



PERÚ

Ministerio
de Salud

Oficina General
de Estadística e Informática

Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa
Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular

REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE
SALUD OCULAR**

2012



ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR DIAGNÓSTICOS Y

ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

| Código | Diagnóstico / Actividad | Código | Diagnóstico / Actividad |
|--------|--|--------|---|
| H000 | Orzuelo y otras Inflammaciones Profundas del Parpado | H170 | Leucoma Adherente |
| H001 | Calacio [Chalazion] | H171 | Otras Opacidades Centrales de la Cornea |
| H010 | Blefaritis | H179 | Cicatriz u Opacidad de la Cornea, no Especificada |
| H011 | Dermatosis no Infecciosa del Parpado | H180 | Pigmentaciones y depósitos en la Cornea |
| H018 | Otras Inflammaciones Especificadas del Parpado | H181 | Queratopatía Vesicular |
| H019 | Inflamación del Parpado, no Especificada | H182 | Otros Edemas de la Cornea |
| H020 | Entropión y Triquiasis Palpebral | H250 | Catarata Senil Incipiente |
| H021 | Ectropión del Parpado | H251 | Catarata Senil Nuclear |
| H022 | Lagoftalmos | H252 | Catarata Senil, Tipo Morgagnian |
| H023 | Blefarocalasia | H258 | Otras Cataratas Seniles |
| H024 | Blefaroptosis | H259 | Catarata Senil, no Especificada |
| H101 | Conjuntivitis Atópica Aguda | H260 | Catarata Infantil, Juvenil y Presenil |
| H102 | Otras Conjuntivitis Agudas | H261 | Catarata Traumática |
| H103 | Conjuntivitis Aguda, no Especificada | H262 | Catarata Complicada |
| H104 | Conjuntivitis Crónica | H263 | Catarata Inducida por drogas |
| H105 | Blefarconjuntivitis | H264 | Catarata Residual |
| H108 | Otras Conjuntivitis | H268 | Otras Formas Especificadas de Catarata |
| H109 | Conjuntivitis, no Especificada | H269 | Catarata, no Especificada |
| H110 | Pterigion | H400 | Sospecha de Glaucoma (Hipertensión ocular) |
| H112 | Cicatrices Conjuntivales | H401 | Glaucoma Primario de Angulo Abierto |
| H113 | Hemorragia Conjuntival | H402 | Glaucoma Primario de Angulo Cerrado |
| H114 | Otros Trastornos Vasculares y Quistes Conjuntivales | H403 | Glaucoma Secundario a Traumatismo Ocular |
| H118 | Otros Trastornos Especificados de la Conjuntiva | H404 | Glaucoma Secundario a Inflammación Ocular |
| H119 | Trastorno de la Conjuntiva, no Especificado | H405 | Glaucoma Secundario a otros Trastornos del Ojo |
| H133 | Penfigoide Ocular (L12.-+) | H406 | Glaucoma Secundario a drogas |
| H150 | Escleritis | H408 | Otros Glaucomas |
| H151 | Episcleritis | H409 | Glaucoma, no Especificado |
| H158 | Otros Trastornos de la Esclerótica | H498 | Otros Estrabismos Paralíticos |
| H159 | Trastorno de la Esclerótica, no Especificado | H499 | Estrabismo Paralítico, no Especificado |
| H160 | Úlcera de la Cornea | H500 | Estrabismo Concomitante Convergente |
| H161 | Otras Queratitis Superficiales sin Conjuntivitis | H501 | Estrabismo Concomitante divergente |
| H162 | Queratoconjuntivitis | H502 | Estrabismo Vertical |
| H163 | Queratitis Intersticial y Profunda | H503 | Heterotropía Intermitente |
| H164 | Neovascularización de la Cornea | H504 | Otras Heterotropías o las no Especificadas |
| H168 | Otras Queratitis | H506 | Estrabismo Mecánico |
| H169 | Queratitis, no Especificada | H508 | Otros Estrabismos Especificados |
| 99173 | Determinación de agudeza visual bilateral | H509 | Estrabismo, no Especificado |
| | | H510 | Parálisis de la Conjugación de la Mirada |
| | | H540 | Ceguera en ambos ojos |
| | | U139 | Consejería |
| | | Z010 | Examen de Ojos y de la Visión |



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

Esta Estrategia desarrolla actividades de Atenciones de Salud orientadas 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 y utilice los siguientes tres (03) ítems del campo "diagnósticos y/o actividades" para completar el registro de la atención.

