

Que cada dato hable de lo mucho que hacemos



# PLANILLA DIARIA de Prestaciones Ambulatorias

2018




# Planilla diaria....

- ES: La “Planilla de prestaciones Ambulatorias del Primer nivel de atención”
- busca incorporar las prácticas no solo de la profesión médica sino de todo el equipo de salud; esto es válido no sólo para las acciones sanitarias al interior del efector sino también para las acciones extramuro tales como ronda sanitaria, operativos de salud, y toda otra actividad existente y/o a generarse.



# Principales objetivos

- 1-Medir volumen total y desagregado de prestaciones de los servicios de salud por tipo de prestación, sexo y edad;
  - 2- Cobertura de salud de los pacientes
  - 3- Características de los controles de salud en las diferentes franjas etarias;
  - 4- Morbilidad ambulatoria por edad, sexo y residencia y grado de resolución por establecimiento de salud del primer nivel de atención.
- 



### **¿Qué es?**

Es la herramienta de registro de los datos mínimos básicos para todas las prestaciones que se realizan en el Primer Nivel de Atención.

### **¿Es de uso obligatorio?**

Sí, la resolución 2579/17 establece la obligatoriedad de uso en Hospitales y CAPS de la Provincia desde el 1/1/2018

### **¿Quiénes deben usarla?**

Deben usarla todos los miembros del equipo de salud para registrar su actividad.

## ¿Dónde hay que usarla?

- En el centro de salud y en terreno, registrando todas las prestaciones que se brindan.

## ¿Reemplaza a la HC y al fichero cronológico?

- NO. Las tres herramientas son obligatorias, cada una cumple un fin diferente, aunque sus datos deben ser acordes.

## ¿Para qué sirve? Para simplificar el trabajo, unificar registros.

- disponer de información que nos ayude a conocer a nuestros usuarios y acompañarlos mejor mediante búsqueda activa, seguimiento, organización de turnos, consejería personalizada.





## 2.DNI del prestador

**INFORME ESTADISTICO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION**

1. Apellido y Nombre del Prestador:		3. Establecimiento:		Código:	
2. DNI:					

4. FECHA	5. TIPO Y Nº DE DOC	6. APELLIDO Y NOMBRES	7. SEXO		8. FECHA DE NACIMIENTO			9. Teléfono	10. RESIDENCIA HABITUAL DEL PACIENTE (CALLE y Nº, Ruta/Km., Localidad, Puesto, Aldea, Departamento o Partido, Provincia, País)	11. Vacunas		12. Peso	13. Talla	14. Circunferencia de Cintura	15. Estado Lab. Pruebas Colibac	16. Semanas de Gestación	17. FUMH	18. Y
			M	F	DÍA	MES	AÑO			Completado	Incompletado							

- Con este dato el sistema informático identificará el perfil laboral del prestador.



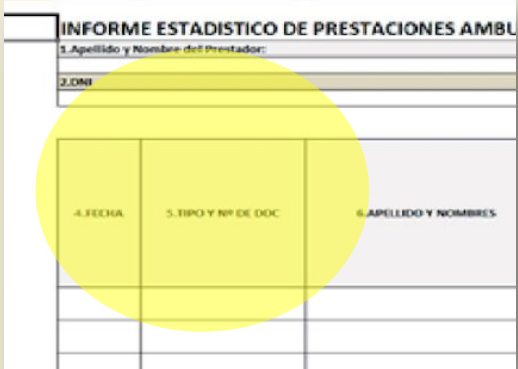
# 4.Fecha

- Día, mes y año en formato 00/00/0000.
- Consignar la fecha a que corresponden las consultas médicas que se informan.
- Una planilla puede ser utilizada para registrar prestaciones de distintas fechas y así aprovechar al máximo la misma.

INFORME ESTADISTICO DE PRESTACIONES AMBU		
1.Apellido y Nombre del Prestador:		
2.DNI		
4.FECHA	5.TIPO Y Nº DE DOC	6.APELLIDO Y NOMBRES

# 5. Tipo y N° de DNI

- Consignar el número de DNI del paciente.
- En caso de presentar otro documento que contenga el número de DNI consignar el n° de DNI.
- En caso de pacientes extranjeros registrar el número de documento y marcar la categoría “Otro”.
- Colocar “No tiene” en caso de no contar con el número.(excepcionalmente)



INFORME ESTADISTICO DE PRESTACIONES AMBL

1. Apellido y Nombre del Prestador:

2. DNI

4. FECHA	5. TIPO Y N° DE DOC.	6. APELLIDO Y NOMBRES







## 9. Teléfono

- Registrar código de área y si es celular agregar el 15.
- Importancia para el usuario: recibir mensajes con consejos de hábitos saludables – turnos programados – otros.

