE CHOSICA
JOSE ARGURTO TELLO



**HISTORIA CLINICA
PSICOLÓGICA**

I. DATOS GENERALES.

Nombres y apellidos : _____
Edad : _____
Sexo : _____
DNI / HC : _____
Fecha y lugar de Nacimiento : _____
Grado de Instrucción : _____
Religión : _____
Estado Civil : _____
N° de hijos : _____
Oficio : _____
N° de hermanos : _____
Domicilio : _____
Fecha de ingreso : _____
Fechas de evaluación : _____
Examinadora : _____

II. MOTIVO DE CONSULTA.

III. PROBLEMA ACTUAL

IV. HISTORIA PERSONAL

Niñez – Adolescencia – Juventud – Adultez

Aspecto Académico – Laboral - Profesional



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bustamante D. Vásquez, J et al, . La terapia familiar como vía de la resignificación en la enfermedad. Poiésis 2020;12(38):16-30.
2. Giovanazzi S. Protocolo de entrevista diagnóstica en terapia de pareja. 2020. Redes 24.2020; 34(5);95-104.
3. Perú. MINSA, Dirección de Salud Mental. Manual de registro y codificación de la Atención en la Consulta Externa. Sistema de información HIS. Lima. 1era Edición, febrero 2021
4. Perú. MINSA, Instituto Nacional de Salud Mental. San Martín de Porres. Resolución Ministerial N° 801-2020/MINSA. (30 de setiembre de 2020.)



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE PSICOTERAPIA INTERACTIVA DE GRUPO DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de psicoterapia interactiva de grupo del servicio de psicología a fin de lograr una adecuada salud mental a los pacientes del Hospital José Agurto Tello.

II. OBJETIVOS

- Potenciar las capacidades individuales de cada paciente en un ambiente grupal.
- Brindar el espacio de escucha activa que le permita al paciente conocerse y conocer a otras personas con similar dificultad mental
- Facilitar información a pacientes con problemas mentales en un ambiente grupal

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Presente Guía Técnica de procedimiento es de aplicación y cumplimiento obligatorio en el Departamento de Apoyo al Tratamiento, servicio de Psicología (consulta externa) del Hospital José Agurto Tello de Chosica

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento médico:

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento:

Nombre del procedimiento médico	Código CPMS	Tiempo total
Psicoterapia interactiva de grupo	90857	45 minutos.
Talleres psicoeducativos grupales	C2111	45 minutos

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

PSICOTERAPIA INTERACTIVA DE GRUPO SERVICIO DE PSICOLOGIA: Es un tratamiento en el que un terapeuta une en una misma sesión a un conjunto pequeño de personas con problemas emocionales que suelen ser similares para conseguir que cada uno exprese sus preocupaciones y se ayuden unos a otros, bajo su moderación profesional, se centra en las interacciones y vínculos que surgen en el grupo y es un método que busca dar herramientas a las personas para encontrar soluciones a sus problemas o conflictos psicológicos y emocionales.



5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **PSICOTERAPIA:** Es un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo, con base fundamental es el diálogo, proporciona un ambiente de apoyo que le permite hablar abiertamente con alguien objetivo, neutral e imparcial.¹
- **SALUD MENTAL:** Es el proceso dinámico de bienestar, producto de la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas, tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad.¹
- **PROBLEMA PSICOSOCIAL:** Dificultad generada por la alteración de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas o entre estas y su ambiente.¹
- **Trastorno mental y del comportamiento:** Condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente.¹



5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

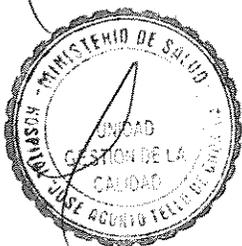
5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Licenciado en Psicología
- 01 Técnico de enfermería

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Escritorio de metal	Unid	1
Silla fija de metal	Unid	1
Monitor led	Unid	1
Teclado – keyboard	Unid	1
Unidad central de proceso – CPU	Unid	1
Mouse inalámbrico óptico	Unid	1
Papel bond	Unid	1
Lápiz	Unid	1
Lapicero	Unid	1
Tajador	Unid	1



Material médico fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Mascarilla descartable	Unidad	1
Alcohol 70 ° Gel	ml	5
Alcohol medicinal 70 °	ml	5
Jabón líquido antibacterial 1l	ml	1

- **Material médico no fungible:** No aplica

- **Medicamentos:** No aplica

5.3.3 FORMATOS

- Formato de consentimiento informado
- Formato de historia psicológica

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ANTES DEL PROCEDIMIENTO:

Recepción del paciente (2 minutos)

Técnica de enfermera

- Recibe a los pacientes citados para realizar la psicoterapia interactiva de grupo.
- Realiza el triaje y alcanza la historia clínica al licenciado en psicología.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO:

PSICOTERAPIA INTERACTIVA DE GRUPO (33 minutos)

Licenciado en psicología

- Se presenta, genera un clima de confianza con los pacientes. **3 min**
- Se realiza una consejería grupal, mediante la interacción de los pacientes y sus experiencias proporcionando un entorno seguro y de apoyo para el crecimiento personal, además se le proporciona el consentimiento informado para la realización del procedimiento. **30 min**

TALLERES PSICOEDUCATIVOS GRUPALES (33 min)

Licenciado en psicología

- Se presenta, genera un clima de confianza con los pacientes. **3 min**
- Realiza talleres, charlas, conversatorios de acuerdo a la necesidad de los pacientes. Dirige, motiva y facilita la participación del grupo un entorno seguro y de apoyo para el crecimiento personal, además se le proporciona el consentimiento informado para la realización del procedimiento. **30 min**



DESPUES DEL PROCEDIMIENTO (10 minutos)

Licenciado en psicología

- Realiza llenado de historia clínica de psicología física y virtual del grupo. 10min

6.4 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Pacientes para consulta de psicología
- Pacientes referidos de diferentes servicios.
- Pacientes por programa de MAMIS

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Pacientes pagantes que requieren psicoterapia de grupo.

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Paciente que no da el consentimiento para ser partícipe de la terapia.
- Paciente que no llegue a su cita programada al servicio psicología

6.4 COMPLICACIONES

- Pacientes con patologías psiquiátricas de fondo.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

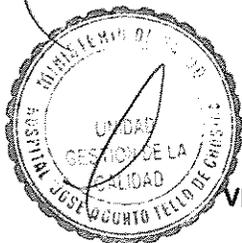
Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- Paciente menor de edad deberá acudir a cita programada con su apoderado o familiar
- Paciente deberá llegar a la hora programada a su atención del servicio de Psicología
- Licenciado en psicología debe manejar adecuadamente los temas psicoterapia grupal según necesidad de los pacientes.

VIII. ANEXOS.

- ANEXO N° 1: Formato de consentimiento informado para la terapia grupal
- ANEXO N° 2 : Formato de historia psicológica



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farrero. Del motivo de consulta a la demanda en psicología. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq 2016. vol.26 no.1 Madrid .
2. Amanda M. Muñoz-Martínez & Mónica Ma. Novoa-Gómez. Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas. Terapia psicológica. Vol. 30: 2012; N° 1, 25-36.
3. Perú. MINSA, Instituto Nacional de Salud Mental. San Martín de Porres. Resolución Ministerial N° 801-2020/MINSA. (30 de setiembre de 2020.)
4. Perú. MINSA, Dirección de Salud Mental. Manual de registro y codificación de la Atención en la Consulta Externa. Sistema de información HIS. Lima. 1era Edición, febrero 2021



Anexo N° 1: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TERAPIA GRUPAL

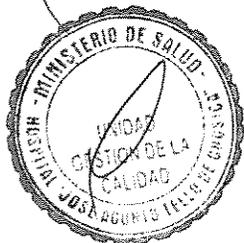
Yo, Identificado con D.N.I.
N° Después de haber sido informado sobre lo que significa la consulta
psicología y estando de acuerdo me dispongo a colaborar con el profesional que me ha
a atender.: Doy mi consentimiento para que se me realice La consulta psicológica con
privacidad y confidencialidad:

Localidad, Día, mes.....año.