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

TAMIZAJE Y DETECCION DE CATARATA MEDIANTE EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Definición Operacional: Intervención dirigida a personas pobres y extremadamente pobres mayores de cincuenta (50) años de edad que se brinda en establecimientos de salud con población asignada de las categorías I-1, I-2, I-3, I-4, excepcionalmente de la categoría II-1 siempre que tenga población asignada, con la finalidad de efectuar la valoración de la agudeza visual y detectar algún nivel de disminución de la agudeza visual o presencia de ceguera.

Actividad realizada por personal no profesional de salud capacitado

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

- En el 1º casillero Determinación de la Agudeza Visual Bilateral

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque SIEMPRE para ambos casos "D"

En el ítem: Lab, registre:

- En el 1º casillero **IA** (Inicio de Actividad)

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | LAB | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | | |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|---|---------------------|-------------------------------------|------------------|----|-------|----|---|-------------------------------------|---|---|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 15212 | 1 | 80 | Agua Blanca | 72 A | M | N | M | 1. Determinación de la Agudeza Visual bilateral | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | IA | 99173 | | | | | |
| | 10070662 | | | | | | | | | | | | E | C | 2. | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | F |



Para el caso del primer nivel de atención el personal no profesional de salud solo realiza el procedimiento de Determinación de la Agudeza visual bilateral y no debe registrar los resultados de esta

Actividad realizada por personal profesional no médico capacitado:

Cuando el Diagnóstico es Sin Patología:

Cuando se evalúan los resultados del paciente y este no tiene ningún daño solo se registra la evaluación realizada.

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 Presión Intraocular Bilateral

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

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|---|---------------------|--------------|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 10 | 15212 | 1 | 80 | Otuzco | 61 A | M | N | N | 1. Examen de los Ojos y de la Visión | P | D | R | 25 | Z010 |
| | 10070662 | | | | | | | | 2. Determinación de la presión intraocular bilateral | P | D | R | | 92100 |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

Cualquier tipo de examen se registra SIEMPRE con tipo de diagnóstico Definitivo "D", la diferenciación en el tipo de diagnóstico se realiza cuando se trata de patologías.

Cuando el Diagnóstico es con patología:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud para el diagnóstico puede utilizarse los siguientes diagnósticos:

- H540 Ceguera en ambos ojos (ceguera binocular)
- H544 Ceguera de un ojo (ceguera monocular)
- H542 Disminución Indeterminada de la Agudeza Visual en ambos ojos (Discapacidad visual moderada, binocular)
- H546 Disminución Indeterminada de la Agudeza Visual de un ojo (Discapacidad visual moderada, monocular)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem Lab, registre:

- En el 1º casillero, en el hallazgo de la agudeza visual, colocar el valor de la agudeza visual menor encontrado (sin correctores, sin agujero estenopeico), usando la siguiente nomenclatura para:
 - AV 20/20 registrar: 20
 - AV 20/25 registrar: 25
 - AV 20/30 registrar: 30
 - AV 20/40 registrar: 40
 - AV 20/50 registrar: 50
 - AV 20/70 registrar: 70
 - AV 20/100 registrar: 100
 - AV 20/200 registrar: 200