UNIDADES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION					
Establecimiento:					
SEXO	8. FECHA DE NACIMIENTO			9. Teléfono	10. RESIDENCIA HABITUAL DEL PA  (CALLE y Nº, Ruta/Km., Localidad, P Aldea, Departamento o Partido, Provin
	F	DÍA	MES		

# 10. Residencia Habitual del Usuario/Paciente

- Calle - Número - Localidad - Paraje-Aldea-Departamento o Partido - Provincia - País (en caso de que la provincia o el país sean diferentes a los del lugar de atención). **Consignar todos los datos requeridos.**
- Si la persona reside habitualmente en el exterior, indicar sólo país; si reside en otra provincia, indicar sólo Provincia.
- Para obtener la información requerida, se procederá de la siguiente manera:
  - ✓ *Anotar el lugar geográfico donde vive habitual y regularmente el paciente.*
  - ✓ *Tener en cuenta que como se trata del domicilio habitual, este dato debe preguntarse al declarante, porque no necesariamente es el consignado en el documento.*
  - ✓ *En Calle-Nro/Ruta-Km indicar el lugar donde se halla el domicilio habitual, de forma que fuera posible llegar al mismo, así se encuentre ubicado en una localidad urbana o en el área rural.*
  - ✓ *Consignar la calle y el número; o el barrio, la manzana y el número de casa; o al menos la intersección de calles más próximas.*
  - ✓ *Si el domicilio se hallase en un área rural, indicar las referencias necesarias para ubicar el mismo.*
  - ✓ *Consignar también la localidad o paraje, el departamento o partido y la provincia.*
  - ✓ *En el caso de pueblos originarios consignar el nombre de la Aldea.*



# 11. Vacunas

- Consignar con una cruz si el calendario de vacunas está completo o incompleto de acuerdo a la edad y estado del paciente según normas nacionales de vacunación.
- Indagar este dato **a TODOS los pacientes**; tener en cuenta los grupos con factores de riesgo.  
**Concientización en Población adulta.**
- Si el paciente no presenta el carnet de vacunas o informa que no tiene el esquema de vacunación completo y el prestador no dispone en el momento de otro instrumento que contenga esta información, deberá registrarse vacunación incompleta.

# 12.Peso

- Registrar este dato en todos los pacientes independientemente de su estado de salud o edad.

		Código:	
1. NOMBRE DEL PACIENTE	11. Vacunas		
2. Localidad, Paraje, Barrio, Provincia, País)	Completo		
	Incompleto		
	12. Peso		
	13. Talla		
	14. Circunferencia de Cadera		
	15. Número 1 año Perímetros Críticos		
	16. Semanas de Gestación		
	17. FUM		

# 13. Talla

- Registrar este dato en todos los pacientes independientemente de su estado de salud o edad.

		Código:	
L DEL PACIENTE	11. Vacunas		
	Completo	Incompleto	
Localidad, Paraje, do, Provincia, País)	12. Peso	13. Talla	
	14. Circunferencia de Cintura		
	15. meses 1 año Perímetros Cefálicos		
	16. Semanas de Gestación		
	17. FUM		

# 14. Circunferencia de Cintura

- Consignar este dato en mayores de 18 años.
- En el caso de los niños hacerlo según normas vigentes.