Firma de la persona evaluada

Firma y sello del evaluador
N° de Colegio Profesional
de Psicólogos.



Anexo N° 2: FORMATO DE HISTORIA PSICOLÓGICA



HOSPITAL DE CHOSICA
JOSE ARGURTO TELLO



HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES.

Nombres y apellidos : _____
Edad : _____
Sexo : _____
DNI / HC : _____
Fecha y lugar de Nacimiento : _____
Grado de Instrucción : _____
Religión : _____
Estado Civil : _____
N° de hijos : _____
Oficio : _____
N° de hermanos : _____
Domicilio : _____
Fecha de ingreso : _____
Fechas de evaluación : _____
Examinadora : _____



II. MOTIVO DE CONSULTA.



III. PROBLEMA ACTUAL

IV. HISTORIA PERSONAL

Niñez – Adolescencia – Juventud – Adulthood

Aspecto Académico – Laboral - Profesional



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL SERVICIO DE PSICOLÓGIA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de Atención en salud mental del servicio de Psicología a fin de logran una adecuada salud mental a los pacientes del Hospital José Agurto Tello.

II. OBJETIVOS

- Establecer de manera sistemática las acciones orientadas a fortalecer la capacidad del usuario para reconocer sus posibilidades de desarrollo y preservación de su salud mental.
- Ayudar al paciente a desarrollar una visión optimista de su situación de vida y potenciar sus capacidades para cuidar su salud mental.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Presente Guía Técnica de Procedimiento es de aplicación y cumplimiento obligatorio en el en el Departamento de Apoyo al Tratamiento, servicio de Psicología, consulta externa del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

- 4.1 Nombre del procedimiento médico: Atención en salud mental
- 4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99207
- 4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento: 40 minutos.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Atención en salud mental:** Es una actividad realizada en el establecimiento de salud por un profesional de la salud capacitado (medicina, psicología, enfermería, trabajo social) a fin de realizar el diagnóstico, la valoración del riesgo vital y de la condición de vulnerabilidad, formulación del plan terapéutico y seguimiento desde el primer nivel de atención no especializado, incluye al menos 03 sesiones de 45 minutos.¹

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Salud Mental.**-Es el proceso dinámico de bienestar, producto de la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas, tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad. Incluye la presencia de conflictos en la vida de las personas, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva.⁴
- **Problema psicosocial:** Dificultad generada por la alteración de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas o entre estas y su ambiente.
- **Trastorno mental y del comportamiento.** Condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente.²



- **Feedback:** Verificación sobre la recepción que ha tenido el paciente del mensaje, objetivo de la atención en salud mental.³

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Psicólogo
- 01 Técnico de enfermería

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipo Biomedicos,instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD
ESCRITORIO DE METAL	Unidad	1
SILLA FIJA DE METAL	Unidad	1
MONITOR LED	Unidad	1
TECLADO – KEYBOARD	Unidad	1
UNIDAD CENTRAL DE PROCESO – CPU	Unidad	1
MOUSE INALÁMBRICO OPTICO	Unidad	1
PAPEL BOND	Unidad	3
LAPIZ	Unidad	2
LAPICERO	Unidad	2
TAJADOR	Unidad	2

Material Médico Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD
MASCARILLA DESCARTABLES	Unidad	1
ALCOHOL 70° GEL	ML	5
ALCOHOL MEDICINAL 70	ML	5
JABON LIQUIDO ANTIBACTERIAL	ML	5

Material Médico no Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD
BALANZA	Unidad	1
TENSIOMETRO	Unidad	1
TERMOMETRO DIGITAL	Unidad	1



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ANTES DE PROCEDIMIENTO:(2min)

Técnica en enfermería

- La técnica de enfermera recibe, realiza el triaje al paciente y alcanza la historia clínica al licenciado en psicología

DURANTE DEL PROCEDIMIENTO: 30min

Licenciado en psicología

- El licenciado en psicología se presenta con el paciente y relaciona la relación de confianza. **3 min**
- El profesional evalúa las condiciones de su entorno del paciente, identificando factores de riesgo entorno inmediato del paciente. **17 min**
- El licenciado de psicología conduce al paciente a identificar y responde las necesidades del usuario y orienta en la toma de decisiones y establece metas. **10 min**

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO (8 min)

Licenciado en psicología

- El licenciado en psicología brinda las conclusiones de la sesión y se coordina próxima sesión de consejería con el paciente **5 min**
- Licenciado en psicología registra el procedimiento en la historia clínica virtual y física. **3 min**

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Pacientes de MAMIS
- Paciente por denuncia policial
- Pacientes con comorbilidades de fondo
- Pacientes referidos por interconsulta de diferentes servicios.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Pacientes referidos por interconsultas de hospitalización.
- Pacientes gestantes y/o puérperas

6.3 CONTRAINDICACIONES.

- El paciente puede aceptar o no la intervención.
- Pacientes que no estén en condiciones físicas para responder.
- Paciente que no cuenta con lucidez mental
- Paciente llegue fuera de la hora asignada.

6.4 COMPLICACIONES

- Pacientes con patologías psiquiátricas de fondo.



6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NTS N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales de salud que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- Identificar las expectativas que tiene el paciente previamente a recibir este procedimiento.
- Paciente debe llegar media hora antes de su cita programada del servicio de Psicología.
- El profesional en psicología debe entablar un buen rapport para conducir y guiar adecuadamente al paciente.

VIII. ANEXOS.

- **ANEXO N°01:** Formato de consentimiento informado.
- **ANEXO N°02:** Formato de historia clínica psicología.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental en la Atención Primaria. (11 de abril de 2022).
- 2.- Ley de Salud Mental. Ley N° 30947. Congreso de la República. 23 de mayo de 2019.



**ANEXO N°01: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR EL
PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

Yo, Identificado con D.N.I.
N° Después de haber sido informado sobre el procedimiento de la
consejería y orientación estoy de acuerdo, doy mi consentimiento para que se me
realice atención en salud mental.

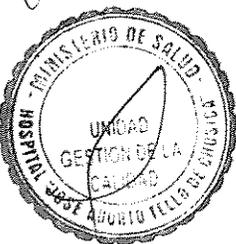
Localidad, Día, mes.....año.



Firma de la persona evaluada

Firma y sello del evaluador

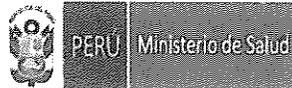
N° de Colegio Profesional
de Psicólogos.



ANEXO N°02: Formato de historia clínica psicología



HOSPITAL DE CHOSICA
JOSE ARGURTO TELLO



HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES.

Nombres y apellidos : _____
Edad : _____
Sexo : _____
DNI / HC : _____
Fecha y lugar de Nacimiento : _____
Grado de Instrucción : _____
Religión : _____
Estado Civil : _____
N° de hijos : _____
Oficio : _____
N° de hermanos : _____
Domicilio : _____
Fecha de ingreso : _____
Fechas de evaluación : _____
Examinadora : _____

II. MOTIVO DE CONSULTA.

III. PROBLEMA ACTUAL

IV. HISTORIA PERSONAL

Niñez – Adolescencia – Juventud – Aduldez

Aspecto Académico – Laboral - Profesional



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de evaluación de psicología del servicio de psicología a fin de lograr una adecuada salud mental a los pacientes del Hospital José Agurto Tello.