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|---|---------------------|--------------|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 10 | 15212 | 1 | 80 | Otuzco | 61 A | M | N | N | 1. Ceguera de un ojo | P | D | R | 100 | H544 |
| | 10070662 | | | | | | | | 2. Determinación de la presión intraocular bilateral | P | D | R | | 92100 |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |



| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | E S T A B L E | S E R V I C I O | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|---------------|-----------------|---|---------------------|-------------------------------------|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 22 | 31456 | 1 | 80 | Jesús María | 54 A | M | N | N | 1. Disminución Indeterminada de la Agudeza Visual de un ojo | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 50 | H546 |
| | 22498817 | | | | | | | | 2. Determinación de la presión intraocular bilateral | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | 92100 |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | E S T A B L E | S E R V I C I O | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|---------------|-----------------|---|---------------------|-------------------------------------|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 14 | 54789 | 1 | 80 | Amarilis | 64 A | M | N | N | 1. Ceguera de ambos ojos | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 70 | H540 |
| | 42487512 | | | | | | | | 2. Determinación de la presión intraocular bilateral | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | 92100 |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

Para el caso del primer nivel de atención el personal profesional no médico solo realiza el diagnostico de disminución indeterminada de la visión; (no llega a determinar la causa específica).

EVALUACIÓN Y DESPISTAJE DE CATARATA

Pacientes que pasan a la consulta médica luego de ser evaluados en el consultorio de atención integral y presentar diagnóstico de ceguera o disminución de la agudeza visual (se busca establecer si el diagnóstico se debe a la presencia de cataratas) si se trata de un EESS del primer nivel, se realiza la referencia (RF) para su atención por medico oftalmólogo al segundo nivel.

Definición Operacional: Intervención dirigida a personas pobres y extremadamente pobres mayores de cincuenta (50) años de edad que luego de ser evaluados en el consultorio de atención integral y representa diagnóstico de ceguera o disminución de la agudeza visual (H54) son referidos o derivados para su atención en la consulta médica. Se brinda en establecimientos de salud de las categorías I-3, I-4, II-1, con la finalidad de establecer si el diagnóstico de ceguera o disminución de la agudeza visual se debe a la presencia de catarata.

Actividad realizada por personal profesional médico capacitado:

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "P" o "D" dependiendo de la consideración de diagnostico hecha para el daño identificado.

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | E S T A B L E | S E R V I C I O | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|---------------|-----------------|---|-------------------------------------|---|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 23 | 945530 | 1 | 80 | Miraflores | 61 A | M | N | N | 1. Catarata Senil, no especificada | <input checked="" type="checkbox"/> | D | R | | H259 |
| | 10070662 | | | | | | | | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |



| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | E S T A B L E | S E R V I C I O | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|---------------|-----------------|---|---------------------|-------------------------------------|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 22 | 31456 | 1 | 68 | Puno | 54 A | M | N | N | 1. Hipertensión ocular (Sospecha de Glaucoma) | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | H400 |
| | 22498817 | | | | | | | | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

REFERENCIA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CEGUERA POR CATARATA

Definición Operacional: Intervención dirigida a personas pobres y extremadamente pobres mayores de cincuenta (50) años de edad con diagnóstico Presuntivo “P” o Confirmado “D” de ceguera y/o disminución de la agudeza visual por catarata, que son referidos a establecimientos II-2, III-1 o a un establecimiento intermedio donde concurre la oferta móvil procedente de establecimientos III-1 o III-2 con la finalidad de recibir diagnóstico y tratamiento especializado. Se brinda en establecimientos de salud con población asignada (categoría I-1, I-2, I-3, I-4, excepcionalmente de la categoría II-1) quienes programan un primer traslado para diagnóstico, tratamiento y primer control post operatorio, un segundo traslado para el tercer control post operatorio y un tercer traslado para el cuarto control post operatorio. Incluye movilidad, hospedaje y alimentación para paciente y familiar acompañante.

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

- En el 1º casillero la morbilidad, motivo de la referencia (si es el primer nivel el tipo de diagnóstico es Presuntivo (P) o definitivo (D))

En el ítem: Lab, registre:

- En el 1º casillero **RF** para indicar que el paciente ha sido referido.