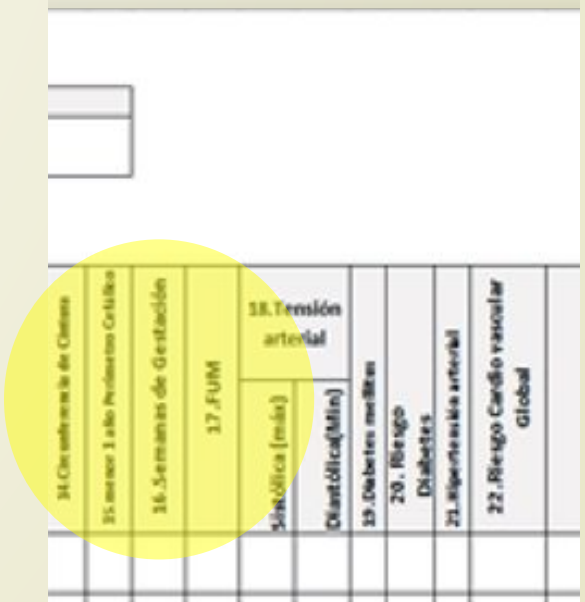
		Código:	
L DEL PACIENTE		11.Vacunas	
Localidad, Paraje, Calle, Provincia, País)	Completo		
	Incompleto		
		12. Peso	
		13. Talla	
		14. Circunferencia de Cintura	
		15. menor 1 año Perímetros Cráneos	
		16. Semanas de Gestación	
			17. FUM

# 15. Perímetro cefálico en menores de un año

- Es la medición del perímetro de la cabeza de un niño en su parte más grande.
- Se mide la distancia que va desde la parte por encima de las cejas y de las orejas y alrededor de la parte posterior de la cabeza.
- La medición del perímetro cefálico es una parte importante del control de rutina del niño sano.
- Durante el control del niño sano, un cambio del crecimiento normal **de la** cabeza esperado puede alertar al médico sobre un posible problema

# 16. Semanas de Gestación

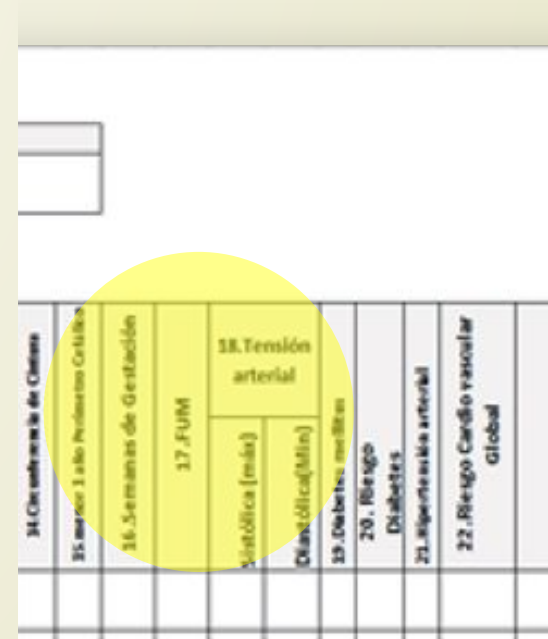
- Registrar las semanas de gestación.
- Para ello deberá considerarse la definición de Edad gestacional.
- Edad gestacional: la duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal.
- Se expresa en semanas completas.



34. Citócentesis de Orina	
35. menor 1 año Proceso Celular	
16. Semanas de Gestación	
17. FUM	
18. Tensión arterial	
18.1 Sistólica (mmHg)	
18.2 Diastólica (mmHg)	
19. Diabetes mellitus	
20. Riesgo Diabetes	
21. Hipertensión arterial	
22. Riesgo Cardiovascular Global	

# 17. FUM - Fecha de la última menstruación

- Este dato **no debe faltar** pues es imprescindible para calcular la fecha probable de parto en la mujer embarazada y garantizar el diagnóstico oportuno de cualquier trastorno en el embarazo.



34. Circunferencia de Cabeza	
35. peso: 1 kilo Pedimento Clínico	
36. Semanas de Gestación	
17. FUM	18. Tensión arterial
37. Síntica (más)	
38. Diastólica (mm)	
39. Debe ser en mm	
20. Riesgo Diabetes	
21. Hipertensión arterial	
22. Riesgo Cardiovascular Global	

# 18. Tensión Arterial

- Consignar los valores de tensión arterial registrada en el presente control expresada en milímetros de mercurio, en el siguiente orden: tensión arterial sistólica/ tensión arterial diastólica (Ejemplo: 120/80).