II. OBJETIVOS

- Establecer de manera sistemática las pautas y acciones orientadas a la obtención de información de calidad y oportuna sobre el problema de salud mental del paciente para el adecuado conocimiento de la problemática de su salud mental.
- Optimizar el conocimiento previo del estado de salud mental del paciente para incrementar la eficacia posterior del diagnóstico y terapia psicológica.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Presente Guía Técnica de procedimiento es de aplicación y cumplimiento obligatorio en el Departamento de Apoyo al Tratamiento, servicio de Psicología (consulta externa) del Hospital José Agurto Tello de Chosica

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento médico:

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento:

Nombre del procedimiento médico	Código CPMS	Tiempo total aproximado del procedimiento
Evaluación psicológica (incluye Evaluación psicodiagnóstica de emocionalidad, habilidades intelectuales, personalidad, y psicopatología, p ej MMPI, WAIS, Rorschach), por hora del psicologo o médico, tanto en el tiempo de administración de la prueba cara a cara, como el tiempo de interpretación de los resultados de las pruebas y de Reparación del reporte	96101	50 min
Evaluación psicológica; incluye Evaluación psicodiagnóstica de personalidad, psicopatología, emocionalidad, habilidades intelectuales (p ej, WAIS-R, Rorschach, MMPI)	96100.00	50 min

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Evaluación psicológica:** Proceso de acopio de información relativa a los repertorios comportamentales consiste en explorar, recoger, estudiar y analizar la información referida a las características del comportamiento o funcionamiento el funcionamiento cognitivo y el estado emocional y social

de las personas siendo de acción individual o colectiva con o sin unos de instrumentos, sus resultados son empleados para el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación, modificación o aplicación del plan respectivo, asimismo del seguimiento y verificación en las diversas especialidades^{1,2}.

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Salud Mental.**-Es el proceso dinámico de bienestar, producto de la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas, tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad. Incluye la presencia de conflictos en la vida de las personas, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva.⁴
- **Problema psicosocial:** Dificultad generada por la alteración de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas o entre estas y su ambiente.⁴
- **Trastorno mental y del comportamiento.** Condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente.²



5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

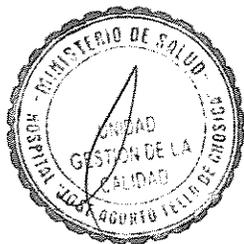
5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Licenciado en Psicología
- 01 Técnico de enfermería

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Escritorio de metal	Unid	1
Silla fija de metal	Unid	1
Monitor led	Unid	1
Teclado – keyboard	Unid	1
Unidad central de proceso – CPU	Unid	1
Mouse inalámbrico óptico	Unid	1
Papel bond	Unid	1
Lápiz	Unid	1
Lapicero	Unid	1
Tajador	Unid	1



- Material médico fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Mascarilla descartable	Unidad	1
Alcohol 70° gel	ml	3
Alcohol medicinal 70°	ml	3
Jabón líquido antibacterial 1L	ml	3

-Material médico no fungible: No aplica

-Medicamentos: No aplica

5.3.3 FORMATOS

- Formato de consentimiento informado
- Formato de historia psicológica
- Escala de inteligencia de WECHSLER WISC R V
- Escala de inteligencia de WECHSLER para preescolar-primaria (WPPSI IV)
- Test de inteligencia para adultos de WECHSLER WAIS IV
- Inventario de inteligencia emocional de BARON ICE – adolescentes
- Test caras - r test de percepción de diferencias revisado
- Explora cuestionario para la orientación vocacional y profesional
- Formato test BDI-II inventario de depresión de BECK-II
- Test inventario clínico multiaxial del millón iii (MCMII-III)
- Prueba multifasica de la personalidad de minesota MMPI - II – FR
- Test MMPI a –adolescentes
- Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes STAXI-NA
- Test de atención D2 – BRICKENKAMP
- Batería de la evaluación de los procesos lectores (PROLEC-R)
- Inventario de depresion infantil – cdi
- Cuestionario factorial de personalidad para niños (b) – ESPQ
- Cuestionario de personalidad para niños (b) - CPQ
- Test inventario de trastorno de la conducta alimentaria



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ANTES DEL PROCEDIMIENTO:

Recepción del paciente. (5 minutos)

Técnica de enfermería

- Recibe e identifica al paciente. (2 minutos)
- Procede a realizar el triaje inicial. (2 minutos)
- Posteriormente, entrega la historia clínica al Licenciado en Psicología (1 minutos)

DURANTE EL PROCEDIMIENTO:

Evaluación Psicológica (35 minutos)

Licenciado en psicología

- Se presenta, genera un clima de confianza con el paciente. 3 min
- Se realiza la evaluación de acuerdo a la necesidad del paciente ,posteriormente si amerita se le brinda cuestionarios, pruebas psicológica ,pruebas proyectivas depende de la patología del paciente, además se brinda el consentimiento informado para su llenado correspondiente 32 min

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO (10 minutos)

Licenciado en Psicología

- Realiza llenado de historia clínica de psicología física y electrónica de los pacientes (7 min)
- Realiza llenado de FUA de los pacientes (1min)
- Se le brinda recomendaciones acerca de los resultados de las pruebas ejecutadas. (2 min)

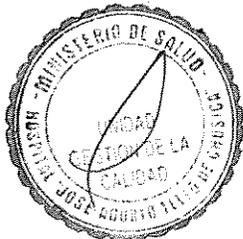
6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Pacientes para consulta de psicología
- Pacientes referidos de diferentes servicios.
- Pacientes por programa de MAMIS
- Pacientes por programa de fiscalía VIF.
- Solicitudes del servicio de emergencia para evaluar pacientes víctimas de violencia sexual e intento de suicidio.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Pedido de instituciones educativas.
- Pacientes no afiliados al SIS y/o pagantes



6.3 CONTRAINDICACIONES

- Pacientes que no estén en condiciones para responder en la situación de examen.
- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado

6.4 COMPLICACIONES:

- Pacientes con patologías psiquiátricas de fondo.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

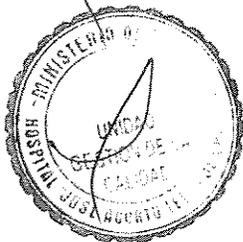
Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII.RECOMENDACIONES

- Paciente debe llegar a hora indicada a la consulta de psicología.
- Contar con un ambiente para la consulta de psicología y brindarle al paciente privacidad y libre de elementos distractores.
- Paciente predispuesto a ser evaluado para el procedimiento.

VIII.ANEXOS.

- **ANEXO N° 1:** Formato de consentimiento informado para la consulta psicológica
- **ANEXO N°2 :** Formato de historia psicológica
- **ANEXO N°3:** Formato de evaluaciones
- **ANEXO N°4** Escala de inteligencia de WECHSLER WISC R V
- **ANEXO N°5** Escala de inteligencia de WECHSLER para preescolar-primaria (WPPSI IV)
- **ANEXO N°6** Test de inteligencia para adultos de WECHSLER WAIS IV
- **ANEXO N°7** Inventario de inteligencia emocional de BARON ICE – adolescentes
- **ANEXO N°8** Escala de tolerancia y frustración falta
- **ANEXO N°9** Escala de autoevaluación de zung falta
- **ANEXO N°10** Test caras - r test de percepción de diferencias revisado
- **ANEXO N°11** Explora cuestionario para la orientación vocacional y profesional
- **ANEXO N°12** Formato test BDI-II inventario de depresión de BECK-II
- **ANEXO N°13** Test inventario clínico multiaxial del millón iii (MCMII-III)
- **ANEXO N°14** Test MMPI a –adolescentes
- **ANEXO N°15** Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes STAXI-NA
- **ANEXO N°16** Batería de la evaluación de los procesos lectores (PROLEC-R)



Anexo N° 1:

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA PSICOLOGICA

Yo, Identificado con D.N.I.
N° Después de haber sido informado sobre lo que significa la consulta
psicología y estando de acuerdo me dispongo a colaborar con el profesional que me ha
a atender.: Doy mi consentimiento para que se me realice La consulta psicológica con
privacidad y confidencialidad:

Localidad, Día, mes.....año.



