# Manual del **Registro y Codificación** de la **Atención** de **Salud** en la **Consulta Externa**

2019



## Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera

Sistema de Información HIS

PERÚ Ministerio de Salud

EL PERÚ PRIMERO

# MANUAL DEL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE
SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministrio de Salud

**"Manual de Registro y Codificación de la Atención Integral de Salud de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera"**
Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnologías de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

**Equipo de Trabajo:**
Harvy Alberto Honorio Morales, DGIESP – DENOT - ESN de Salud Ocular
Giovanna Patricia Rios Susanibar, DGIESP – DENOT - ESN de Salud Ocular
Eladia Quispe Yataco, DGIESP – DENOT - ESN de Salud Ocular
María Angélica Rivas Souza - DENOT - ESN de Salud Ocular
Jenny L. Medina Calapuja, DIRESA Amazonas
Maria Luza Ogose, DIRESA Ayacucho
Azucena del Pilar Orduña Pazos, DIRESA Callao
Maria Moreno Leiva, DIRESA Huánuco
Merly Lizett Gonzales Saravia, GERESA La Libertad – Instituto Regional de Oftalmología
Martha Mireya Luna Garcia, GERESA Lambayeque
Juana María Huanca Carrasco - DIRIS LIMA SUR
Lily Lorenzo Anastacio, DIRIS LIMA CENTRO
Milagros Ramirez Villajuan, DIRIS LIMA ESTE
Lourdes Prado Babilonia, DIRESA Lima
José Gilberto Pérez Avellaneda, Hospital María Auxiliadora
Marco Bellido Morales – Instituto Nacional de Oftalmología
Marco Polo Bardales Espinoza, Equipo técnico de la Oficina General de Tecnologías de la Información.
Gladys Garro Nuñez, Directora Ejecutiva de la Oficina Gestión de la Información.
Luis Pedro Valeriano Arteaga, Jefe de Equipo de la Oficina General de Tecnologías de la Información.
Jorge Miranda Monzón, Jefe de Equipo de la Oficina General de Tecnologías de la Información.

**Diseño y Diagramación**
Julie Guillen Ramos, Equipo técnico de la Oficina General de Tecnologías de la Información.

**Ministerio de Salud**
Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú
Telf.: (51-1) 315-6600
www.gob.pe/minsa
webmaster@minsa.gob.pe

Edición, noviembre 2019

**Tiraje:** -----
**Imprenta:** -----(Nombre de la imprenta)
**RUC:**
**Dirección:**
**Telefono:**
**E-mail:**
**Versión Digital:**




María Elizabeth Hinostroza Pereyra
**Ministra de Salud**

Gustavo Martin Rosell de Almeida
**Viceministro de Salud Pública**

Óscar Alfredo Broggi Angulo
**Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud**

Rosario Esther Tapia Flores
**Secretaria General**

Ángel Alberto Gonzales Vivanco
**Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública**

César Vílchez Inga
**Director General de la Oficina General de Tecnologías de la Información**

Gladys Maria Garro Nuñez
**Directora Ejecutiva de la Oficina Gestión de la Información**

## CONTENIDO

PÁG.

I. GENERALIDADES ..... 09
1.1 Actividades más frecuentes
1.2 Instrucciones para el registro y codificación de las actividades de la estrategia sanitaria nacional de salud ocular

II. TAMIZAJE Y SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO CON FACTORES DE RIESGO PARA RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD ..... 12

III. TRATAMIENTO DE RECIÉN NACIDO CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD ..... 13
3.1 Tratamiento Especializado con laser
3.2 Tratamiento especializado con antiangiogénico
3.3 Tratamiento especializado con laser mas antiangiogenico
3.4 Tratamiento especializado con vitrectimía posterior más endofotocoagulación

IV. CONTROL POST OPERATORIO DE RECIÉN NACIDOS CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD ..... 14
4.1 Complicaciones de tratamiento
4.2 Nistagmo secuandario a consecuencua del tratamiento
4.3 Estrabismo secundario a consecuencia del tratamiento
4.4 Glaucoma secundario a consecuencua del tratamiento
4.5 Catarata secundaria a consecuencia del tratamiento
4.6 Cuando se realiza la rehabilitación visual de ceguera y baja visión secundaria

V. EVALUACIÓN VISUAL EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD ..... 16
5.1 Actividad realizada por personal profesional médico y/o tecnólogo médico en Optometría

VI. TAMIZAJE Y DETECCIÓN DE ERRORES REFRACTIVOS EN NIÑOS (AS) DE 3 A 11 AÑOS ..... 17
6.1 Actividad realizada por personal técnico de enfermería capacitado
6.2 Actividad realizada por personal profesional de la salud capacitado

VII. EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE ERRORES REFRACTIVOS EN NIÑOS ..... 20
7.1 Diagnóstico de errores refractivos
7.2 Tratamiento de errores refractivos
7.3 Control de pacientes con errores refractivos
7.4 Tamizaje de la persona con riesgo de glaucoma en el primer
7.5 y segundo nivel de atención

VIII. EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE GLAUCOMA ..... 22
8.1 Diagnóstico de glaucoma
8.2 Tratamiento de glaucoma
8.3 Control de personas con glaucoma

PÁG.

**IX. TAMIZAJE Y DETECCIÓN DE CATARATA MEDIANTE EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL** ..... 25
9.1 Actividad realizada por personal técnico de salud capacitado del primer nivel de atención
9.2 Actividad realizada por personal profesional de la salud capacitado

**X. EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE CATARATA** ..... 26
10.1 Diagnóstico de ceguera por catarata
10.2 Tratamiento de pacientes con catarata
10.3 Control post operatorio de cirugía de catarata

**XI. CONTROL Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO DE COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS** ..... 30
11.1 Detección de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética en el primer y segundo nivel de atención
11.2 Evaluación y despistaje de retinopatía diabética (RD)
11.3 Diagnóstico de retinopatía diabética (RD)
11.4 Tratamiento de personas con retinopatía diabética

**XII. CONTROL DE PERSONAS CON RETINOPATÍA DIABÉTICA** ..... 31
12.1 Enfermedades externas del ojo
12.2 Diagnóstico de enfermedades externas del ojo
12.3 Tratamiento de enfermedades externas del ojo
12.4 Tratamiento especializado de complicaciones de párpado

**XIII. DETECCIÓN DE PERSONAS CON TRACOMA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN** ..... 35
13.1 Diagnóstico de tracoma
13.2 Tratamiento de personas con tracoma
13.3 Control de personas con tracoma

# I. GENERALIDADES

## 1.1 ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

| Código | Diagnóstico / Actividad |
|---|---|
| A719 | Tracoma no especificado |
| H000 | Orzuelo y otras Inflamaciones Profundas del Parpado |
| H001 | Chalazión |
| H010 | Blefaritis |
| H011 | Dermatosis no Infecciosa del Parpado |
| H018 | Otras Inflamaciones Especificadas del Parpado |
| H019 | Inflamación del Parpado, no Especificada |
| H020 | Entropión y Triquiasis Palpebral |
| H021 | Ectropión del Parpado |
| H023 | Blefarocalasia |
| H024 | Blefaroptosis |
| H101 | Conjuntivitis Atópica Aguda |
| H102 | Otras Conjuntivitis Agudas |
| H103 | Conjuntivitis Aguda, no Especificada |
| H104 | Conjuntivitis Crónica |
| H105 | Blefaroconjuntivitis |
| H108 | Otras Conjuntivitis |
| H109 | Conjuntivitis, no Especificada |
| H110 | Pterigion |
| H113 | Hemorragia Conjuntival |
| H114 | Otros Trastornos Vasculares y Quistes Conjuntivales |
| H118 | Otros Trastornos Especificados de la Conjuntiva |
| H119 | Trastorno de la Conjuntiva, no Especificado |
| H150 | Escleritis |
| H151 | Episcleritis |
| H158 | Otros Trastornos de la Esclerótica |
| H159 | Trastorno de la Esclerótica, no Especificado |
| H160 | Ulcera de la Cornea |
| H161 | Otras Queratitis Superficiales sin Conjuntivitis |
| H162 | Queratoconjuntivitis |
| H163 | Queratitis Intersticial y Profunda |
| H164 | Neovascularización de la Cornea |
| H168 | Otras Queratitis |
| H169 | Queratitis, no Especificada |
| H170 | Leucoma Adherente |
| H171 | Otras Opacidades Centrales de la Cornea |
| H179 | Cicatriz u Opacidad de la Córnea, no Especificada |