34.Circunferencia de Cintura	
35. menor 3 año Probabilis Crítico	
36. Semanas de Gestación	
37. FUM	18. Tensión arterial
	Sistólica (mmHg)
	Diastólica (mmHg)
39. Diabetes mellitus	
20. Riesgo Diabetes	
21. Hipertensión arterial	
22. Riesgo Cardiovascular Global	










## 22. Riesgo Cardiovascular Global

- Utilizar tabla o grilla de evaluación de riesgo cardiovascular global, en consultorio la que incluye colesterol y en terreno la que excluye valores de colesterol.
- 

## 23. Diagnóstico o motivo de consulta o prestación

- Anotar el diagnóstico o **el motivo de prestación o consulta**, entendiéndose por tal la afección, causa o razón por la cual una persona requiere la prestación ambulatoria.
- Registrar los controles médicos consignando si se refieren a control de niño sano, de embarazada, de postoperatorio, seguimiento de una enfermedad crónica o cualquier otra causa de consulta sin patología. Si una persona va por control y además presenta alguna patología, se consignarán las dos situaciones (Ejemplo: Control de embarazo e Infección urinaria).
  - *Si hay más de un diagnóstico debe figurar en primer término el que el prestador considere que ocasionó la consulta (Ejemplos: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y Faringitis; Síndrome gripal, Vómitos y Tos).*
  - *Si el motivo de la consulta es la realización de una práctica, se deberá consignar dicha práctica como motivo de consulta (Ejemplos: colocación de DIU, extracción de puntos de sutura, remoción de yeso).*
  - *La columna diagnóstico o motivo de consulta deberá ser completada por el prestador con letra legible, sin sigla, a fin de poder asignar correctamente el código.*
  - *En atención programada, si el paciente no concurre, se deberá tachar todo el renglón indicando esta situación con la palabra "Ausente".*



## 24. Indicación de prácticas o prestaciones

- Anotar las prácticas o prestaciones que el profesional interviniente o prestador indique, y sólo las prácticas o prestaciones relacionadas con el diagnóstico o motivo de la consulta, independientemente del lugar en el que se realicen.
- La práctica es la unidad de prestación, es decir, el conjunto de acciones tales como estudios simples, complejos e intervencionistas, así como la interpretación de los mismos para la elaboración del diagnóstico.
  - La prestación es el servicio completo que se le brinda al paciente, que incluye desde la recepción de la orden médica hasta la entrega del informe.
  - Si el motivo de consulta es la realización de una práctica o prestación, ésta deberá consignarse en la variable Diagnóstico o Motivo de consulta y no en el ítem Indicación de prácticas o prestaciones.
- Consignar con una raya la no indicación de prácticas o prestaciones.



# 25. Medicación

- Registrar la medicación consignando la monodroga de la medicación prescripta.
- No consignar nombres comerciales, ni grupos terapéuticos ni tipo de medicamentos (Ejemplo: antibiótico, antigripal, vitaminas, etc.).
- En el caso de asociación de principios activos, indicar cada uno de ellos separados por el signo más (+) (Ejemplo: amoxicilina + paracetamol).
- Consignar con una raya la no prescripción de medicamentos.



## 26. Derivación a:

- **Consignar nombre del efector, si el paciente fue derivado a un establecimiento de mayor nivel de resolución por la patología por la cual consulta.**
- **Se consignará solamente la derivación relacionada con el diagnóstico o motivo de la consulta.**
- **Si la derivación es a la modalidad atención ambulatoria, consignar la Unidad Operativa (antes especialidad o Servicio).**
- **Si se trata de la modalidad internación, sólo marcar con una cruz. Consignar con una raya la no derivación del paciente.**
- **En las actividades extramuro (rondas, operativos sanitarios) consignar en este campo la indicación de concurrir al CAPS de referencia, si correspondiera**

## 27. Firma Usuario

- La firma del usuario será la que determine si la prestación fue realizada y refrendará que la misma tuvo el consentimiento informado del usuario o tutor.
- Para los menores de edad tener en cuenta las últimas modificaciones del Código Civil en su Artículo 26, la ley de Salud Sexual y reproductiva, y la ley de Educación Sexual Integral.



Formulario de firma de usuario. El formulario está dividido en varias secciones. Una sección superior izquierda contiene el texto "ción", "tutor", "edad", "ativa)". Una sección superior derecha contiene el texto "27.FIRMA USUARIO". Una sección inferior contiene el texto "Firma y Sello Prestador". Un círculo amarillo resalta la sección de firma.

## 28. Firma y Sello del prestador

- Al finalizar el llenado de la planilla el **prestador deberá firmar y sellar** (o aclarar si no cuenta con sello) antes de entregarla para ser cargada en el sistema informático.

Diagrama de una planilla de datos con un recuadro amarillo que indica dónde debe ir la firma y el sello del prestador.