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | E S T A B L E | S E R V I C I O | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|---------------|-----------------|---|-------------------------------------|---|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 15 | 15212 | 1 | 80 | Papaplaya | 68 A | M | N | N | 1. Catarata Senil, no especificada | <input checked="" type="checkbox"/> | D | R | RF | H259 |
| | 10070662 | | | | | | | | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | E S T A B L E | S E R V I C I O | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|---------------|-----------------|---|-------------------------------------|---|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 17 | 15212 | 1 | 80 | El Porvenir | 61 A | M | N | N | 1. Ceguera de un ojo | <input checked="" type="checkbox"/> | D | R | RF | H544 |
| | 10070662 | | | | | | | | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

DIAGNÓSTICO DE CEGUERA POR CATARATA

Definición Operacional: Intervención dirigida a personas pobres y extremadamente pobres mayores de cincuenta (50) años de edad con diagnóstico Presuntivo “P” o Confirmado “D” de ceguera y/o disminución de la agudeza visual por catarata. Se brinda en establecimientos de salud con categoría II-2, III-1 o III-2, que cuenten con servicio oftalmológico con capacidad resolutoria médico-quirúrgica de la especialidad, (excepcionalmente de las categorías I-4 y II-1) con la finalidad de establecer



de manera definitiva si el diagnóstico de ceguera o disminución de la agudeza visual se debe a la presencia de catarata. Incluye el desarrollo de los siguientes procedimientos, ya sea a través de la oferta fija o móvil:

- Diagnóstico de Ceguera por Catarata: Tiene por propósito establecer el diagnóstico definitivo de la catarata y también determinar el grado de dificultad de cirugía de catarata; incluye los procedimientos de determinación de agudeza visual y presión ocular bilateral realizada por personal de salud capacitado; consulta de paciente ambulatorio en consultorio u otro, para evaluación y manejo; historia y examen detallado y decisión médica de complejidad moderada realizado por profesional médico oftalmólogo cirujano capacitado; biometría oftálmica por ecografía de ultrasonido, rastreo A; tiempo de coagulación; Lee y White; tiempo de sangría; glucosa; cuantitativa.
- Tratamiento Quirúrgico Especializado.
- Extirpación de catarata extracapsular con inserción de prótesis de cristalino intraocular. (EECC)
- Control post operatorio inmediato (a las 24 horas de realizada la cirugía)
- Consulta de paciente ambulatorio en consultorio u otro.

En el Diagnóstico de Ceguera por Catarata: En los procedimientos realizados para Diagnóstico y Tratamiento registre:

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

- En el 1º casillero Determinación de la Agudeza Visual Bilateral o Determinación de la Presión Intraocular Bilateral

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

En el ítem Lab, registre:

- **PD = Por Detección**

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|---|---------------------|--------------|---|-----|------------------|---|---|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | | | |
| 10 | 15212 | 1 | 80 | Shatoja | 61 A | M | N | N | 1. Determinación de la Agudeza Visual Bilateral | P | D | R | PD | 99173 | | |
| | 10070662 | | | | | | | | C | C | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | | | | | R | R | 3. | P | D | R |

- **si es la misma persona la que realiza los dos procedimientos se registran juntos.**

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|---|---------------------|--|---|--------------|------------------|----|-------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | | | |
| 13 | 15212 | 1 | 80 | Otuzco | 61 A | M | N | N | 1. Determinación de la Agudeza Visual Bilateral | P | D | R | PD | 99173 | | |
| | 10070662 | | | | | | | | C | C | 2. Determinación de la Presión Intraocular Bilateral | P | D | R | PD | 92100 |
| | | | | | | | | | | | R | R | 3. | P | D | R |

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

Grado de Dificultad en las Intervenciones Quirúrgicas de Cataratas

| Grado de Dificultad | Puntaje | Facilidad de la Cirugía | Posibilidad de Complicaciones |
|---------------------|---------|---------------------------|-------------------------------|
| 1 = BAJO | 20 | Potencialmente Fácil | I - 4 |
| | | | II - 2 |
| | | | I - 3 |
| | | | I - 4 |
| | | | II - 1 |
| 2 = MODERADO | 21 - 40 | Potencialmente Difícil | III - 1 |
| 3 = ALTO | 41 - 60 | Procedimiento Muy Difícil | III - 2 |