Firma de la persona evaluada

Firma y sello del evaluador
N° de Colegio Profesional
de Psicólogos.



Anexo N° 2: Formato de Historia Clínica Psicológica



M.A.M.I.S.

N.H.C.:

FECHA:

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

I. DATOS PERSONALES.

Apellidos y Nombres _____
 Edad: _____ Sexo: (M) (F), DNI _____ Teléfono: _____
 Lugar de Nacimiento: _____, F. Nacimiento _____
 Grado de Instrucción: _____, Ocupación: _____
 Domicilio actual: _____
 Número de hermanos: _____ Lugar que ocupa entre hermanos _____

II. DATOS FAMILIARES.

	Nombres	Apellidos	Edad	Instrucción	Ocupación
Padre:					
Madre:					
Hermanos					

III. MOTIVO DE LA CONSULTA.

IV. ANTECEDENTES.



Anexo N° 3: Formato de evaluaciones

PERU

Ministerio de Salud

DIRECCION DE SALUD IV LIMA ESTE

Hospital JOSE AGURTO TELLO DE ONCOLOGIA

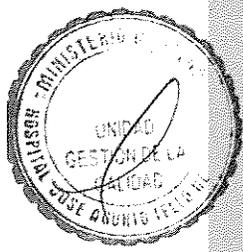


ESCALA DE TOLERANCIA A LA FRUSTRACION (ETAF) (Hidalgo y Soclle)

Nombre: _____ Sexo (F) (M) Edad: _____
 Fecha: _____ Religion: _____ Ocupacion: _____

A continuación se le presentan una lista de frases. Si una frase describe como reacciona Ud. Marque con una X en los casilleros vacíos. Recuerda no hay respuestas correctas ni incorrectas.

		Siempre	A veces	Nunca
1.	Mantengo serenidad ante las dificultades			
2.	Cuando estoy en problemas confío en que lo resolvire			
3.	Cuando estoy ante un problema, normalmente analizo con tranquilidad la causa del problema.			
4.	Reconozco mis errores sin sentirme mal, y trato de solucionarlo			
5.	Cuando realizo una actividad sin lograr lo esperado, aun así siento la satisfacción de haberlo intentado			
6.	Me siento motivado a continuar con mis propósito.			
7.	Cuando hay un problema, reacciono con calma sin enojarme			
8.	Cuando me enfrento a un problema, no me rindo fácilmente			
9.	Asumir varias actividades al mismo tiempo y no lograr terminarlo me genera mucha preocupación			
10.	Cuando no cumplo con mis compromisos me siento preocupada (o)			
11.	Generalmente cuando tengo varios trabajos en mi trabajo los cumpro sin sentirme muy cansado			
12.	Cuando las personas me critican en mi trabajo, normalmente les refuto sin ofenderlos ni sentirme mal			
13.	Me doy cuenta fácilmente de lo que siento frente a situaciones de presión laboral y puedo manejarlo adecuadamente			
14.	A pesar de tener resultados adversos en mis actividades de trabajo o estudio, siento satisfacción si he dado lo mejor de mí.			
15.	Cuando no entiendo una tarea, me disgusto fácilmente			
16.	Normalmente me relaciono sin dificultades con personas desconocidas en reuniones sociales			
17.	Habitualmente manejo mis impulsos frente a problemas			
18.	Generalmente reacciono con tranquilidad ante las diferencias que tengo con mis amigos			
19.	Generalmente disfruto la presencia de mis amigos.			
20.	Cuando existe un problema con alguien normalmente controlo mis impulsos.			
21.	Reacciono con prudencia en circunstancia difíciles frente a mis amigos			
22.	Habitualmente respeto las normas que hay en casa.			
23.	Frente a dificultades y problemas que me desmotivaban. Siempre recibí apoyo de mis padres y hermanos			
24.	Mis padres tienen un trato agradable conmigo a pesar de mis defectos.			
25.	Generalmente comprendo a mis padres cuando están enfadados.			
26.	Cuando mis padres se molestan conmigo, trato de controlar la situación.			
27.	Realizo actividades de casa con responsabilidad y disfruto hacerlas.			
28.	No me dejo llevar por problemas familiares fácilmente			



- ANEXO N°4 Escala de inteligencia de WECHSLER WISC R V



Protocolo de Registro

Resultados

Nombre evaluado:

Edad:

Resumen

Conversión de Puntajes Brutos a Puntajes Escala

Subprueba	Puntaje Bruto	Puntaje Escala
Combinación con Cubos		
Series		
Matrices de Razonamiento		
Matrices de Razonamiento		
Claves		
Verbalización		
Matrices		
Repeticiones de Vocablos		
Matrices de Razonamiento		
Inteligencia de Verbalización		
Secuencia de Letras Alfabéticas		
Completación		
Comprensión		
Similitud		

Perfil de Puntajes Escala

Edad	Verbal					Escala				
	VI	VIQ	VIPI	VIPII	VIPIII	VI	VIQ	VIPI	VIPII	VIPIII
18										
17										
16										
15										
14										
13										
12										
11										
10										
9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										
1										

Perfil de Puntajes Compuestos

Edad	VI	VIQ	VIPI	VIPII	VIPIII
18					
17					
16					
15					
14					
13					
12					
11					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					

Conversión de Puntajes Escala a Puntajes Compuestos

Subprueba	Puntaje Escala	Puntaje Compuesto	Subprueba	Puntaje Escala	Puntaje Compuesto
Comprensión Verbal		KV			
Series		SI			
Matrices de Razonamiento		RI			
Matrices de Razonamiento		RI			
Inteligencia de Verbalización		VI			
Completación		CF			



- ANEXO N°6 Test de inteligencia para adultos de WECHSLER WAIS IV



Cuadernillo de anotación

Edad 4:0-7:7

Nombre del niño:

Examen N°:

Página de resumen

Conversión de puntuaciones directas a puntuaciones escalares

Subprueba	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
Colores																				
Información																				
Matrices																				
Búsqueda de números																				
Reconocimiento																				
Semejanzas																				
Conceptos																				
Cancelación de palabras																				
Ilustraciones																				
Varabulario																				
Clase de figuras																				
Comprensión																				
Dibujos																				
Memorias																				
Cancelación de palabras																				
Cancelación de figuras																				

Suma de puntuaciones escalares

Clase: Verbal Escala: 100-120
 Escala: Matrices Escala: 100-120
 Escala: Información Escala: 100-120
 Escala: Búsqueda de números Escala: 100-120
 Escala: Reconocimiento Escala: 100-120
 Escala: Semejanzas Escala: 100-120
 Escala: Conceptos Escala: 100-120
 Escala: Cancelación de palabras Escala: 100-120
 Escala: Ilustraciones Escala: 100-120
 Escala: Varabulario Escala: 100-120
 Escala: Clase de figuras Escala: 100-120
 Escala: Comprensión Escala: 100-120
 Escala: Dibujos Escala: 100-120
 Escala: Memorias Escala: 100-120
 Escala: Cancelación de palabras Escala: 100-120
 Escala: Cancelación de figuras Escala: 100-120

Conversión de suma de puntuaciones escalares a puntuaciones compuestas

Edad	Suma de puntuaciones escalares	Puntuación compuesta	Normal	Intervalo de confianza
Comrensión verbal		CV		
Verbal		IV		
Razonamiento fluido		RF		
Memoria de trabajo		MT		
Velocidad de procesamiento		VP		
Escala total		CT		