| Código | Diagnóstico / Actividad |
|---|---|
| H180 | Pigmentaciones y depósitos en la Cornea |
| H181 | Queratopatía Vesicular |
| H182 | Otros Edemas de la Cornea |
| H250 | Catarata Senil Incipiente |
| H251 | Catarata Senil Nuclear |
| H252 | Catarata Senil, Tipo Morgagnian |
| H258 | Otras Cataratas Seniles |
| H259 | Catarata Senil, no Especificada |
| H260 | Catarata Infantil, Juvenil y Presenil |
| H261 | Catarata Traumática |
| H262 | Catarata Complicada |
| H263 | Catarata Inducida por drogas |
| H264 | Catarata Residual |
| H268 | Otras Formas Especificadas de Catarata |
| H269 | Catarata, no Especificada |
| H330 | Desprendimiento de la Retina con Ruptura |
| H331 | Retinosquisis y Quistes de la Retina |
| H332 | Desprendimiento Seroso de la Retina |
| H333 | Desgarro de la Retina sin desprendimiento |
| H334 | Desprendimiento de la Retina por tracción |
| H335 | Otros desprendimientos de la Retina |
| H350 | Retinopatías del Fondo y Cambios Vasculares Retinianos |
| H351 | Retinopatía de la Prematuridad |
| H352 | Otras Retinopatías Proliferativas |
| H353 | Degeneración de la Macula y del Polo Posterior del Ojo |
| H360 | Retinopatía diabética |
| H523 | Anisometropía y Aniseiconia |
| H400 | Sospecha de Glaucoma |
| H401 | Glaucoma primario de ángulo abierto |
| H402 | Glaucoma primario de ángulo cerrado |
| H409 | Glaucoma, no Especificado |
| H498 | Otros Estrabismos Paralíticos |
| H499 | Estrabismo Paralitico, no Especificado |
| H500 | Estrabismo Concomitante Convergente |
| H501 | Estrabismo Concomitante divergente |
| H502 | Estrabismo Vertical |
| H503 | Heterotropía Intermitente |
| H504 | Otras Heterotropías o las no Especificadas |
| H506 | Estrabismo Mecánico |
| H508 | Otros Estrabismos Especificados |
| H509 | Estrabismo, no Especificado |
| H510 | Parálisis de la Conjugación de la Mirada |

| Código | Diagnóstico / Actividad |
|---|---|
| H520 | Hipermetropía |
| H521 | Miopía |
| H522 | Astigmatismo |
| H524 | Presbicia |
| H525 | Trastornos de la Acomodación |
| H526 | Otros Trastornos de la Refracción |
| H527 | Trastorno de la Refracción, no Especificado (Ametropia) |
| H530 | Ambliopía Ex Anopsia |
| H539 | Alteración Visual no Especificada |
| H540 | Ceguera de ambos ojos |
| H541 | Ceguera de un Ojo, visión subnormal del otro |
| H542 | Visión subnormal de ambos ojos |
| H543 | Disminución indeterminada de la agudeza visual en ambos ojos |
| H544 | Ceguera monocular |
| H545 | Visión subnormal de un ojo |
| H546 | Disminución indeterminada |
| H55 | Nistagmo y otros Movimientos Oculares Irregulares |
| H570 | Anomalías de la Función Pupilar |
| H590 | Síndrome vítreo consecutivo a cirugía de catarata |
| H598 | Otros trastornos del ojo y sus anexos, consecutivos a procedimientos. |
| P073 | Prematuro |
| P072 | Inmaturidad extrema |
| Z006 | Normal |
| Z010 | Examen de Ojos y de la Visión |

| Código | Procedimiento / Actividad |
|---|---|
| 65855 | Trabeculoplastía mediante cirugía laser |
| 66170 | Trabeculectomía |
| 66180 | Derivación de humor acuoso a un reservorio extra ocular |
| 66710 | Destrucción del cuerpo ciliar mediante ciclofotocoagulación transesclerótica |
| 66711 | Endociclofotocoagulación via transendoscópica |
| 66720 | Destrucción del cuerpo ciliar mediante crioterapia |
| 66761 | Iridotomía/Iridectomía mediante cirugía láser |
| 66762 | Iridoplastía laser |

| Código | Procedimiento / Actividad |
|---|---|
| 66820 | Incisión de Catarata Membranosa Secundaria |
| 67830 | Corrección de triquiasis |
| 66821 | Cirugía láser para escisión de catarata (Residual) |
| 66850 | Extracción de cristalino mediante técnica de Facofragmentación con aspiración |
| 66982 | Extracción de catarata extracapsular con implante de lente intraocular |
| 66982.01 | Cuidado posterior a la cirugía |
| 67005 | Vitrectomía anterior |
| 67028 | Inyección intravítrea |
| 67043 | Vitrectomía posterior con Endo fotocoagulación |
| 67227 | Destrucción de retinopatía extensa |
| 76510 | Ecografía oftálmica |
| 76516 | Biometría Ocular por Ultrasonido |
| 92015.01 | Determinación de estado de refracción y Prueba y ajuste de anteojos |
| 92020 | Gonioscopía |
| 92060 | Estudio de Estrabismo |
| 92100 | Determinación de la presión intraocular bilateral (Tonometría) |
| 92225 | Oftalmoscopia directa |
| 92226 | Oftalmoscopia indirecta |
| 92235 | Angiografía con fluoresceína |
| 92250 | Fotografía de la Retina ( Retinografía) |
| 92275 | Electroretinograma |
| 92390 | Provisión de Anteojos |
| 92504 | Microscopia Binocular (Biomicroscopía) |
| 99015 | Refracción |
| 99016 | Refracción cicloplégica |
| 99173 | Determinación de la Agudeza Visual |
| 99283 | Atención de emergencia prioridad II |
| 99401.16 | Consejería en salud ocular |
| 99381 | Atención Integral de Salud del Niño CRED menor de 1 año |
| 99382 | Atención Integral de Salud del Niño CRED de 1 a 4 años |

## 1.2 INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR

Esta Estrategia desarrolla dos (02) tipos de actividades: Atenciones de Salud y Actividades Preventivo Promociónales (APP); orientadas principalmente a la promoción, prevención y control de los daños a la salud ocular.

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

### A. ATENCIÓN DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

## TAMIZAJE Y SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO CON FACTORES DE RIESGO PARA RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos orientados al tamizaje y seguimiento del recién nacido prematuro que presenta factores de riesgo para desarrollar Retinopatía de la Prematuridad – ROP a través de consultas oftalmológicas periódicas con la finalidad de identificar de manera oportuna un posible caso de ROP y brindar tratamiento oportuno. Se realiza a partir de la 4ta semana de vida o a partir de las 31 semanas, lo que se presente primero. Está a cargo del médico oftalmólogo capacitado en ROP; se realiza en los establecimientos de salud que cuenten con servicios de oftalmología y/o UCIN o Pediatría, del segundo y tercer nivel de atención (excepcionalmente I-4). [1,2]

**Factores de riesgo de RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD (ROP):**

- Recién nacido prematuro con < 37 semanas de edad gestacional
- Recién nacido prematuro con peso < 2000 gramos
- Recién nacido prematuro que recibe oxigenoterapia.
- Factores de riesgos asociados maternos y perinatales.



*El tamizaje de retinopatía de la prematuridad lo realiza el oftalmólogo en el área donde se encuentra el recién nacido (consulta externa u hospitalización). Independiente de ello es necesario registrar la hoja HIS.*



### Tamizaje

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1° casillero marque como definitivo realizado: Oftalmoscopia Indirecta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero siempre marque "D" por tratarse de un procedimiento.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLECI | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 24516842 | 1 | Piura | 24 | A / M / D | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | H35.1 |
| | 945530 | 80 | | | M / F | Pab | TALLA | C | C | 2. Oftalmoscopia indirecta | P | D | R | | 92226 |
| | | | | | D | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | |

### Diagnóstico:

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLECI | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 17 | 23596547 | 1 | Piura | 20 | A / M / D | PC | PESO | N | N | 1. Oftalmoscopia indirecta | P | D | R | A | 92226 |
| | 562541 | 80 | | | M / F | Pab | TALLA | C | C | 2. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | H35.1 |
| | | | | | D | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | |

## TRATAMIENTO DE RECIÉN NACIDO CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos orientados al tratamiento especializado y control del recién nacido prematuro, con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:
- En el 1º casillero se registra el diagnóstico: Retinopatía de la prematuridad.
- En el 2º casillero se registra el (los) procedimiento(s) realizado(s):
  - Destrucción de retinopatía extensa, código (67227)
  - Inyección intravítrea de agente farmacológico antiangiogénico (procedimiento separado) (67028)
  - Vitrectomía, mecánica, vía pars plana con endopanfotocoagulación (67043)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:
- En el 1º casillero se registra "R" cuando el paciente ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- En el 2º casillero se registra en procedimientos siempre "D"

### Tratamiento especializado con Láser

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | |
| 13 | 84225164 | 1 | Huanta | 28 | A / M / D | PC | PESO | | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | H351 |
| | 85426 | 80 | | | M / F | Pab | TALLA | | C | C | 2. Destrucciónde retinopatía extensa | P | D | R | | 67227 |
| | | | | | D | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | |

### Tratamiento especializado con Antiangiogénico

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | |
| 13 | 77325164 | 1 | Huanta | 30 | A / M / D | PC | PESO | | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | H351 |
| | 55426 | 80 | | | M / F | Pab | TALLA | | C | C | 2. Inyección intravítrea | P | D | R | | 67028 |
| | | | | | D | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | |

### Tratamiento especializado con Laser más Antiangiogénico

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | |
| 13 | 23565164 | 1 | Huanta | 28 | A / M / D | PC | PESO | | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | H351 |
| | 15235 | 80 | | | M / F | Pab | TALLA | | C | C | 2. Destrucciónde retinopatía extensa | P | D | R | | 67227 |
| | | | | | D | | Hb | | R | R | 3. Inyección intravítrea | P | D | R | | 67028 |



"Guía de Práctica Clínica de Retinopatía de la Prematuridad" – RM N° 539-2006/MINSA.
Factores de riesgo de la Retinopatía de la Prematuridad (ROP): Recién nacido prematuro de igual o menos de 37 semanas de edad gestacional y/o con menos de 2000 gramos, prematuro que requiere suplemento de oxígeno y recién nacido prematuro con peso superior a 2000 gramos que precisen tratamiento con oxigenoterapia en el Servicio de Neonatología.