Fuente: Estrategia Sanitaria Salud Ocular - MINSA



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

- En el 1º casillero el diagnóstico
- En los demás casilleros los procedimientos realizados

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero para el diagnóstico "D" siempre y cuando se la 1ª vez que se diagnostica
- En los demás casilleros donde se registran los procedimientos siempre "D"

PARA EL DIAGNOSTICO

| DÍA | H.C. | | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|---|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|-------------------------------------|---|---------------------|---|---|-------|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 5 | 945530 | 1 | 80 | Lima | 61 A | M | N | N | 1. Catarata Senil, Tipo Morgagnian | P | D | R | | H252 | |
| | 84257962 | | | | | | | | 2. Biometría ocular por ultrasonido | P | D | R | | 76516 | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | | |

| DÍA | H.C. | | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|---|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|-----------------------------------|---|---------------------|---|---|------|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 5 | 945530 | 1 | 80 | Lima | 61 A | M | N | N | 1. Catarata diabética | P | D | R | | H280 | |
| | 84257962 | | | | | | | | 2. Glucosa cuantitativa en sangre | | P | D | R | | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | | |

| DÍA | H.C. | | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|---|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|--|---|---------------------|---|---|-------|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 22 | 124456 | 1 | 80 | Huánuco | 67 A | M | N | N | 1. Catarata infantil, juvenil y presenil | P | D | R | | H260 | |
| | 10025474 | | | | | | | | 2. Biometría ocular por ultrasonido | P | D | R | | 76516 | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | | |

PARA EL TRATAMIENTO

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

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

| DÍA | H.C. | | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|---|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|---|---|---------------------|---|---|-------|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 5 | 945530 | 1 | 80 | Lima | 61 A | M | N | N | 1. Extracción de catarata extracapsular con implante de lente intraocular | P | D | R | 1 | 66982 | |
| | 84257962 | | | | | | | | 2. | P | D | R | | | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | | |



| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|--|---------------------|--------------|----|--------------|------------------|---|--|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | | | |
| 17 | 254786 | 1 | 80 | San Juan | 58 A | M | N | N | 1. Facofragmentación (mecánica o ultrasonido) con aspiración | P | D | R | 2 | 66850 | | |
| | 22485571 | | | | | | | | C | C | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | |

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|---|---------------------|--------------|----|--------------|------------------|---|--|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | | | |
| 22 | 124456 | 1 | 80 | Huánuco | 67 A | M | N | N | 1. Cirugía láser para escisión de catarata | P | D | R | 3 | 66821 | | |
| | 10025474 | | | | | | | | C | C | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | |

CONSEJERÍA PARA CONTROL Y DETECCIÓN OPORTUNA DE CATARATA

Definición Operacional: Intervención dirigida a personas pobres y extremadamente pobres mayores de cincuenta (50) años de edad con diagnóstico presuntivo (P) o confirmado de ceguera (D) y/o disminución de la agudeza visual por catarata. Se brinda en establecimientos de salud con población asignada de las categorías I-1, I-2, I-3, I-4, excepcionalmente II-1, siempre que tenga población asignada. A cargo de personal de salud capacitado, quien desarrolla una sesión de consejerías a pacientes y familiares sobre medidas preventivas (suplementos vitamínicos) y beneficios del tratamiento de la ceguera por catarata, incluye entrega de material educativo. El desarrollo de este procedimiento toma en promedio veinte (20) minutos.

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

- En el 1º casillero la morbilidad, que motiva la consejería (para EEES del 1er nivel el tipo de diagnóstico es Presuntivo (P))
- En el 2º casillero se registrará la Consejería Pre Operatoria.

En el ítem Lab, registre:

- En el 2º casillero el número de Consejería 1, 2, 3... según corresponda

Como no existe un código específico para la consejería en salud ocular por lo que se utiliza el código de consejería general ligada al código de la morbilidad.