Cálculo de la edad cronológica

	Año	Mes	Día
Fecha de aplicación			
Fecha de nacimiento			
Edad cronológica			

Perfil de puntuaciones escalares

Edad	CV	IV	RF	MT	VP	CT
19						
18						
17						
16						
15						
14						
13						
12						
11						
10						
9						
8						
7						
6						
5						
4						
3						
2						
1						

Perfil de puntuaciones compuestas

Edad	CV	IV	RF	MT	VP	CT
165						
160						
155						
150						
145						
140						
135						
130						
125						
120						
115						
110						
105						
100						
95						
90						
85						
80						
75						
70						
65						
60						
55						
50						
45						
40						



- ANEXO N°7 Inventario de inteligencia emocional de BARON ICE – adolescentes

ESCALA DE AUTOEVALUACION DE LA DEPRESION DE ZUNG

Nombre: _____
 Estado Civil: _____
 Historia Clínica: _____
 Dirección: _____

Nombre: _____
 Edad: _____
 Fecha: _____
 DNI: _____

ESCALA DE AUTOEVALUACION DE LA ANSIEDAD DE ZUNG

Nombre: _____
 Estado Civil: _____
 Historia Clínica: _____
 Dirección: _____

Nombre: _____
 Edad: _____
 Fecha: _____
 DNI: _____

	Rara o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	1	2	3	4
2	1	2	3	4
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	1	2	3	4
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9	1	2	3	4
10	1	2	3	4
11	1	2	3	4
12	1	2	3	4
13	1	2	3	4
14	1	2	3	4
15	1	2	3	4
16	1	2	3	4
17	1	2	3	4
18	1	2	3	4
19	1	2	3	4
20	1	2	3	4

	Rara o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	1	2	3	4
2	1	2	3	4
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	1	2	3	4
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9	1	2	3	4
10	1	2	3	4
11	1	2	3	4
12	1	2	3	4
13	1	2	3	4
14	1	2	3	4
15	1	2	3	4
16	1	2	3	4
17	1	2	3	4
18	1	2	3	4
19	1	2	3	4
20	1	2	3	4



ANEXO 8: Escala de tolerancia y frustración

Escala de Tolerancia a la Frustración (ETF)

Nombre y apellidos: _____

Colegio: _____ Distrito: _____ Edad: _____

Sexo: Varón Mujer / Grado escolar: 3 4 5 6 / Sección: _____

Lee cada una de las siguientes frases y selecciona UNA de las 5 respuestas, la que sea más apropiada para ti. Selecciona el número (del 1 al 5) que corresponde a la respuesta que elegiste y márcala. Si alguna de las frases no tiene nada que ver contigo, igualmente responde teniendo en cuenta cómo te sentirías, pensarías o actuarías en esa situación



Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

1	Me resulta difícil controlar mi enojo.	1	2	3	4	5
2	Algunas cosas me enfadan mucho.	1	2	3	4	5
3	Me peleo con la gente.	1	2	3	4	5
4	Tengo mal carácter.	1	2	3	4	5
5	Me enfado con facilidad.	1	2	3	4	5
6	Cuando me enfado con alguien lo hago durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
7	Me resulta difícil esperar mi turno.	1	2	3	4	5
8	Cuando me enfado, actúo sin pensar.	1	2	3	4	5

ANEXO 9 Escala de autoevaluación de zung

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				



ANEXO 10: Test caras - r test de percepción de diferencias revisado

NUEVOS
BAREMOS

TEST DE PERCEPCIÓN DE DIFERENCIAS

L. L. Thurstone y M. Yela

CARAS-R

MANUAL

tea
ediciones



ANEXO 11: Formato test BDI-II inventario de depresión de BECK-II

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK BAI

(Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988)

Terapeuta _____ Fecha Aplicación dd/mm/aa Clave participante _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
Nombre completo:		
Sexo: Masculino (1) Femenino (2)	Edad:	
Barrio:	Estrato socioeconómico (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Estado Civil: Soltero/a (1) Casado/a (2) Unión libre (3) Separado/a (4) Viudo/a (5)		
Escolaridad: Sin estudios (1) Primaria (2) Secundaria (3) Técnico (4) Superior (5)		
<p>A continuación hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Lea, por favor, cada uno de ellos atentamente. Indique el grado de molestia que le ha provocado cada síntoma durante los últimos 7 días colocando el número adecuado en el espacio correspondiente:</p> <p style="text-align: center;">0: Ninguno _ 1: Ligero _ 2: Moderado _ 3: Grave</p>		
1.	Insensibilidad física o cosquilleo	0 1 2 3
2.	Acaloramiento	0 1 2 3
3.	Debilidad en las piernas	0 1 2 3
4.	Incapacidad para relajarme	0 1 2 3
5.	Temor a que suceda lo peor	0 1 2 3
6.	Mareos o vértigos	0 1 2 3
7.	Aceleración del ritmo cardíaco	0 1 2 3
8.	Sensación de inestabilidad e inseguridad física	0 1 2 3
9.	Sensación de estar aterrizado	0 1 2 3
10.	Nerviosismo	0 1 2 3
11.	Sensación de ahogo	0 1 2 3
12.	Temblor en las manos	0 1 2 3