## Tratamiento especializado con Vitrectomía posterior más Endofotocoagulación.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 84225164 | 1 | Huanta | 28 | A **M** | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | **R** | | H351 |
| | 85426 | 80 | | | M | | TALLA | **C** | **C** | 2. Vitrectomia posterior con endofotocoagulación | P | **D** | R | | 67043 |
| | | | | | **D** F | Pab | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | |

## CONTROL POST OPERATORIO DE RECIÉN NACIDOS CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD

**Definición Operacional.-** Intervención dirigida al control y seguimiento de los recién nacidos prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad tratada quirúrgicamente (cirugía láser, antiangiogénico y vitrectomía mas Endofotocoagulación), a cargo del médico oftalmólogo capacitado en tratamiento láser o inyecciones intravítreas o vitrectomia para ROP, se brinda en establecimientos de salud del tercer nivel de atención. Los controles se realizan luego del tratamiento (láser, antiangiogénico y Vitrectomía) y de acuerdo a criterio médico hasta que la retina haya terminado de desarrollar en toda su extensión. Se realiza en los establecimientos de salud del tercer nivel de atención

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:
- En el 1º casillero el diagnóstico: Retinopatía de la prematuridad.
- En el 2º casillero Otros cuidados especificados posteriores a la cirugía
- En el 3º casillero consejería ocular.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:
- En el 1º casillero para el diagnóstico “R” ya que el paciente fue diagnosticado anteriormente
- En el 2º casillero donde se registra la actividad o procedimiento siempre “D”
- En el 3º casillero donde se registra la actividad o procedimiento siempre “D”.

En el ítem Lab, registre:
- En el 2º casillero registre el número de control post-operatorio 1, 2, 3, 4… según corresponda.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 84225164 | 1 | Huanta | 28 | A **M** | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | **R** | | H351 |
| | 85426 | 80 | | | M | | TALLA | **C** | **C** | 2. Cuidado posterior a la cirugía | P | **D** | R | 2 | 66982.01 |
| | | | | | **D** F | Pab | Hb | R | R | 3. Consejería en salud ocular | P | **D** | R | | 99401.16 |

## COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO DE RETINOPATÍA DEL PREMATURO

**Errores Refractivos secundario a consecuencia del tratamiento**

En el casillero del diagnóstico considerar los tipos de ametropías:
- Miopía (H521)
- Hipermetropía (H520)
- Astigmatismo (H522)

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 84225164 | 2 | Huanta | 28 | A **M** | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | **R** | | H351 |
| | 85426 | 58 | | | M | | TALLA | **C** | **C** | 2. Hipermetropía | P | **D** | R | | H520 |
| | | | | | **D** F | Pab | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | |

## Nistagmo secundario a consecuencia del tratamiento

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 84225164 | 1 | Huanta | 28 | A [X] M | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | [X] R | | H351 |
| | 85426 | 58 | | | M | | TALLA | [X] C | [X] C | 2. Nistagmo | P | [X] D | R | | H55 |
| | | | | | [X] O F | Pab | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | |

## Estrabismo secundario a consecuencia del tratamiento

Considerar los tipos de estrabismo para el diagnóstico:

- Estrabismo concomitante convergente (H500)
- Estrabismo concomitante divergente (H501)
- Estrabismo vertical (H502)
- Otros estrabismos especificados (H508)
- Estrabismos sin especificar (H509)

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 84225164 | 1 | Huanta | 28 | A [X] M | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | [X] R | | H351 |
| | 85426 | 58 | | | M | | TALLA | [X] C | [X] C | 2. Estrabismo vertical | P | [X] D | R | | H502 |
| | | | | | [X] O F | Pab | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | |

## Glaucoma secundario a consecuencia del tratamiento

- Sospecha de Glaucoma (H40.0)
- Glaucoma Primario de Angulo Abierto (H40.1)
- Glaucoma Primario de Angulo Cerrado (H40.2)
- Glaucoma Secundario a otros Trastornos del Ojo (H40.5)
- Glaucoma, no Especificado (H40.9)

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 24516842 | 2 | Piura | 24 | A [X] M | PC | PESO | N | N | 1. Oftalmoscopia indirecta | [X] P | D | R | N | 92226 |
| | 945530 | 80 | | | M | | TALLA | [X] C | [X] C | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | [X] O F | Pab | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | |

## Catarata secundaria a consecuencia del tratamiento

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 84225164 | 1 | Huanta | 28 | A [X] M | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | [X] R | | H351 |
| | 85426 | 58 | | | M | | TALLA | [X] C | [X] C | 2. Catarata infantil | P | [X] D | R | | H260 |
| | | | | | [X] O F | Pab | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | |

## Cuando se realiza la Rehabilitación visual de Ceguera y Baja Visión secundaria

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 84225164 | 1 | Huanta | 28 | A [X] M | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | [X] R | | H351 |
| | 85426 | 58 | | | M | | TALLA | [X] C | [X] C | 2. Estudio de baja visión | P | [X] D | R | | 92015 |
| | | | | | [X] O F | Pab | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | |

## EVALUACIÓN VISUAL EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

**Definición Operacional.-** Actividad que se brinda en todos los establecimientos de salud que realizan Control de Crecimiento y Desarrollo, como parte de la atención integral, a cargo de profesional de la salud capacitado (licenciada en enfermería); con la finalidad de realizar la evaluación visual en niños menores de 03 años de edad (2 años, 11 meses y 29 días) mediante el examen del Reflejo Rojo, Inspección externa de ojos, fijación monocular y evaluación del seguimiento de acuerdo a la edad del niño.

| Edad | Reflejo Rojo | Inspección externa | Fijación Monocular | Evaluación del Seguimiento |
|---|---|---|---|---|
| Recién Nacido | X | X | | |
| 02 Meses | X | X | X | |
| 06 Meses | X | X | X | X |
| 12 Meses | X | X | X | X |
| 03 Años | X | X | X | X |

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:
- En el 1º casillero el diagnóstico:
  - Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año
  - Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años
- En el 2º casillero: Examen de los Ojos y de la Visión

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:
- En el 1º y 2º casillero consignar siempre “D”

En el ítem: Lab registre:
- En el 1º casillero: Consignar el número de control de crecimiento y desarrollo correspondiente.
- En el 2º casillero registre el resultado del examen de los ojos y de la visión: NORMAL “N” y ANORMAL “A”.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | | | | | |
| 13 | 84225164 | 1 | Huanta | 6 | A / M / D | M | PC | | PESO | | N | N | 1. Atención integral del niño - CRED | P | X | R | 4 | 99381 |
| | 85426 | 58 | | | | F | Pab | | TALLA | | C | C | 2. Examen de los ojos y la visión | P | X | R | A | Z010 |
| | | | | | | | | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | |

**Actividad realizada por personal profesional médico y/o tecnólogo médico en Optometría:**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:
- En el 1º, 2º y 3º casillero anote el diagnóstico o procedimiento correspondiente.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque:
- En el 1º, 2º y 3º casillero **“D”** de definitivo.

En el ítem: Lab anote:
- En el 1º casillero anote clave **“RF”** cuando realiza referencia a establecimiento de salud de mayor complejidad.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | |
| 13 | 96524158 | 1 | Yauyos | 1 | A M D | PC | PESO | | N | N | 1. Transtorno del ojo y sus anexos | P | D | R | RF | H579 |
| | 85426 | 58 | | | | Pab | TALLA | | E | E | 2. Examen de los ojos y la visión | P | D | R | A | Z010 |
| | | | | | F | | Hb | | R | R | 3. Consejería de salud ocular | P | D | R | | 99401.16 |

## TAMIZAJE Y DETECCIÓN DE ERRORES REFRACTIVOS EN NIÑOS (AS) DE 3 A 11 AÑOS

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos que se realizan para examinar los ojos y determinar la agudeza visual, con el objetivo de detectar a niños(as) de 3 a 11 años de edad con disminución de agudeza visual monocular ≤ 20/50. Esta actividad es realizada una vez al año, por personal de salud capacitado y se brinda en establecimiento de salud del 1er nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y 2do nivel de atención con población asignada (II-1) y/o en las Instituciones Educativas Estatales – II.EE, se realiza una vez al año.

Los ejemplos son referenciales, el orden y las actividades deben adecuarse a las situaciones presentadas en la atención de acuerdo a la normatividad vigente.

**Actividad realizada por personal técnico de enfermería capacitado:**

En el ítem: Diagnostico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:
- En el 1º casillero Determinación de la Agudeza Visual.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE “D”
En el ítem: LAB. anote:

- En el 1º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO según corresponda.
- En el 2º casillero se registra el resultado del OJO IZQUIERDO según corresponda:

- Agudeza Visual 20/20 registrar: **20**
- Agudeza Visual 20/25 registrar: **25**
- Agudeza Visual 20/30 registrar: **30**
- Agudeza Visual 20/40 registrar: **40**
- Agudeza Visual 20/50 registrar: **50**
- Agudeza Visual 20/70 registrar: **70**
- Agudeza Visual 20/100 registrar: **100**
- Agudeza Visual 20/200 registrar: **200**
- Agudeza Visual 20/400 registrar: **400**
- Agudeza Visual < 20/400 registrar: **800**

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | |
| 13 | 94516528 | 1 | Cajamarca | 7 | A M D | PC | PESO | | N | N | 1. Determinación de agudeza visual | P | D | R | 20 | 99173 |
| | 445670 | 58 | | | F | Pab | TALLA | | E | E | 2. | P | D | R | 50 | |
| | | | | | | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | |

## Actividad realizada por personal profesional de la salud capacitado (Licenciada en Enfermería, Tecnólogo Médico en Optometría y Médico General)

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:
- En el 1º casillero Examen de los Ojos y de la Visión
- En el 2º casillero Determinación de la agudeza visual