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|---|---------------------|------------------------|----|--------------|------------------|---|-------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | | | |
| 23 | 945530 | 1 | 80 | Otuzco | 61A | M | N | N | 1. Catarata Senil, no especificada | P | D | R | | H259 | | |
| | 10070662 | | | | | | | | C | C | 2. Consejería integral | P | D | R | 1 | 99401 |
| | | | | | | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | |



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 I-3, I-4, II-1, II-2, III-1 y III-2 dependiendo del tipo de control a ser realizado.

En el Control Post Operatorio: Si el técnico realiza la determinación de Agudeza Visual Bilateral

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

- En el 1º casillero Determinación de la Agudeza Visual Bilateral

En el ítem: Tipo de diagnóstico, marque siempre "D"

En el ítem Lab, registre:

- En el 1º casillero SIEMPRE el número de control post-operatorio 1, 2, 3, 4... según corresponda.

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|---|---------------------|---|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 23 | 945530 | 1 | 80 | Santa Rosa | 61 A | M | N | N | 1. Determinación de la Agudeza Visual Bilateral | P | D | R | 1 | 99173 |
| | 10070662 | | | | | | C | C | | P | D | R | | |
| | | | | | | | R | R | | P | D | R | | |

Cuando el Médico realiza todos los procedimientos

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

- En el 1º casillero la morbilidad
- En el 2º casillero Otros Cuidados especificados posteriores 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 el diagnóstico de la morbilidad ya que este paciente ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- Para las demás actividades y/o procedimientos colocar siempre Definitivo "D".

En el ítem Lab, registre:

- En los casilleros correspondientes registre el número de control post-operatorio 1, 2, 3, 4... según corresponda.
- En los casilleros siguientes donde se registre Agudeza Visual y/o Presión Ocular colocar:

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT | | |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|---|---------------------|---|---|-----|------------------|--|---|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | | | |
| 23 | 945530 | 1 | 80 | Ferreñafe | 61 A | M | N | N | 1. Catarata Senil tipo Morgagnian | P | D | R | 1 | H252 | | |
| | 10070662 | | | | | | C | C | | P | D | R | | | 2. Otros Cuidados especificados posteriores a la cirugía | |
| | | | | | | | R | R | | P | D | R | | | | 3. Determinación de la Agudeza Visual Bilateral |
| | | | | | | M | N | N | 1. Determinación de la Presión Intraocular Bilateral | P | D | R | 1 | 92100 | | |
| | | | | | | | | C | | C | P | D | | | R | 2. |
| | | | | | | | | R | | R | P | D | | | R | |



CONTROL Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO DE COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS CON UVEÍTIS

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 I-3, I-4, II-1, II-2, III-1 y III-2 dependiendo del tipo de control a ser realizado.

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

- En el 1º casillero Síndrome vítreo consecutivo a cirugía de catarata

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 ítem Lab, registre:

En el 1º casillero SIEMPRE el número de control post-operatorio 1, 2, 3, 4... según corresponda.

| DÍA | H.C. | | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | |
|-----|------------------------|--|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|---|---------------------|-------------------------------------|---|-----|------------------|---|--|---|-------------------------------------|---|---|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | | P | D | R | | | | | | | | |
| 27 | 945530 | | 1 | 80 | Piura | 59 A | M | N | N | 1. Síndrome vítreo consecutivo a cirugía de catarata | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | H590 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 10070662 | | | | | | | | | | | | | F | R | R | 2. Otros Cuidados especificados posteriores a la cirugía | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 3 |
| | | | | | | | | | | 3. | 0 | P | D | R | | | | | | | |

| DÍA | H.C. | | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT | | | | | | |
|-----|------------------------|--|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|--|---------------------|-------------------------------------|---|-----|------------------|---|--|---|-------------------------------------|---|---|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | | P | D | R | | | | | | | | |
| 31 | 945530 | | 1 | 80 | Trujillo | 61 A | M | N | N | 1. Otros trastornos del ojo y sus anexos, consecutivos a procedimientos. | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | H598 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 10070662 | | | | | | | | | | | | | F | R | R | 2. Otros Cuidados especificados posteriores a la cirugía | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | 2 |
| | | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | | | | | | | |

RECUERDE:

Respecto a las actividades: Determinación de la Agudeza Visual Bilateral y la Determinación de la Presión Intraocular Bilateral; estas actividades se realizan tanto en el momento del tamizaje, el diagnóstico y en los controles post intervención quirúrgica, para poder identificar en qué momento se han realizado estas actividades, es necesario diferenciarlos en el registro a fin de establecer los indicadores respectivos, en el ítem "lab" se harán las diferencias pertinentes.

TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DEL RECIEN NACIDO CON RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD

Actividad que se realiza en establecimientos de salud de categoría II-2, III-1 y III-2 con servicio de oftalmología y está orientada a la prevención secundaria de la ROP. Debe ser realizado al 100% de los neonatos prematuros hospitalizados con factores de riesgo de desarrollar retinopatía.

Factores de riesgo de ROP:

Recién nacido con < 37 semanas de edad gestacional

Recién nacido con peso < 2000 gramos

Recién nacido que recibe oxigenoterapia.



TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE ROP:

Cuando se confirma el diagnóstico:

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 el procedimiento realizado: oftalmoscopia indirecta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero para el diagnóstico "D" siempre y cuando se la 1º vez que se diagnostica
- En el 2º casillero donde se registra el procedimiento SIEMPRE "D"

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|---|---------------------|-------------------------------------|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 31 | 945530 | 1 | 80 | Trujillo | 7D | M | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | H351 |
| | | | | | | | | | 2. Oftalmoscopia Indirecta | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | 92225 |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

Cuando No se confirma el diagnóstico:

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

- En el 1º casillero la condición de Riesgo de ROP: prematuridad, bajo peso u oxigenoterapia.
- En el 2º casillero el procedimiento realizado: oftalmoscopia indirecta.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero para el diagnóstico "D" siempre y cuando se la 1º vez que se diagnostica, y "R" cuando el paciente ya haya sido diagnosticado anteriormente.
- En el 2º casillero donde se registra el procedimiento siempre "D"

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|---|---------------------|-------------------------------------|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 31 | 945530 | 1 | 80 | Trujillo | 7D | M | N | N | 1. RN prematuro | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | P073 |
| | | | | | | | | | 2. Oftalmoscopia Indirecta | P | <input checked="" type="checkbox"/> | R | | 92225 |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | |

TRATAMIENTO DE RECIEN NACIDO CON RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD

Acto quirúrgico dirigido a resolver el daño, la primera elección es la cirugía laser dentro de las 48 horas de confirmación diagnóstica, al 100% de los niños que la requieran luego del proceso de tamizaje. Realizada por el oftalmólogo entrenado en ROP y en cirugía laser. Se brinda en establecimientos de salud de categoría III-1 y III-2.

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 el procedimiento realizado: Destrucción de la retinopatía extensa.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero para el diagnóstico "R" cuando el paciente ya haya sido diagnosticado anteriormente.
- En el 2º casillero donde se registra el procedimiento siempre "D"



| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|--------------|--------------|--------------|---|---------------------|--------------|--------------|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 12 | 945530 | 1 | 80 | Trujillo | 10D | M | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | H351 |
| | | | | | | | C | C | 2. Destrucción retinopatía extensa | P | D | R | | 67227 |
| | F | | | | | R | R | 3. | P | D | R | | | |

CONTROL POST OPERATORIO DE RECIEN NACIDOS CON RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD

Intervención dirigida a la rehabilitación, control y seguimiento de los RN con ROP, está a cargo de los oftalmólogos entrenados en ROP y cirugía Laser, se realiza tanto al tratamiento como a la maduración de la retina, el control y seguimiento debe hacerse de preferencia en establecimientos de salud del tercer nivel.