		27.FIRMA USUARIO
acción laboria idad ativa)	Información	
		Firma y Sello Prestador



## 29. Códigos a utilizar

- **Motivos de Consulta se codificarán con CEPS AP. (Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria)**
- **Prácticas o prestaciones se codificarán con CPS (Clasificación de Procedimientos en Salud)**
- **Indicaciones de Práctica se codificarán con CPS (Clasificación de Procedimientos en Salud).**
- **Todos los datos de esta planilla deberán registrarse en la pestaña Planilla-Planilla diaria del SIGEP**

**CERPS-AP**

**Serie 1 - N° 18  
ISSN: 0325-0008**

# **Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria**

---

**Segunda Edición**

---



**Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades (CNCE)  
Dirección de Estadística e Información de Salud  
Ministerio de Salud y Ambiente**

# Clasificación de Procedimientos en Salud (CPS)

Primera edición  
**Clasificación de Procedimientos  
en Salud (CPS)**

Traducido y adaptado de  
International Classification  
of Health Interventions (ICHI)




**Ministerio de Salud**  
**PRESIDENCIA DE LA NACION**

Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades (CNCE)  
Dirección de Estadísticas e Información de Salud  
Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación



# Formato del Manual

- Primer Nivel: eje por Sitio anatómico
  - Segundo Nivel: Procedimiento menos invasivo a mas invasivo
  - Tercer Nivel: Por categorías
- 

<b>Clasificación por Capítulos CPS</b>	<b>Categorías</b>
I PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA NERVIOSO	001-086
II PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA ENDOCRINO	110-129
III PROCEDIMIENTOS SOBRE EL OJO Y SUS ANEXOS	160-256
IV PROCEDIMIENTOS SOBRE EL OIDO Y APOFISIS MASTOIDEA	300-333
V PROCEDIMIENTOS SOBRE NARIZ BOCA Y FARINGE	370-422
VI PROCEDIMIENTOS DENTALES (ODONTOLOGICOS)	450-490
VII PROCEDIMIENTOS SOBRE EL SISTEMA RESPIRATORIO	520-569
VIII PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA CARDIOVASCULAR	600-767
IX PROCEDIMIENTOS SOBRE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS	800-817
X PROCEDIMIENTOS SOBRE EL APARATO DIGESTIVO	850-1011
XI PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA URINARIO	1040-1129
XII PROCEDIMIENTOS SOBRE ORGANOS GENITALES MASCULINOS	1060-1203
XIII PROCEDIMIENTOS GINECOLOGICOS	1240-1299
XIV PROCEDIMIENTOS OBSTETRICOS	1330-1347
XV PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA OSTEOMUSCULAR	1360-1579
XVI PROCEDIMIENTOS DERMATOLOGICOS Y PLASTICOS	1600-1718
XVII PROCEDIMIENTOS SOBRE LA MAMA	1740-1759
XIX INTERVENCIONES NO INVASIVAS COGNITIVAS Y OTRAS INTERVENCIONES NO CLASIF EN OTRA PARTE	1820-1922
XX SERVICIOS DE IMÁGENES	1940-2016

# Por tipo de Procedimiento

- Examen
- Aplicación, Inserción, Extracción
- Incisión
- Destrucción
- Escisión
- Reducción (solo aplicable para Sistema osteomuscular)
- Reparación
- Reconstrucción
- Revisión
- Reoperación
- Otros Procedimientos

# **CAPITULOS MAS FRECUENTES A UTILIZAR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION**

## **CAPITULO XIX**

**INTERVENCIONES NO INVASIVAS, COGNITIVAS Y OTRAS  
INTERVENCIONES NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE  
(CATEGORIAS 1820-1922)**