En el ítem; Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: LAB, anote:
- En el 1º casillero el resultado NORMAL la clave (N) y si es ANORMAL la clave (A)
- En el 2º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO
- En el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO, usando las nomenclaturas ya mencionadas.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLECI | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 59416528 | 2 | Trujillo | 4 | A | PC | PESO | N | N | 1. Examen de los ojos y la visión | P | D | R | N | Z010 |
| | | | | | M | | TALLA | C | C | 2. Determinación de agudeza visual | P | D | R | 20 | 99173 |
| | 54680 | 58 | | | D | Pab | Hb | R | R | 3. | P | D | R | 20 | |

**Si tiene alguna disminución de agudeza visual** registre:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud:
- En el 1º casillero se registra Examen de los Ojos y de la Visión.
- En el 2º casillero se registra la Determinación de la agudeza visual.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: LAB. registre:
- En el 1º casillero si el resultado es NORMAL la sigla "N" y si es ANORMAL "A".
- En el 2º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO.
- En el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO, usando las nomenclaturas ya mencionadas.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLECI | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 59416528 | 2 | Trujillo | 4 | A | PC | PESO | N | N | 1. Examen de los ojos y de la visión | P | D | R | N | Z010 |
| | | | | | M | | TALLA | C | C | 2. Determinación de la Agudeza Visual | P | D | R | 50 | 99173 |
| | 54680 | 80 | | | D | Pab | Hb | R | R | 3. | P | D | R | 70 | |

## EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE ERRORES REFRACTIVOS EN NIÑOS

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos realizados con la finalidad de confirmar la disminución de agudeza visual monocular ≤ 20/50 en niños(as) de 3 a 11 años previamente detectados en el tamizaje, y ser referidos a establecimientos de salud con capacidad resolutiva u Oferta Móvil. Esta actividad lo realiza el médico general y/o tecnólogo médico en optometría capacitado del establecimiento de salud del primer nivel de atención (I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1). Incluye la primera consejería a los padres o apoderados.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud para el diagnóstico
- En el 1º casillero puede utilizarse el siguiente diagnóstico:
  - Ametropía
- En el 2° casillero se registra la consejería en salud ocular.
- En el 3º casillero se registra la determinación de la agudeza visual.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:
- En el 1º casillero se registra "P" como diagnóstico presuntivo.
- En el 2º y 3º casillero SIEMPRE se registra "D"

En el ítem: LAB, registre:
- En el 1º casillero se registra "RF" de Referencia
- En el 2º casillero se registra el número de la consejería según corresponda.
- En el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO.
- En el 4º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO, usando las nomenclaturas ya mencionadas.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 59416528 | 1 | Trujillo | 4 | X | PC | PESO | N | N | 1. Ametropia | P | D | R | RF | H527 |
| | | | | | M | | TALLA | C | C | 2. Consejería en salud ocular | P | D | R | 1 | 99401.16 |
| | 54680 | 58 | | | D | Pab | Hb | R | R | 3. Determinación de agudeza visual | P | D | R | 70 | 99173 |
| | | | | | | | | | | 4 | P | D | R | 50 | |

## DIAGNÓSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS

**Definición Operacional.-** Actividad que se realiza en niños (as) de 3 a 11 años de edad, referidos con diagnóstico presuntivo de error refractivo, con el objetivo de determinar el tipo de error refractivo a través del examen de refracción e indicar el tratamiento; esta actividad está a cargo del médico oftalmólogo y/o tecnólogo médico en optometría bajo la supervisión del médico oftalmólogo, se brinda en establecimientos de salud con capacidad resolutiva u oferta móvil, incluye la segunda consejería.

- **Refracción con cicloplejia**
  - Cicloplejia (Dilatación pupilar)
  - Retinoscopia
- **Refracción**
  - Refracción subjetiva
  - Refracción con autoqueratorefractómetro.
  - Retinoscopia
- **Consejería en Salud Ocular**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:
- En el 1º casillero: se registra el diagnóstico identificado de la Refracción.
  - Miopía
  - Hipermetropía
  - Astigmatismo
- En el 2º casillero se registra el procedimiento realizado (Ejemplo refracción (subjetiva), refracción cicloplégica y otros), un casillero por cada procedimiento.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:
- En el 1º casillero se registra "D" " cuando el diagnóstico es confirmado por primera vez y "R" cuando

el diagnóstico es repetido.
- En el 2º casillero se registra siempre “D” en caso del procedimiento realizado.

### Refracción con cicloplejia

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | |
| 13 | 02546946 | 1 | Ocoña | 5 | A / M / D | M / F | PC | | PESO | | N | N | 1. Miopía | P | D | R | | H521 |
| | 45361 | 58 | | | | | Pab | | TALLA | | C | C | 2. Refracción cicloplégica | P | D | R | | 92016 |
| | | | | | | | | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | |

### Refracción sin cicloplejia

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | |
| 13 | 54609246 | 1 | Belén | 8 | A / M / D | M / F | PC | | PESO | | N | N | 1. Astigmatismo | P | D | R | | H520 |
| | 23977 | 58 | | | | | Pab | | TALLA | | C | C | 2. Refracción | P | D | R | | 92015 |
| | | | | | | | | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | |

## TRATAMIENTO DE ERRORES REFRACTIVOS

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades destinadas a brindar el tratamiento mediante la entrega de lentes correctores a los niños(as) de 3 a 11 años de edad, con diagnóstico de error de refracción, según prescripción del médico oftalmólogo. Esta actividad está a cargo del médico oftalmólogo y/o tecnólogo médico en optometría bajo la supervisión del médico oftalmólogo, se brinda en establecimientos de salud con capacidad resolutiva u oferta móvil. Incluye la tercera consejería.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:
- En el 1º casillero se registra el diagnóstico identificado:
  - Miopía
  - Hipermetropía
  - Astigmatismo
- En el 2º casillero Prueba y ajuste de anteojos
- En el 3º casillero Consejería en salud ocular

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:
- En el 1º casillero Repetido se registra “R” para el diagnóstico de la morbilidad, por ser un paciente que ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- Para las demás actividades registrar siempre “D”.

En el ítem: LAB, registre:
- En el 3º casillero registre el número de la consejería

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | |
| 13 | 2546946 | 1 | Ocoña | 5 | A / M / D | M / F | PC | | PESO | | N | N | 1. Miopía | P | D | R | | H521 |
| | 45351 | 58 | | | | | Pab | | TALLA | | C | C | 2. Prueba de ajuste de anteojos | P | D | R | | Z460 |
| | | | | | | | | | Hb | | R | R | 3. Consejería en salud ocular | P | D | R | 3 | 99401.16 |

## CONTROL DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos dirigidos al niño(a) de 3 a 11 años de edad, que inició tratamiento por error refractivo con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento (verificación de uso de lentes) y determinar la mejoría de la agudeza visual con su mejor corrección (Lentes correctores). Es realizada por médico oftalmólogo, tecnólogo médico en optometría o profesional de la salud capacitado de establecimientos de salud (I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2) u oferta móvil. El 1er control se realiza a los 3 meses y el 2do control a los 6 meses a partir de la entrega de los lentes correctores. Incluye cuarta consejería

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:
- En el 1º casillero el diagnóstico identificado
  - Miopía
  - Hipermetropía
  - Astigmatismo
- En el 2º casillero: Prueba y ajuste de anteojos
- En el 3º casillero: Consejería en salud ocular
- En el 4º casillero Determinación de la agudeza visual

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:
- En el 1º casillero se registra "R" para el diagnóstico de la morbilidad por ser un paciente que ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- En el 2º casillero se registra "R" por ser un control, solo se registra con "D" cuando se inicia el tratamiento
- En el 3º y 4 º casillero se registra siempre "D"

En el ítem: LAB, registre:
- En el 2º casillero se registra el número de consejería según corresponda
- En el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del **OJO DERECHO**.
- En el 4º casillero se registra el resultado de la evaluación del **OJO IZQUIERDO**.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTABLECI | SERVICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 2546946 | 1 | Ocoña | 5 | A / M | PC | PESO | N | N | 1. Miopía | P | D | R | | H521 |
| | | | | | M | | TALLA | E | E | 2. Prueba de ajuste de anteojos | P | D | R | | Z460 |
| | 45351 | 58 | | | D | F / Pab | Hb | R | R | 3. Consejería en salud ocular | P | D | R | 4 | 99401.16 |
| | | | | | | | | | | 4 Determinación de la agudeza visual | P | D | R | 30 | 99173 |
| | | | | | | | | | | | P | D | R | 20 | |

## TAMIZAJE DE LA PERSONA CON RIESGO DE GLAUCOMA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

**Definición Operacional.-** Atención realizada por personal de salud capacitado con el objetivo de identificar factores de riesgo para glaucoma: persona de 40 años a más de edad, antecedente familiar de glaucoma y presión intraocular elevada. Con dos o más factores de riesgo identificados, se deriva para evaluación por médico. Se realiza en los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1).
Actividad realizada por el personal de salud capacitado (Licenciada en Enfermería, Tecnólogo médico en Optometría y Médico general).
Incluye las siguientes actividades y procedimientos:
- En el 1° casillero -Examen de los ojos y de la visión
- En el 2° casillero - Determinación de la presión intraocular bilateral

• En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE “D”

En el ítem LAB, anote:
• En el 1°casillero se registra el resultado si es **NORMAL** la letra **(N)** y si es **ANORMAL (A)**
• En el 2°casillero se registra el resultado de la evaluación de la “PIO” del Ojo derecho.
• En el 3°casillero se registra el resultado de la evaluación de la “PIO” del Ojo izquierdo.
  • **N=** Normal 10 – 21 mmHg
  • **A=** Anormal > 21 mmHg