ANEXO 12: Explora cuestionario para la orientación vocacional y profesional

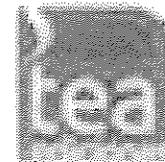
E. M. Martínez-Vicente
F. Sanfatahata

CUESTIONARIO PARA LA
**ORIENTACIÓN
VOCACIONAL Y
PROFESIONAL**

EXPLORA



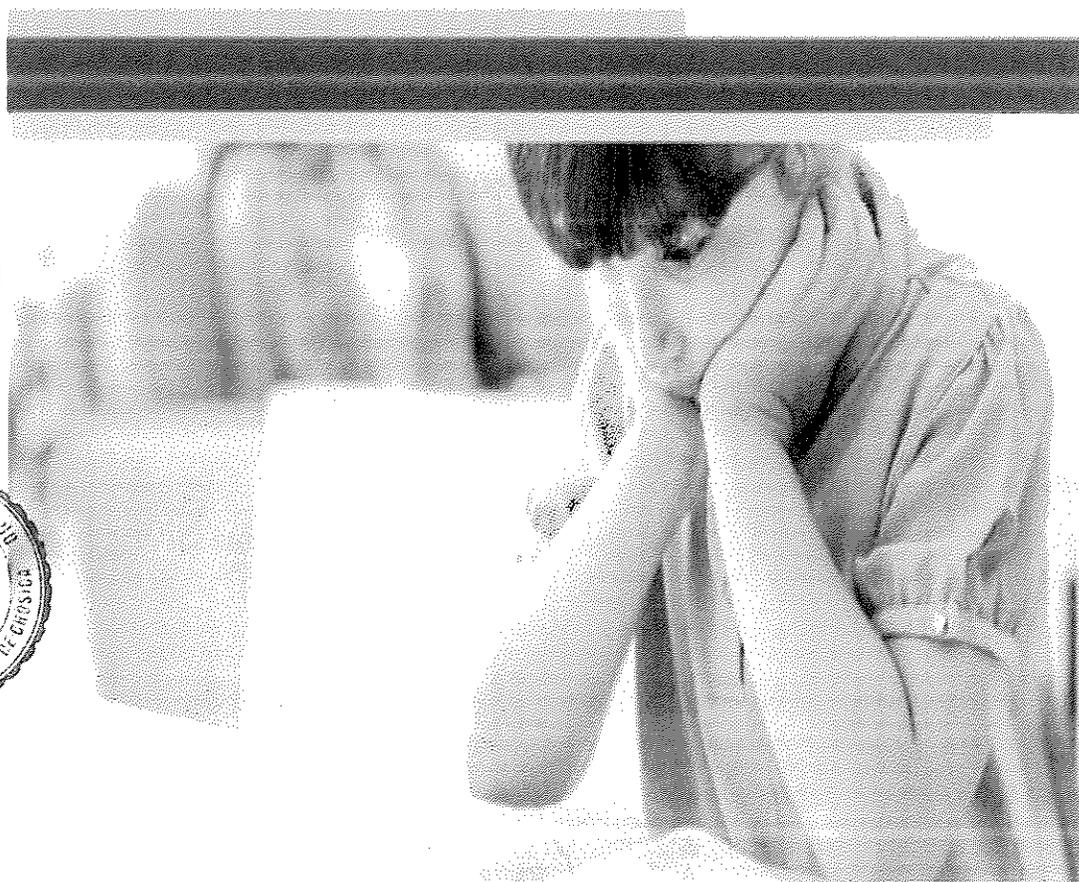
MANUAL



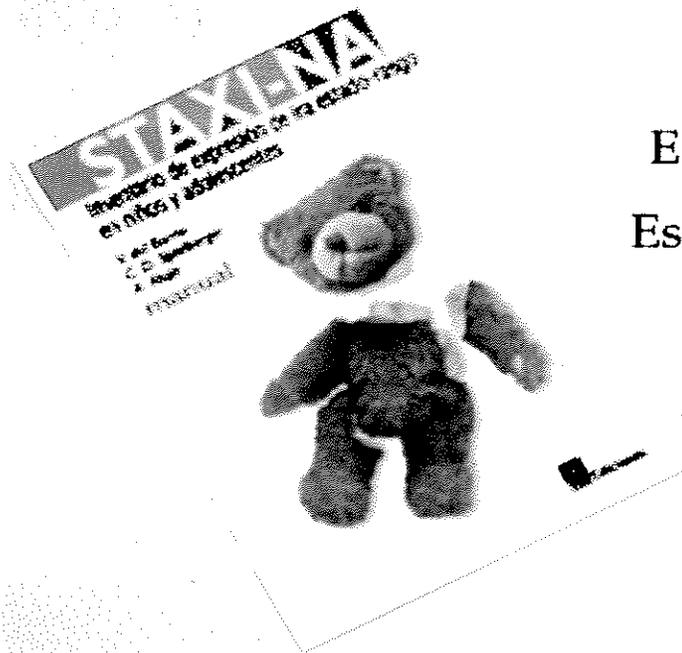
ANEXO 13: Batería de la evaluación de los procesos lectores (PROLEC-R)

PROLEC-R

Batería de Evaluación de los
Procesos Lectores - Revisada



ANEXO 14: Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes STAXI-NA



Inventario de
Expresión de Ira
Estado – Rasgo en
Niños y
Adolescentes.

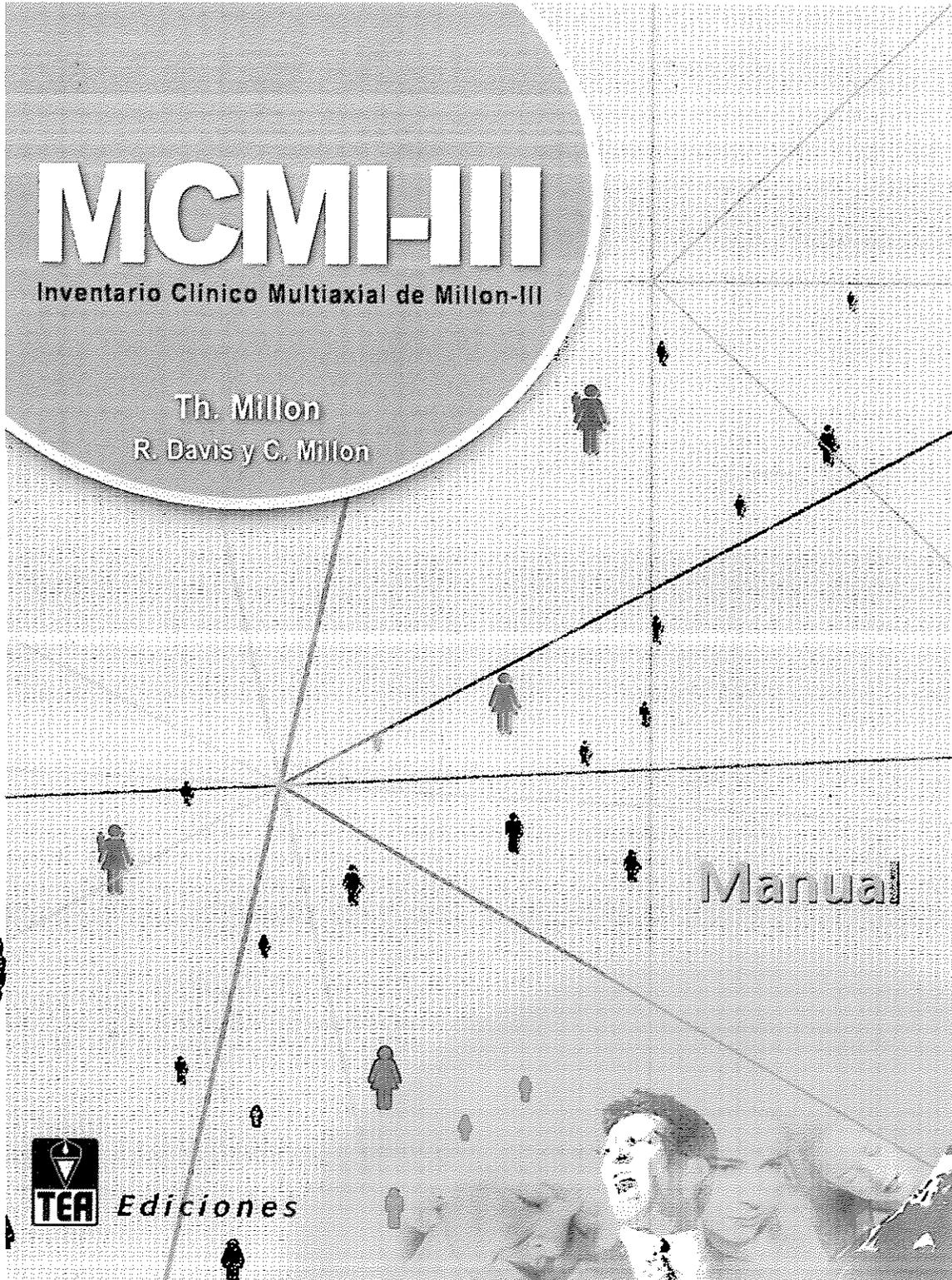
C.D. Spielberg



Ficha técnica

Nombre:	STAXI – NA Inventario de Expresión de Ira Estado – Rasgo en Niños y Adolescentes.
Autor:	C. D. Spielberg.
Adaptación Española	V. del Barrio y A. Aluja.
Aplicación:	Individual y colectiva.
Edad:	De 8 a 17 años.
Tiempo:	Aproximadamente 15 - 30 min.
Finalidad:	Evalúa la experiencia, la expresión y el control de la ira.
Baremación:	Baremos en percentiles de niños y adolescentes

ANEXO 15: Test inventario clínico multiaxial del millón iii (MCMII-III)



ANEXO 16: Test MMPI a –adolescentes

MMPI-A



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lemos, V. La evaluación infantil: Desafíos y propuestas.2012. XV Congreso Latinoamericano de ALAMO
2. Perú. Ministerio de Salud [Internet]. Gob.pe. [citado el 21 de mayo de 2024]. Disponible en:<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1240028-801-2020-minsa>
3. Thorne, C., Ráez de Ramírez, M., Claux, M., & Flor Arbulú, M. de la. La Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler y las variantes socioculturales. Revista De Psicología, 6(1-2), 51-62. Disponible en : <https://doi.org/10.18800/psico.198801-02.004>
4. Rosas, R, Tenorio, M, Pizarro, M. et al. Estandarización de la Escala Wechsler de Inteligencia Para Adultos: Chile. 2014. Cuarta Edición. Psykhe (Santiago), 23(1)
5. Perú. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" .[Internet]. Gob.pe. [citado el 21 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243402-546-2011-minsa>



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE PSICOEDUCACIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de psicoeducación individual y familiar, a fin de lograr una adecuada salud mental a los pacientes del Hospital José Agurto Tello.