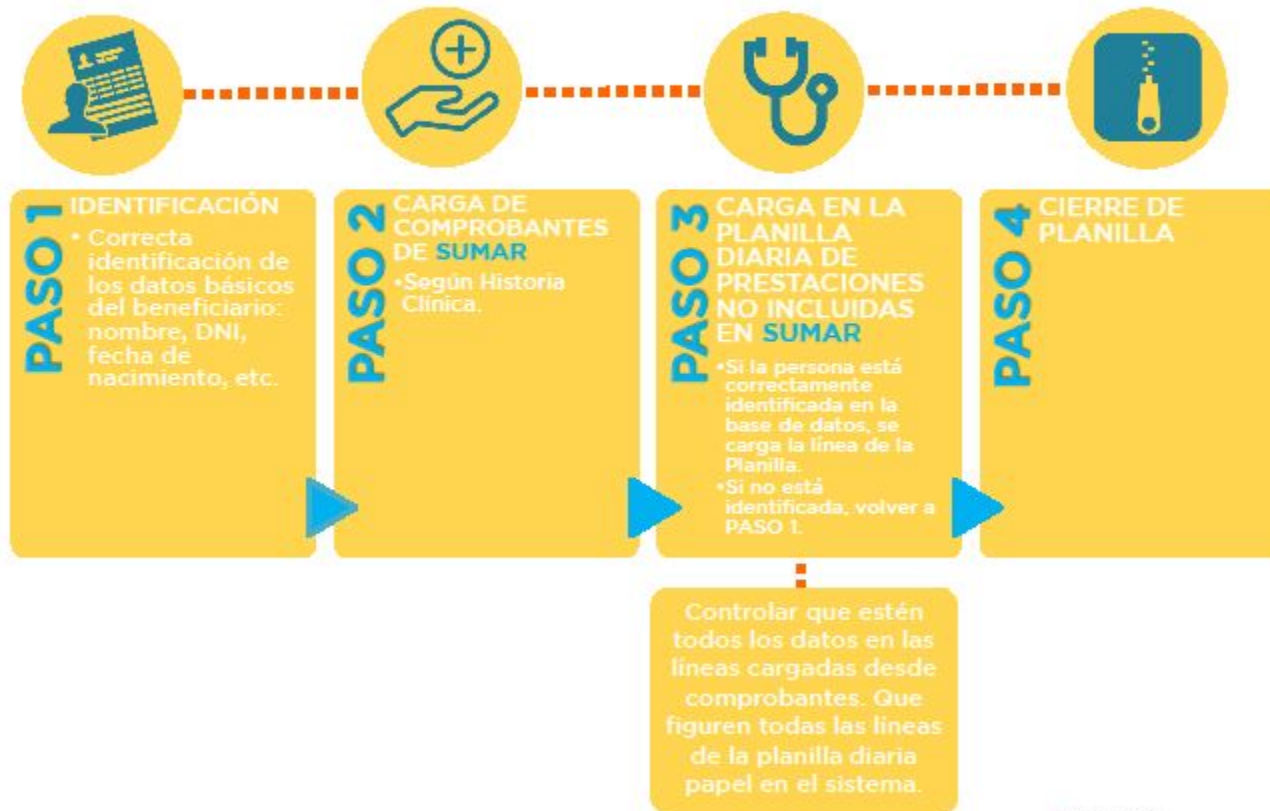
## **CAPITULO XX**

**SERVICIOS DE IMÁGENES (CATEGORIAS 1940–2016)**

## \* PROCEDIMIENTOS MAS FRECUENTES EN PRIMER NIVEL DE ATENCION

- \* ECG: .....1854
- \* ECOGRAFIA OBSTETRICA: .....1943
- \* PAP: .....1862
- \* Inserción DIU: .....1260
- \* Implante Subdérmico (Estrógeno-Progesterona): .....1906
- \* Medición Temperatura: .....1857
- \* Medición TA: .....1857
- \* Medición Peso y talla:....1824
- \* Captación:...1824
- \* Inyección:...1885
- \* Extracción Sangre (laboratorio): .....1858
- \* Vendaje,yeso: ..... 1870
- \* Curación de quemadura:...1600

# CIRCUITO DE CARGA DE LA PLANILLA DIARIA



# Pasos a seguir habiendo finalizado la atención

Codifica automáticamente en la CEPS-AP y en CPS.

1

- Carga de Comprobantes del Sumar (Según Historia Clínica)

2

- Carga en la Planilla Diaria de las prestaciones no incluidas en el Sumar.

3

- Cierre de la Planilla Diaria



## Equipo de Salud Pública

- 100% de la Planilla Cargada
- Verificada y Controlada
- Datos listos para procesarse para la toma de decisiones



## Cruce de Datos Con OS

- Se completa Información relacionada a si la persona tiene o no cobertura médica en el momento de la prestación.



## Historia Clínica Electrónica

- Ley XVII – N° 85 – Historia Clínica Única
- Accesibilidad al ciudadano (dueño de la HC) y a todos los profesionales de la salud que autorice.





Contamos con ustedes  
**¡Gracias!**