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | | |
| 13 | 84257962 | 1 | Lima | 61 | A M D / M F | PC | PESO | | N | N | 1. Examen de los ojos y la visión | P | X | R | A | Z010 |
| | 945530 | 58 | | | | Pab | TALLA | | X | X | 2. Determinación de la presión intraocular | P | X | R | N | 92100 |
| | | | | | | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | A | |

## EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE GLAUCOMA

**Definición Operacional.-** Atención realizada por médico capacitado o tecnólogo médico en optometría con el objetivo de identificar y evaluar a la persona con dos o más factores de riesgo para glaucoma y establecer el diagnóstico presuntivo para su posterior referencia, esta actividad se realiza en los establecimientos de salud del primer nivel (I-2, I-3, I-4) y excepcionalmente segundo nivel de atención (II-1) con población asignada.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud para el diagnóstico
• En el 1º casillero el diagnóstico de sospecha se glaucoma.
• En el 2º casillero el diagnóstico de consejería en salud ocular.
• En el 3º casillero la determinación de la presión intraocular

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:
• En el 1º casillero se coloca “P” cuando se trate de un diagnóstico presuntivo por descartar, “D” si el diagnóstico es confirmado por primera vez y “R” en los controles.
• En el 2º y 3º casillero SIEMPRE “D”

En el ítem Lab anote:
• En el 1° casillero RF para indicar la referencia indicada.
• En eL 2 casillero registra el número de la consejeria.
• En el 3°casillero el resultado de la evaluación del OD según corresponda.
• En el 4°casillero el resultado de la evaluación de la “PIO” del OI según corresponda.
  • **N=** Normal 10 – 21 mmHg
  • **A=** Anormal > 21 mmHg

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / | | | | | | | | | |
| 13 | 56412256 | 1 | Ferreñafe | 61 | A M D / M F | PC | PESO | | N | N | 1. Sospecha de glaucoma | X | D | R | RF | H40.0 |
| | 349550 | 58 | | | | Pab | TALLA | | X | X | 2. Consejería en Salud Ocular | P | X | R | 1 | 99401.16 |
| | | | | | | | Hb | | R | R | 3. Determinación de la presión intraocular | P | X | R | N | 92100 |
| | | | | | | | | | N | N | 4 | P | D | R | A | |
| | | | | | | | | | R | R | 5 | P | D | R | | |

## DIAGNÓSTICO DE GLAUCOMA

**Definición Operacional.-** Actividades y procedimientos que tienen por finalidad evaluar integralmente y establecer el diagnóstico definitivo de glaucoma a la persona de 40 años de edad a más. Está a cargo del médico oftalmólogo de los establecimientos de salud con capacidad resolutiva (segundo o tercer nivel de atención que cuenten con servicio de oftalmología y excepcionalmente de las categorías I-4 y II-1).

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

- En el 1° casillero registre cualquiera de los diagnósticos siguientes:
  - Sospecha de Glaucoma (H40.0)
  - Glaucoma no Especificado (H40.9)
  - Glaucoma Primario de Angulo Abierto (H40.1)
  - Glaucoma Primario de Angulo Cerrado (H40.2)
- En los siguientes casilleros se deberá registrar los procedimientos realizados durante la consulta:
  - Gonioscopía (92020)
  - Tonometría (92100)
  - Oftalmoscopia Indirecta (92226)
  - Microscopía Binocular (92504)
  - Consejería en Salud Ocular (99401.16)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1° casillero se registra "D" cuando el diagnóstico es confirmado por primera vez y "R" cuando el diagnóstico es repetido.
- En los casilleros donde se registran los procedimientos siempre es "D".

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | | | | | |
| 13 | 84257962 | 1 | Lima | 61 | ~~A~~ | ~~M~~ | PC | PESO | N | N | 1. Glaucoma primario de ángulo abierto | P | ~~D~~ | R | | H402 |
| | | | | | M | F | Pab | TALLA | ~~C~~ | ~~C~~ | 2. Gonioscopía | P | ~~D~~ | R | | 92020 |
| | 945530 | 58 | | | D | | | Hb | R | R | 3. Determinación de la presión intraocular | P | ~~D~~ | R | N | 92100 |
| | | | | | | | | | | | 4 | | | | A | |

## TRATAMIENTO DE GLAUCOMA

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos orientados a brindar tratamiento a la persona de 40 años de edad a más con diagnóstico definitivo de un tipo de glaucoma, sea farmacológico, láser o quirúrgico según determinación del médico oftalmólogo capacitado. Se realiza en el establecimiento de salud con capacidad resolutiva del II y III nivel de atención, donde se realizó el diagnóstico.

Incluye las siguientes actividades y procedimientos según corresponda al tipo de Glaucoma se puede considerar:

- **Tratamiento láser**
  - Iridotomía láser (66761)
  - Iridoplastia láser (66762)
  - Trabeculoplastía (65855)

- **Tratamiento quirúrgico – cirugía filtrante**
  - Trabeculectomía (66170)
  - Derivación de humor acuoso a un reservorio extra ocular (p. ej. Molteno, Schocket, Denver-Krupin) (66180).
- **Tratamiento quirúrgico – ciclodestructivo**
  - Ciclocrioterapia (66720)
  - Ciclofotocoagulación vía transescleral (66710)
  - Endociclofotocoagulación vía transendoscópica (66711)

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:
- En el 1°casillero registre el diagnóstico específico del tipo de glaucoma.
- En el 2° casillero procedimiento realizado para el diagnóstico.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:
- En el 1° casillero para el diagnóstico "D" cuando se diagnostica por primera vez, en los controles es "R".
- En los casilleros donde se registran los procedimientos siempre "D".

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | |
| 13 | 84257962 | 1 | Lima | 61 | A / M | PC | | PESO | | N | N | 1. Glaucoma primario de ángulo abierto | P | D | R | | H401 |
| | 945530 | 58 | | | M / D | F / Pab | | TALLA / Hb | | C / R | C / R | 2. Iridotomía laser / 3. | P | D | R | | 66761 |



*Cuando el tratamiento es farmacológico, solamente se registra el diagnóstico.*

## CONTROL DE PERSONAS CON GLAUCOMA

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos que permiten la evaluación integral oftalmológica, adherencia al tratamiento y la evolución de la enfermedad de la persona de 40 años de edad a más, con diagnóstico de Glaucoma, que inició tratamiento indicado por el médico oftalmólogo en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención (excepcionalmente aquellos con capacidad resolutiva del primer nivel). Se realizan dos controles: Primer control a los 3 meses y el segundo control a los 6 meses del primer control.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:
- En el 1°casillero el diagnostico identificado.
  - En los siguientes casilleros deberá registrar los procedimientos realizados durante la consulta
    - Microscopía Binocular (92504)
    - Tonometría (92100)
    - Oftalmoscopia Indirecta (92226)
    - Consejería en Salud Ocular (99401.16)
    - Gonioscopía (92020)

En el ítem: Tipo de diagnóstico,
- En el 1° casillero marque "R" por tratarse de control.
- En los siguientes casilleros deberá marcar "D" a los procedimientos realizados durante la consulta.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | |
| 13 | 84257962 | 1 | Lima | 61 | A M / M / D F | PC | PESO | | N | N | 1. Glaucoma primario de ángulo cerrado | P | D | R | A | H402 |
| | | | | | | | TALLA | | C | C | 2. Tonometría | P | D | R | N | 92100 |
| | 945530 | 58 | | | | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | |

## TAMIZAJE Y DETECCIÓN DE CATARATA MEDIANTE EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

**Definición Operacional.-** Intervención realizada con el objetivo de efectuar el examen de los ojos y la determinación de la agudeza visual con oclusor con agujero estenopeico, para detectar algún grado de disminución de la misma o ceguera causada probablemente por catarata en personas de 50 años a más de edad, como parte de la atención integral de salud, a cargo de un personal de salud capacitado de establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y excepcionalmente segundo nivel de atención (II-1) con población asignada. Se realiza una (01) vez al año.

**Actividad realizada por personal técnico de salud capacitado del primer nivel de atención**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:
- En el 1º casillero Determinación de la Agudeza Visual

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: Lab anote:
- En el 1º casillero el resultado de la evaluación del OJO DERECHO según corresponda
- En el 2º casillero el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO según corresponda:
  - Agudeza Visual 20/20 registrar: **20**
  - Agudeza Visual 20/25 registrar: **25**
  - Agudeza Visual 20/30 registrar: **30**
  - Agudeza Visual 20/40 registrar: **40**
  - Agudeza Visual 20/50 registrar: **50**
  - Agudeza Visual 20/70 registrar : **70**
  - Agudeza Visual 20/100 registrar : **100**
  - Agudeza Visual 20/200 registrar : **200**
  - Agudeza Visual 20/400 registrar : **400**
  - Agudeza Visual < 20/400, registrar: **800**

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | |
| 13 | 98822417 | 1 | Cusco | 68 | A M / M / D F | PC | PESO | | N | N | 1. Determinación de la agudeza visual | P | D | R | 70 | 99173 |
| | | | | | | | TALLA | | C | C | 2. | P | D | R | 200 | |
| | 2147852 | 58 | | | | Pab | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | |

**Actividad realizada por personal profesional de la salud capacitado (médico general, enfermera, tecnólogo médico en optometría)**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:
- En el 1º casillero Examen de los Ojos y de la Visión
- En el 2º casillero Determinación de la agudeza visual

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE "D"

En el ítem: LAB, registre:
- En el 1º casillero, se registra el resultado si es NORMAL la sigla (N) y si es ANORMAL (A)
- En el 2º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO
- En el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO, usando las nomenclaturas ya mencionadas.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 59416528 | 1 | Trujillo | 74 | A / M / D | M / F | PC | PESO | | N | N | 1. Examen de los ojos y de la visión | P | X | R | A | Z010 |
| | 54680 | 58 | | | | | Pab | TALLA | | C | C | 2. Determinación de la agudeza visual | P | X | R | 70 | 99173 |
| | | | | | | | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | 200 | |

## EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE CATARATA

**Definición Operacional.-** Actividades y procedimientos que tienen por objetivo establecer el diagnóstico presuntivo de disminución de la agudeza visual o ceguera por catarata en personas de 50 años a más de edad, identificadas durante el tamizaje. Lo realiza el médico general capacitado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1).