II. OBJETIVOS

- Brindar el espacio de escucha que le permita dar a conocer el motivo de su consulta y facilitar la información para la implementación de la intervención psicológica.

-Recopilar información sobre el problema o motivo del paciente a fin de formular hipótesis de trabajo y estrategias para su abordaje.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Presente Guía Técnica de procedimiento es de aplicación y cumplimiento obligatorio en el Departamento de Apoyo al Tratamiento, servicio de Psicología (consulta externa) del Hospital José Agurto Tello de Chosica

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento médico:

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento:

Nombre del procedimiento médico	Código CPMS	Tiempo
Psicoeducación al usuario de salud	99207.04	45 minutos
Psicoeducación a la familia	C2111.01	60 minutos

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Psicoeducación individual en el Servicio de Psicología:** Es una forma de intervención psicológica que se centra en educar a los individuos sobre su salud mental, que se realiza de manera personalizada, uno a uno, entre el profesional de la psicología y el paciente, permitiendo una atención más centrada en las necesidades específicas de la persona.

- **Psicoeducación familiar en el Servicio de Psicología:** Es una forma de intervención que tiene como objetivo proporcionar a los miembros de la familia información y comprensión sobre un trastorno mental específico, estrategias para apoyar al miembro de la familia afectado, y técnicas para mejorar la comunicación y las dinámicas familiares, puede incluir información sobre la naturaleza del trastorno, tratamientos disponibles, manejo de síntomas, y formas de promover un entorno familiar saludable.



5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Psicoeducación:** Este proceso le lleva a ser capaz de analizar y enfrentarse a las situaciones cotidianas de una forma más adaptativa a como lo venía haciendo.³
- **Orientación psicológica:** El abordaje individual y/o grupal con sujeto/s en diferentes momentos de su/s proceso/s de desarrollo que sean difíciles en su vida.⁴

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Licenciado en Psicología
- 01 Técnico de enfermería

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- **Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Escritorio de metal	Unid	1
Silla fija de metal	Unid	1
Monitor led	Unid	1
Teclado – keyboard	Unid	1
Unidad central de proceso – CPU	Unid	1
Mouse inalámbrico óptico	Unid	1
Papel bond	Unid	1
Lápiz	Unid	1
Lapicero	Unid	1
Tajador	Unid	1

- **Material médico fungible:**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Mascarilla descartable	Unidad	1
Alcohol 70° gel	ml	5
Alcohol medicinal 70 °	ml	5
Jabón líquido antibacterial 1L	ml	3

- **Material médico no fungible:** No aplica

- **Medicamentos:** No aplica

5.3.3 FORMATOS

- Formato de consentimiento informado
- Formato de historia psicológica



VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ANTES DEL PROCEDIMIENTO:

Recepción del paciente (2 minutos)

Técnica de enfermera

- Recibe a los pacientes citados para realizar la psicoeducación individual o familiar
- Realiza el triaje y alcanza la historia clínica al licenciado en psicología.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO: 33 min

PSICOEDUCACIÓN INDIVIDUAL (33 minutos)

Licenciado en psicología

- Se presenta, genera un clima de confianza con el paciente. 3 min
- Se realiza la psicoeducación al paciente abordando diferentes temas, referentes a su problema o dificultad.

PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR (48 minutos)

- Se presenta el profesional, generando un clima de confianza con los pacientes. 5 min
- Se realiza la psicoeducación a los pacientes y familiares abordando diferentes temas, del cual se plantea estrategias, recomendaciones y consejos 43 min.

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO (10 minutos)

Licenciado en psicología

- Realiza llenado de historia clínica física y electrónica de psicología de los pacientes 7 min
- Realiza llenado de FUA de los pacientes 3 min

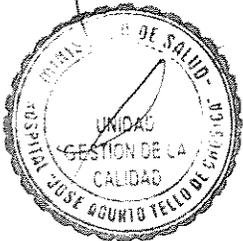
6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Pacientes para consulta de psicología
- Pacientes referidos de diferentes servicios.
- Pacientes por programa de MAMIS
- Pacientes por programa de fiscalía VIF

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Pacientes pagantes y/o sin seguro SIS



6.3 CONTRAINDICACIONES

- Paciente que firma el consentimiento informado para ser partícipe de la terapia.
- Paciente que no se presente a su cita programada.

6.4 COMPLICACIONES

- Pacientes con patologías psiquiátricas de fondo.
- Familiares que no desean participar de la psicoeducación.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- Paciente debe llegar a hora indicada a la cita programada al servicio de psicología.
- El licenciado en psicología debe manejar adecuadamente el tema de la psicoeducación de grupo y manejar los tiempos correspondientes.



VIII. ANEXOS.

- **ANEXO N° 1:** Formato de consentimiento informado para la consulta psicológica
- **ANEXO N° 2:** Formato de historia psicológica.



Anexo N° 1: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA PSICOLOGICA

Yo, Identificado con D.N.I.
N° Después de haber sido informado sobre lo que significa la consulta
psicología y estando de acuerdo me dispongo a colaborar con el profesional que me ha
a atender.: Doy mi consentimiento para que se me realice La consulta psicológica con
privacidad y confidencialidad:



Localidad, Día, mes.....año.



Firma de la persona evaluada

Firma y sello del evaluador
N° de Colegio Profesional
de Psicólogos.



ANEXO N° 2: Formato de historia psicológica.



HOSPITAL DE CHOSICA
JOSE ARGURTO TELLO



**HISTORIA CLINICA
PSICOLÓGICA**

I. DATOS GENERALES.

Nombres y apellidos : _____
Edad : _____
Sexo : _____
DNI / HC : _____
Fecha y lugar de Nacimiento : _____
Grado de Instrucción : _____
Religión : _____
Estado Civil : _____
N° de hijos : _____
Oficio : _____
N° de hermanos : _____
Domicilio : _____
Fecha de ingreso : _____
Fechas de evaluación : _____
Examinadora : _____



II. MOTIVO DE CONSULTA.

III. PROBLEMA ACTUAL

IV. HISTORIA PERSONAL

Niñez – Adolescencia – Juventud – Adulthood

Aspecto Académico – Laboral - Profesional



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Perú, MINSA, Dirección de Salud Mental. Manual de registro y codificación de la Atención en la Consulta Externa. Sistema de información HIS. Lima. 1era Edición, febrero 2021.
2. Perú. MINSA, Dirección de Salud Mental. Manual de registro y codificación de la Atención en la Consulta Externa. Sistema de información HIS. Lima. 1era Edición, febrero 2021
- 3.- Tena-Hernández, F.J. Psicoeducación y Salud Mental. Editorial SANUM 2020, 4(3) 36-45.
- 4.- Cattaneo M. Avances de investigación acerca de la orientación psicológica en distintos campos. vol.19 no.2 La Plata dic. 2020.



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA PSICOLÓGICA SERVICIO DE PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de Orientación y consejería psicológica servicio de psicología a fin de logran una adecuada salud mental a los pacientes del Hospital José Agurto Tello.