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:
- En el 1º casillero diagnóstico.
- En el 2º casillero conjería de salud ocular.
- En el 3º casillero determinación de la agudeza visual.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque **SIEMPRE "P"**

En el ítem: Lab, anote:
- En el 1º casillero "**RF**" para indicar la referencia REALIZADA
- En el 2º casillero el número de consejería en salud ocular
- En el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO
- En el 4º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO, usando las nomenclaturas ya mencionadas

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 23 | 725441482 | 2 | Camaná | 76 | A / M / D | M / F | PC | PESO | | N | N | 1. Catarata senil | P | X | R | RF | H259 |
| | 483438 | 58 | | | | | Pab | TALLA | | C | C | 2. Consejería en salud ocular | P | X | R | 1 | 99401.16 |
| | | | | | | | | Hb | | R | R | 3. Determinación de la agudeza visual | P | X | R | 200 | 99173 |
| | | | | | | | | Hb | | R | R | 4 | P | D | R | 400 | |

## DIAGNÓSTICO DE CEGUERA POR CATARATA

**Definición Operacional.-** Intervención dirigida a personas de 50 años a más de edad, con disminución de la agudeza visual y/o ceguera referidos con diagnóstico presuntivo de catarata, con el objetivo de establecer el diagnóstico definitivo de catarata y realizar la evaluación integral de la persona para determinar el grado de dificultad de la cirugía a realizar. Se brinda en establecimientos de salud con capacidad resolutiva (segundo o tercer nivel de atención que cuenten con servicio de oftalmología y excepcionalmente de las categorías I-3, I-4 y II-1).
- En el 1º casillero el diagnóstico del tipo de catarata.
- En los siguientes casilleros se deberá registrar los procedimientos realizados durante la consulta:
  - Oftalmoscopia Indirecta (92226)
  - Microscopía Binocular (92504)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:
- En el 1º casillero para el diagnóstico "D" cuando se diagnostica por 1º vez, en los controles es "R"
- En el 2º y 3º casillero se registra el procedimiento, siempre con "D".

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | | |
| 13 | 84257962 | 1 | Lima | 61 | A M D | PC | PESO | | N | N | 1. Catarata senil, tipo Morgagnian | P | D | R | | H252 |
| | 945530 | 58 | | | M F | Pab | TALLA | | C | C | 2. Oftalmoscopia indirecta | P | D | R | | 92226 |
| | | | | | D | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | |

### En caso de Catarata infantil

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | | |
| 22 | 10025474 | 1 | Lima | 1 | A M D | PC | PESO | | N | N | 1. Catarata infantil | P | D | R | | H260 |
| | 124456 | 58 | | | M F | Pab | TALLA | | C | C | 2. Oftalmoscopia indirecta | P | D | R | | 92226 |
| | | | | | D | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | |

## TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CATARATA

**Definición Operacional**.- Conjunto de procedimientos y actividades orientadas a mejorar la salud visual mediante el tratamiento quirúrgico y control post operatorio de la persona de 50 años de edad a más, con diagnóstico de ceguera por catarata. La intervención por cirugía como método de tratamiento es sumamente eficaz y permite la rehabilitación visual casi inmediata y se realiza mediante la inserción de un lente intraocular (Incisión Extracapsular del Cristalino o Incisión Pequeña y Facoemulsificación), de acuerdo a la normatividad vigente .

En el ítem diagnóstico motivo de consulta se puede anotar cualquiera de los siguientes tratamientos quirúrgicos especializado:

- Facofragmentación (Facoemulsificación) (66850)
- Extracción extracapsular de catarata con implante de lente intraocular (66984)
- MININUC con implante de Lente Intraocular (LIO) (66993)

En el ítem Lab, registre el grado de dificultad de la cirugía:

- **1 =** Baja Dificultad
- **2 =** Mediana Dificultad
- **3 =** Alta Dificultad

### Grado de Dificultad en las Intervenciones Quirúrgicas de Cataratas

| Grado de Dificultad | Puntaje | Facilidad de la Cirugía |
|---|---|---|
| **1 = BAJO** | 20 | Potencialmente Fácil |
| **2 = MODERADO** | 21 – 40 | Potencialmente Difícil |
| **3 = ALTO** | 41 – 60 | Potencialmente Muy Difícil |

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | | |
| 13 | 84257962 | 1 | Lima | 61 | A M D | PC | PESO | | N | N | 1. Extracción de catarata extracapsular con implante LIO | P | D | R | 1 | 66982 |
| | 945530 | 58 | | | M F | Pab | TALLA | | C | C | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | D | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | |

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | |
| 13 | 10025474 | 1 | San Juan | 58 | A / M / D | PC | PESO | | N | N | 1. Facofragmentación (mecánica o ultrasonido) con aspiración | P | X | R | 2 | 66850 |
| | 254786 | 58 | | | M / F | Pab | TALLA | | E | E | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | |

**En el Registro de las Intervenciones Quirúrgicas por Catarata:**

Para el registro de intervenciones quirúrgicas por Catarata deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

- Las intervenciones y procedimientos de los equipos móviles (Locales, Regionales y del INO) deben ser registradas en el formulario del sistema HIS Minsa y luego entregados al establecimiento donde se realiza la atención especializada.
- Los establecimientos de salud deberán realizar el ingreso de los datos generales del personal de los equipos móviles (Locales, Regionales y del INO) para su identificación en la base de datos.
- Los establecimientos de salud donde se realice la atención de equipos móviles (Locales, Regionales y del INO) deben remitir el reporte de las actividades del mes al coordinador de la estrategia de su región para que sea remitida a la institución responsable de la atención.

## CONTROL POST OPERATORIO DE CIRUGÍA DE CATARATA

**Definición Operacional.-** Intervención dirigida a personas pobres y extremadamente pobres mayores de cincuenta (50) años de edad que luego de ser intervenidas quirúrgicamente son evaluados en la consulta médica. Se brinda en establecimientos de salud de las categorías II-1, II-2, III-1 y III-2 dependiendo del tipo de control a ser realizado, asimismo en aquellos establecimientos con capacidad resolutiva quirúrgica y en aquellos casos donde se realizó la intervención por oferta móvil.

**EN EL CONTROL POST OPERATORIO:**

| Controles | Periodicidad | Procedimientos | Responsabilidad |
|---|---|---|---|
| **1º Control** | Al día siguiente | • Agudeza visual<br>• Edema corneal<br>• Uveítis<br>• Lente intraocular | Médico Cirujano de oferta fija como flexible (móvil). |
| **2º Control** | A la semana | • Agudeza visual<br>• Presión Intraocular - PIO<br>• Edema corneal<br>• Uveítis<br>• Lente intraocular | El Médico Oftalmólogo del II o III nivel de atención, de no haber servicio de oftalmología deberá ser realizado por Médico de I nivel capacitado. |
| **3º Control** | Al mes | • Agudeza visual<br>• Presión Intraocular - PIO<br>• Edema corneal<br>• Uveítis<br>• Lente intraocular | El Médico Oftalmólogo del II o III nivel de atención, de no haber servicio de oftalmología deberá ser realizado por Médico de I nivel capacitado. |
| **4º Control** | A los dos meses | • Capsulotomía posterior con YAG LASER en los casos que se opacifique la Cápsula Posterior: se realizará en el 15 al 70% de los pacientes operados de catarata.<br>• Presión Intraocular - PIO<br>• Refracción.<br>• En niños sin lente intraocular, lentes de contacto. | El Médico Oftalmólogo del II o III nivel de atención, de no haber servicio de oftalmología deberá ser referido por Médico del I nivel capacitado. |

**Cuando el personal de salud no médico realiza el control:**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:
- En el 1º casillero Cuidado Posterior a la Cirugía
- En los siguientes casilleros deberá registrar los procedimientos realizados durante la consulta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque:
- SIEMPRE Repetido "R" para cuidado posterior a la Cirugía debido a que este registro lo realizarael oftalmólogo de forma definitiva.
- Para las demás actividades y/o procedimientos colocar siempre Definitivo "D".

En el ítem Lab, registre:
- En el 1º casillero registre el número de control post-operatorio 1, 2, 3, 4… según corresponda.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | |
| 23 | 85421548 | 2 | Moyobamba | 64 | A / M / D | M / F | PC / Pab | | PESO | | N | N | 1. Cuidados posteriores a la cirugía (Catarata) | P | D | R | 2 | 66982.01 |
| | 485682 | 84 | | | | | | | TALLA | | C | C | 2. Determinación de la Agudeza Visual | P | D | R | 70 | 99173 |
| | | | | | | | | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | 50 | |

**Cuando el Médico realiza el control:**

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:
- En el 1º casillero el diagnóstico catarata senil.
- En el 2º casillero cuidados posteriores a la cirugía
- En los siguientes casilleros deberá registrar los procedimientos realizados durante la consulta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque:
- En el primer casillero se marca "R" por tratarse de diagnóstico repetido.
- A partir del segundo casillero, las actividades y/ procedimientos de control se marcan con "D" de definitivo.

En el ítem Lab, registre:
- En el 2º casillero se registra el número de control post operatorio 1, 2, 3, 4…según corresponda

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | |
| 13 | 56412256 | 1 | Ferreñafe | 61 | A / M / D | M / F | PC / Pab | | PESO | | N | N | 1. Catarata senil | P | D | R | | H259 |
| | 349550 | 58 | | | | | | | TALLA | | C | C | 2. Cuidado posterior a la cirugía | P | D | R | 2 | 66982.01 |
| | | | | | | | | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | |

## CONTROL Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO DE COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS

**Definición Operacional.-** Intervención dirigida a personas pobres y extremadamente pobres mayores de cincuenta (50) años de edad que luego de ser intervenidas quirúrgicamente son evaluados en la consulta médica y diagnosticados con complicaciones post quirúrgicas. Se brinda en establecimientos de salud con oftalmólogo.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:
- En el 1º casillero anote el diagnóstico de complicación quirúrgica que corresponde:
- En el 2º casillero Cuidado Posterior a la Cirugía
- En el 3° casillero consejería en salud ocular
- En los siguientes casilleros deberá registrar los procedimientos realizados durante la consulta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque
- En el 1º casillero "D" la primera vez que se diagnóstica
- En el 2º casillero siempre "D"
- En el 3° casillero consejería en salud ocular siempre "D"

En el ítem Lab, registre:
- En el 2º casillero SIEMPRE el número de control post-operatorio 1, 2, 3, 4… según corresponda.
- En el 3º casillero SIEMPRE el número de consejería 1, 2, 3, 4… según corresponda.



| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 56412256 | 1 | Piura | 59 | A | PC | PESO | N | N | 1. Síndrome vítreo consecutivo a cirugía catarata | P | X | R | | H590 |
| | 349550 | 58 | | | M | | TALLA | C | C | 2. Cuidados posteriores a la cirugía catarata | P | X | R | 3 | 66982.01 |
| | | | | | D | F | Pab | Hb | R | R | 3. Consejería en salud ocular | P | X | R | 3 | 99401.16 |

## DETECCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS CON RIESGO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos que permiten identificar a las personas con diabetes mellitus que puedan o no manifestar problemas visuales; esta actividad está a cargo del personal de salud capacitado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1). Se brinda una (01) vez al año y complementa la valoración clínica de enfermedades crónicas no transmisibles.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:
- En el 1º casillero diagnóstico considerar los siguiente:
  - Diabetes Mellitus no especificada, con complicaciones no especificadas (E148)
- En el 2º casillero Determinación de la agudeza visual.

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque:
SIEMPRE Repetido "R" para el diagnóstico de la morbilidad por tratarse de caso en tratamiento.
- Para las demás actividades y/o procedimientos colocar siempre Definitivo "**D**".

En el ítem: Lab, anote:

- En el 2º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO DERECHO
- En el 3º casillero se registra el resultado de la evaluación del OJO IZQUIERDO, usando las nomenclaturas ya mencionadas.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | |
| 13 | 72541482 | 1 | Camaná | 61 | A M D | M F | PC Pab | | PESO | | N N | 1. Diabetes Mellitus con complicaciones no especificadas | P | D | R | | E148 |
| | 483438 | 58 | | | | | | | TALLA | | C C | 2. Determinación de agudeza visual | P | D | R | 50 | 99173 |
| | | | | | | | | | Hb | | R R | 3. | P | D | R | 100 | 99401 |

## EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE RETINOPATÍA DIABÉTICA (RD)

**Definición Operacional.-** Conjuntos de actividades y procedimientos que se realizan a las personas con diabetes mellitus que fueron detectadas, que puedan o no manifestar problemas visuales, con el objetivo de realizar una evaluación ocular; esta actividad está a cargo del médico general capacitado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1). Se brinda por lo menos una (01) vez al año y complementa la valoración clínica de enfermedades crónicas no transmisibles.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero diagnóstico considerar los siguiente:
  - Diabetes Mellitus no especificada, con complicaciones no especificadas (E148)
- En el 2º casillero examen de los ojos y de la visión
- En el 3º casillero Examen de fondo de ojo (Oftalmoscopía directa) o Retinografía según su capacidad resolutiva.
- En el 4º casillero Consejería integral
- En el 5º casillero Determinación de la agudeza visual

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | |
| 13 | 72541482 | 1 | Camaná | 61 | A M D | M F | PC Pab | | PESO | | N N | 1. Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones no especializadas. | P | D | R | RF | E148 |
| | 483438 | 58 | | | | | | | TALLA | | C C | 2. Examen de los ojos y de la visión | P | D | R | A | Z010 |
| | | | | | | | | | Hb | | R R | 3. Consejería en salud ocular | P | D | R | 1 | 99401.16 |
| | | | | | | | | | | | R R | 4 Determinación de la agudez visual | P | D | R | 50 | 99173 |
| | | | | | | | | | | | R R | 5 | P | D | R | 100 | 99401 |

## DIAGNÓSTICO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA (RD)

**Definición Operacional.-** Actividades y procedimientos que tienen por finalidad evaluar integralmente y establecer el diagnóstico definitivo de retinopatía diabética a la persona con diabetes mellitus, a cargo del médico oftalmólogo de los establecimientos de salud con capacidad resolutiva (segundo o tercer nivel de atención que cuenten con servicio de oftalmología y excepcionalmente de las categorías I-4 y II-1).

**Para el diagnóstico considerar los siguiente:**

- Diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones oftálmicas E103
- Diabetes mellitus no insulinodependiente con complicaciones oftálmicas E113
- Retinopatía diabética H360
- Desprendimiento de retina por tracción o mixto H334
- Hemorragia del vítreo H431

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Diagnostico del tipo de Retinopatía Diabética.
- En el 2º casillero Examen de Oftalmoscopia Indirecta u otros procedimientos clínicos a realizar en la consulta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero para el diagnóstico "D" cuando se diagnóstica por 1º vez, en los controles es "R"
- En los casilleros donde se registran los procedimientos

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 12 | 84257962 | 1 | Lima | 60 | A / M / D | PC / F / Pab | PESO | N | N | 1. Desprendimiento de retina por tracción | P | X | R | | H334 |
| | 945530 | 58 | | | | | TALLA | X | X | 2. Oftalmoscopia indirecta | P | X | R | | 92226 |
| | | | | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | |



| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 12 | 84257962 | 1 | Lima | 61 | A / M / D | PC / F / Pab | PESO | N | N | 1. Retinopatía diabética | P | X | R | | H360 |
| | 945530 | 58 | | | | | TALLA | X | X | 2. Retinografía | P | X | R | | 92250 |
| | | | | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | |

## TRATAMIENTO DE PERSONAS CON RETINOPATÍA DIABÉTICA

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos orientadas a mejorar la salud visual con la finalidad de prescribir el tratamiento y evaluar el proceso de evolución de la enfermedad de la persona con diagnóstico de Retinopatía Diabética. Está a cargo del médico oftalmólogo del establecimiento de salud con capacidad resolutiva del II y III nivel de atención.

Considerar dentro de tratamiento las siguientes actividades:

- Terapia láser (Fotocoagulación) (67145)
- Terapia intravítrea (Inyección Intravítrea) (67028)
- Cirugía vítrea (Vitrectomía) (67043)

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 84257962 | 1 | Lima | 60 | A / M / D | PC / F / Pab | PESO | N | N | 1. Retinopatía diabética | P | D | X | | H360 |
| | 945530 | 58 | | | | | TALLA | X | X | 2. Vitrectomía | P | X | R | | 67043 |
| | | | | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | |

## CONTROL DE PERSONAS CON RETINOPATÍA DIABÉTICA

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos que permiten la evaluación integral oftalmológica, adherencia al tratamiento y la evolución de la enfermedad de la persona con diagnóstico de Retinopatía Diabética, que inició tratamiento indicado por el médico oftalmólogo en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención (excepcionalmente aquellos con capacidad resolutiva del primer nivel). Se realiza dos controles: 1er control a los 2 meses del inicio de tratamiento y el 2do control a los 4 meses del primer control.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:
- En el 1º casillero Morbilidad (Complicación post quirúrgica)
- En el 2º casillero Cuidado Posterior a la Cirugía
- En el 3º casillero colocar el procedimiento que realiza
  - Oftalmoscopia directa
  - Oftalmoscopia indirecta

- En los siguientes casilleros deberá registrar los procedimientos realizados durante la consulta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque
- En el 1º casillero "**D**" si es la primera vez que se diagnostica y R si el diagnostico es repetido.
- En el 2º y 3º casillero siempre "**D**"

En el ítem Lab, registre:
- En el 2º casillero SIEMPRE el número de control post-operatorio 1, 2, 3, 4… según corresponda.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 84257962 | 1 | Lima | 60 | A / M | PC | PESO | N | N | 1. Retinopatía diabética | P | D | R | | H360 |
| | 945530 | 58 | | | M / F | Pab | TALLA | C | C | 2. Cuidado posterior a la cirugía | P | D | R | 1 | 67028 |
| | | | | | D | | Hb | R | R | 3. Oftalmoscopía indirecta | P | D | R | N | 92226 |

## ENFERMEDADES EXTERNAS DEL OJO

**Detección de personas con Enfermedades Externas del Ojo.**

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos que permiten identificar a las personas con enfermedades externa del ojo; esta actividad está a cargo del profesional de salud capacitado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Se brinda una (01) vez al año.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:
- En el 1º casillero el diagnóstico identificado
  - Examen de los ojos y de la visión
- En el 2º casillero: Consejería en salud ocular

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:
- En el 1º se registra "D" " cuando el diagnóstico es confirmado por primera vez.
- En el 2º casillero se registra siempre "D"

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 91452672 | 1 | Lima | 31 | A M D / M F | PC | PESO | N | N | 1. Examen de ojos y de la visión | P | D | R | A | Z010 |
| | 526152 | 58 | | | | Pab | TALLA | E | E | 2. Consejería en salud ocular | P | D | R | | 99401.16 |
| | | | | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | |

## Diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos orientados a diagnosticar las enfermedades externas del ojo (conjuntivitis, blefaritis orzuelo, chalazión); esta actividad está a cargo del médico general capacitado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1).