II. OBJETIVOS

- Brindar al paciente orientación, pautas y acciones orientadas a hacer entender a la persona los problemas de salud mental.
- Brindar consejería psicológica a pacientes del hospital José Agurto Tello
- Realizar consejería psicológica a pacientes con problemas de salud mental
- Fortalecer su manera de pensar, actuar mediante la consejería y orientación psicológica.



III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Presente Guía Técnica de Procedimiento es de aplicación y cumplimiento obligatorio al departamento de Apoyo al Tratamiento, servicio de Psicología del Hospital José Agurto Tello de Chosica

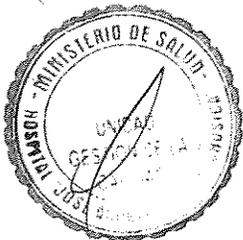
IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

- 4.1 Nombre del procedimiento médico: Orientación y consejería psicológica
- 4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 96100.02
- 4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento: 40 minutos

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Orientación psicológica:** Es un proceso sistemático de ayuda, dirigida a todas las personas con la finalidad de desarrollar en ellas aquellas conductas que les permita una adecuada valoración y desarrollo de estrategias para mejorar sus mecanismos y estrategias de adaptación en el proceso de vida.¹
- **Consejería psicológica:** Es aquel proceso encaminado a provocar un cambio constructivo de actitud en el cliente a través de entrevistas individuales, una serie de contactos directos con el individuo que tienen como fin ofrecerle una ayuda para cambiar sus actitudes y su conducta ,es decir es una relación estructurada y permisiva que permite al cliente comprenderse mejor a sí mismo, de tal manera que pueda ir dando pasos positivos a la luz del nuevo enfoque que quiere dar a su vida.²



5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Salud Mental.**-Es el proceso dinámico de bienestar, producto de la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas, tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad, incluye la presencia de conflictos en la vida de las personas, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva además implica el proceso de búsqueda de sentido y armonía, que se encuentra íntimamente ligado a la capacidad de autocuidado, empatía y confianza que se pone en juego en la relación con las demás personas, así como con el reconocimiento de la condición, propia y ajena, de ser sujeto de derechos.³
- **Consejería:** Es aquella relación entre dos o más personas que se enfoca a orientar, ayudar, informar, apoyar y tratar.⁴
- **Orientación:** Sistema o modelo de intervención que brinda asistencia al sujeto.⁴

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Licenciado en Psicología
- 01 Técnica en Enfermería

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- **Equipo Biomédicos, instrumental y mobiliario**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD
Monitor Led	Unidad	1
Teclado – Keyboar	Unidad	1
Unidad Central de proceso-CPU	Unidad	1
Papel bond	Unidad	3
Lápiz	Unidad	1
Lapicero	Unidad	2
Borrador	Unidad	2
Tajador	Unidad	2
Clips x100	Unidad	1
Engrapador	Unidad	2
Goma	Unidad	2
Cinta adhesiva	Unidad	2
Regla	Unidad	2
Papelógrafo	Unidad	2
Colores X 24	Unidad	1
Plumón grueso verde	Unidad	1
Plumón grueso rojo	Unidad	1
Plumón grueso azul	Unidad	1
Grapa X100	Unidad	1
Tablero para hojas	Unidad	2
Mica	Unidad	2
Escritorio de metal	Unidad	1
Silla fija de metal	Unidad	10



- **Material Médico no Fungible:** No aplica

- **Material Médico Fungible:**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD
Mascarilla descartable	unidad	1
Alcohol gel 1L	ml	5
Mandil descartable	unidad	1
Jabón líquido	ml	5
Botas descartables	unidad	2

- **Medicamentos:** No aplica

5.3.3 FORMATOS

- Formato de historia psicológica
- Formato de ficha de orientación y consejería

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ANTES DE PROCEDIMIENTO: (2 min)

Técnica en enfermería

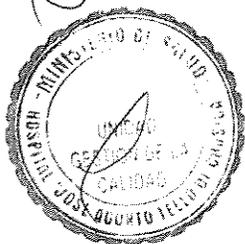
La técnica de enfermera recibe, identifica, realiza el triaje al paciente y alcanza la historia clínica al licenciado en psicología. **(2 min)**

DURANTE DEL PROCEDIMIENTO: 30min

Orientación y consejería psicológica

Licenciado en psicología

- El licenciado en psicología se presenta con el paciente y establece una relación de confianza. **(3 min)**
- Realiza un diálogo claro entendible y asertivo para con el paciente, recopila información para realizar las orientaciones y consejerías psicológicas, evalúa el entorno del paciente, identificando factores de riesgo ,además menciona estrategias para ayudar al paciente. **(27 min)**



DESPUES DEL PROCEDIMIENTO (8 min)

Licenciado en psicología

- El licenciado en psicología brinda las conclusiones de la sesión y se coordina próxima sesión de consejería. (3 min)
- Licenciado en psicología registra el procedimiento en la historia clínica. (5 min)

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Pacientes con salud mental alterada
- Pacientes con comorbilidades de fondo
- Pacientes gestantes y/o puérperas
- Pacientes referidos por interconsulta de diferentes servicios

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- 9.1. Pacientes pagantes y/o sin seguro SIS

6.3 CONTRAINDICACIONES

- El paciente puede aceptar o no la intervención.
- Pacientes que no estén en condiciones físicas para responder.
- Paciente que no cuenta con lucidez mental.

6.4 COMPLICACIONES:

- Pacientes con patologías psiquiátricas de fondo.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NTS N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales de salud que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES:

- Identificar las expectativas que tiene el paciente previamente a recibir este procedimiento.
- Paciente debe llegar media hora ante de su cita programada

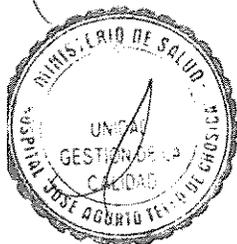
VIII. ANEXOS:

- ANEXO N°01: Formato de ficha de orientación y consejería
- ANEXO N°02 : Formato de historia psicológica



IX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Cattaneo M. Acerca de la orientación psicológica en diferentes campos.Vol. 19 Núm. .2020.Editorial Orientación y Sociedad Volumen 19 N° 2
2. Garita A. La orientación para la salud mental: Reflexiones para delimitar un campo. 2013. Educare vol.17 n.2 Heredia May./Aug.
3. Ley de Salud Mental. Ley N° 30947. Congreso de la Republica. Jueves 23 de mayo de 2019.
4. Ley de Salud Mental. Ley N° 30947. Congreso de la Republica. Jueves, 23 de mayo de 2019



**ANEXO N°01: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PAR EL
PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN PSICOLOGICA**

Yo, Identificado con D.N.I.
N° Después de haber sido informado sobre el procedimiento de la
consejería y orientación estoy de acuerdo, doy mi consentimiento para que se me
realice atención en salud mental.

Localidad, Día, mes.....año.



Firma de la persona evaluada

Firma y sello del evaluador

N° de Colegio Profesional
de Psicólogos.



ANEXO N°02: FORMATO DE FICHA DE ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA

H.C.N _____

FECHA _____

CONSEJERÍA Y/O ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: _____

Edad: _____ Sexo: (M) (F) DNI: _____ Teléfono: _____

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de nacimiento _____

Grado de instrucción: _____ Ocupación: _____

Estado Civil: _____ Religión: _____

Domicilio Actual: _____

Domicilio del DNI: _____ Correo electrónico: _____

REFERENTE: _____

II. MOTIVO DE LA CONSULTA/ENFERMEDAD ACTUAL:

III. ORIENTACIÓN Y CONSEJERIA PSICOLOGICA