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico identificado
  - Orzuelo
  - Chalazión
  - Blefaritis
  - Conjuntivitis
- En el 2º casillero: Consejería en salud ocular

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º se registra "D" " cuando el diagnóstico es confirmado por primera vez.
- En el 2º casillero se registra siempre "D"

### Si la enfermedad es diagnosticada como Chalazión

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 91452672 | 1 | Lima | 31 | A M D / M F | PC | PESO | N | N | 1. Chalazion | P | D | R | | H001 |
| | 526152 | 58 | | | | Pab | TALLA | E | E | 2. Consejería en salud ocular | P | D | R | 1 | 99401.16 |
| | | | | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | |

## Tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos orientados a brindar tratamiento a la persona con enfermedad externa del ojo (conjuntivitis, blefaritis, orzuelo, chalazión). Esta actividad está a cargo del médico general capacitado del 1er nivel de atención.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico identificado
  - Blefaritis
  - Conjuntivitis
  - Orzuelo
  - Chalazión
- En el 2º casillero: Consejería en salud ocular

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º se registra "D" " cuando el diagnóstico es confirmado por primera vez.

En el 2º casillero se registra siempre “D”

**Cuando el tratamiento es farmacológico**

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 91452672 | 1 | Lima | 31 | A M / M | PC | PESO | N | N | 1. Conjutivitis | P | D | R | | H109 |
| | 526152 | 58 | | | D F | Pab | TALLA | C | C | 2. Consejería en salud ocular | P | D | R | 1 | 99401.16 |
| | | | | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | |

**Tratamiento Especializado de Complicaciones de Párpado**

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos orientados a brindar tratamiento médico o quirúrgico a la persona con complicaciones de párpado (orzuelo y chalazión). Esta actividad está a cargo del médico oftalmólogo de los establecimientos de salud con capacidad resolutiva (segundo o tercer nivel de atención que cuenten con servicio de oftalmología y excepcionalmente de las categorías I-3 y I-4). Se brinda por lo menos una (01) vez al año.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:
- En el 1º casillero el diagnóstico identificado
  - Orzuelo
  - Chalazión
- En el 2º casillero: Consejería en salud ocular

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:
- En el 1º se registra “**D**“ cuando el diagnóstico es confirmado por primera vez.

En el 2º casillero se registra siempre “**D**“.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/___/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 91452672 | 1 | Lima | 31 | A M / M | PC | PESO | N | N | 1. Orzuelo | P | D | R | | H000 |
| | 526152 | 58 | | | D F | Pab | TALLA | C | C | 2. Consejería en salud ocular | P | D | R | 2 | 99401.16 |
| | | | | | | | Hb | R | R | 3. | P | D | R | | |

## DETECCIÓN DE PERSONAS CON TRACOMA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos que permiten identificar a las personas con tracoma; esta actividad está a cargo del personal de salud capacitado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1). Se brinda como parte de la atención integral en localidades identificadas con riesgo endémico de tracoma.

Se realiza una (01) vez al año

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:
- En el 1º casillero diagnóstico considerar los siguiente:
  - Tracoma no especificado
- En el 2º casillero examen de los ojos y de la visión
- En el 3° casillero consejería en salud ocular

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque:
- En el ítem: Tipo de diagnóstico marque **SIEMPRE "P"**
- Para las demás actividades y/o procedimientos colocar siempre Definitivo "D".

En el ítem: Lab, anote:
- En el 2º casillero se registra el resultado si es normal la sigla (**N**) y si es anormal (**A**)
- En el 3º casillero el número de salud ocular.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 84257962 | 1 | Maynas | 25 | A X M X D | PC | PESO | N | N | 1. Tracoma | P | D | R | | A719 |
| | | | | | M | | TALLA | E | E | 2. Examen de los ojos y de la visión | P | D | R | A | Z010 |
| | 945530 | 58 | | | F | Pab | Hb | R | R | 3. Consejería en salud ocular | P | D | R | 1 | 99401.16 |

## DIAGNÓSTICO DE TRACOMA

**Definición Operacional.-** Actividades y procedimientos que tienen por finalidad evaluar integralmente y establecer el diagnóstico definitivo de Tracoma, a cargo del médico oftalmólogo del establecimiento de salud con capacidad resolutiva (segundo o tercer nivel de atención que cuenten con servicio de oftalmología y excepcionalmente de las categorías I-4 y II-1.

**Para el diagnóstico considerar las siguientes posibilidades:**
- Tracoma no especificado (A719)
- Triquiasis palpebral (H020)

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote:
- En el 1º casillero Diagnóstico
- En el 2º casillero Examen de microscopía binocular 92504.
- En el 3º casilllero consejeria en salud ocular.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:
- En el 1º casillero para el diagnóstico "**D**" cuando se diagnóstica por 1º vez, en los controles es "**R**"
- En el 2 y 3 casillero donde se registran los procedimientos siempre "**D**".

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | | | | |
| 13 | 84257962 | 1 | Maynas | 61 | A X M X D | PC | PESO | N | N | 1. Triquiasis palpebral | P | D | R | | H020 |
| | | | | | M | | TALLA | E | E | 2. Microscopia Binocular | P | D | R | | 92504 |
| | 945530 | 58 | | | F | Pab | Hb | R | R | 3. Consejería en salud ocular | P | D | R | 2 | 99401.16 |

## TRATAMIENTO DE PERSONAS CON TRACOMA

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos orientados a mejorar la salud visual con la finalidad de prescribir el tratamiento y evaluar el proceso de evolución de la enfermedad de la persona con diagnóstico de Tracoma. Está a cargo del médico oftalmólogo capacitado de establecimientos de salud con capacidad resolutiva del II y III nivel de atención.

Incluye las siguientes actividades y procedimientos según corresponda, se puede considerar:

## Cuando el tratamiento es farmacologico, solamente se registra el diagnóstico

**Tratamiento Quirúrgico**

• Corrección de triquiasis (67830).

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

• En el 1°casillero diagnóstico
• En el 2° casillero procedimiento realizado para el diagnóstico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

• En el 1° casillero para el diagnóstico D cuando se diagnostica por 1 vez, en los controles es R.
• En los casilleros donde se registran los procedimientos siempre "**D**"

**Cuando el tratamiento es quirúrgico**

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | |
| 13 | 84257962 | 1 | Lima | 60 | A M M D F | PC Pab | PESO | | N | N | 1. Tracoma | P | D | R | | A719 |
| | | | | | | | TALLA | | E | E | 2. Correción de triquiasis | P | D | R | | 67830 |
| | 945530 | 58 | | | | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | |

## CONTROL DE PERSONAS CON TRACOMA

**Definición Operacional.-** Conjunto de actividades y procedimientos que permiten la evaluación integral oftalmológica y la evolución de la enfermedad de la persona con diagnóstico de triquiasis palpebral por tracoma, que recibió tratamiento quirúrgico indicado por el médico oftalmólogo en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención (excepcionalmente aquellos con capacidad resolutiva del primer nivel). Se realizan tres controles: 1er control a las 24 horas de realizada la cirugía, 2do control a los 7 días posteriores a la cirugía y 3er control a los 2 meses posteriores a la cirugía.

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

• En el 1º casillero Morbilidad
• En el 2º casillero Cuidado Posterior a la Cirugía
• En los siguientes casilleros deberá registrar los procedimientos realizados durante la consulta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque

• En el 1º casillero "R" por ser un diagnóstico repetido.
• En el 2º casillero siempre "D"

En el ítem Lab, registre:

• En el 2º casillero SIEMPRE el número de control post-operatorio 1, 2 o 3 según corresponda.

| DIA | D.N.I. / HISTORIA CLINICA | FINANC. / ETNIA | DISTRITO DE PROCEDENCIA / CENTRO POBLADO (*) | EDAD | SEXO | PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL | EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA | | ESTA-BLECI | SER-VICIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO P | D | R | LAB. | CÓDIGO CIE / CPMS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: | | | | | | | | | | | FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/_____ | | | | | |
| 13 | 84257962 | 1 | Maynas | 61 | A M M D F | PC Pab | PESO | | N | N | 1. Tracoma | P | D | R | | H020 |
| | | | | | | | TALLA | | E | E | 2. Cuidado posterior a la cirugia | P | D | R | 2 | 66982.01 |
| | 945530 | 58 | | | | | Hb | | R | R | 3. | P | D | R | | |

PERÚ | Ministerio de Salud

**MINISTERIO DE SALUD**
Av. Salaverry 801 - Jesús María, Lima
Telef: (01) 315 6600
www.gob.pe/minsa
INFOSALUD: 0800-10828