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|--------------|--------------|--------------|--|---------------------|--------------|--------------|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 12 | 945530 | 1 | 80 | Trujillo | 10D | M | N | N | 1. Retinopatía de la prematuridad | P | D | R | | H351 |
| | | | | | | | C | C | 2. Otros cuidados especificados posteriores a la cirugía | P | D | R | | Z488 |
| | F | | | | | R | R | 3. | P | D | R | | | |

TAMIZAJE Y DETECCIÓN DE ERRORES REFRACTIVOS EN NIÑOS.

Evaluación visual en Niños (hasta 3 años) en Establecimientos de Salud

Actividad que se realiza en todos los establecimientos de salud que realizan Control de Crecimiento y Desarrollo, como parte de la atención integral, a cargo de personal de salud capacitado; con la finalidad de realizar la evaluación visual en niños que tienen hasta 3 años de edad y acuden al establecimiento de salud para recibir Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED); se realiza mediante el examen del Reflejo Rojo de la Pupila, Inspección externa de ojos, fijación monocular y evaluación del seguimiento de acuerdo a la edad del niño.

| EDAD | Reflejo Rojo | Inspección externa | Fijación Monocular | Seguimiento |
|-----------|--------------|--------------------|--------------------|-------------|
| R. Nacido | X | X | | |
| 2 Meses | X | X | X | |
| 6 Meses | X | X | X | X |
| 12 meses | X | X | X | X |
| 3 años | X | X | X | X |

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

- En el 1º casillero el diagnóstico: Control de Crecimiento y Desarrollo.
- En el 2º casillero si el diagnóstico es un hallazgo patológico: Alteración visual no especificada.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero siempre "D".
- En el 2º casillero colocar "D" siempre y cuando se la 1ª vez que se diagnóstica en la edad correspondiente.



En el ítem: Lab, registre:

- En el 2º casillero: RF de Referencia.

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|---|---------------------|---|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 12 | 945530 | 1 | 80 | Huanta | 6M | M | N | N | 1. Control de crecimiento y desarrollo | P | D | R | 6 | Z001 |
| | | | | | | | C | C | 2. Alteración visual no especificada | P | D | R | RF | R539 |
| | | | | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | |

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|---|---------------------|---|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 12 | 945530 | 1 | 80 | Yauyos | 1A | M | N | N | 1. Control de crecimiento y desarrollo | P | D | R | 9 | Z001 |
| | | | | | | | C | C | 2. Alteración visual no especificada | P | D | R | RF | R539 |
| | | | | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | |

Tamizaje de Errores Refractivos en Niños (mayores de 3 años) en Establecimientos de Salud

Actividad que se realiza en todos los EE.SS que realizan Control de Crecimiento y Desarrollo, como parte de la atención integral, a cargo de personal de salud capacitado; con la finalidad de realizar el tamizaje de errores refractivos en niños mayores de 3 años de edad, mediante los exámenes de agudeza visual binocular.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico: Control de Crecimiento y Desarrollo.
- En el 2º casillero si el diagnóstico es un hallazgo patológico: Disminución de la Agudeza visual en ambos ojos, y Si el diagnóstico es normal: Examen de los ojos y de la visión.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero siempre "D".
- En el 2º casillero colocar "D" siempre y cuando se la 1ª vez que se diagnostica en la edad correspondiente.

En el ítem: Lab, registre:

- En el 2º casillero, en el hallazgo de la agudeza visual, colocar el valor de la agudeza visual encontrado (sin correctores, sin agujero estenopeico), usando la siguiente nomenclatura para:
 - AV 20/20 registrar: 20
 - AV 20/25 registrar: 25
 - AV 20/30 registrar: 30
 - AV 20/40 registrar: 40
 - AV 20/50 registrar: 50
 - AV 20/70 registrar: 70
 - AV 20/100 registrar: 100
 - AV 20/200 registrar: 200
 - CD 1MT registrar: CD1
 - CD 2MT registrar: CD2
 - CD 3MT registrar: CD3
 - CD 4MT registrar: CD4
 - CD 5MT registrar: CD5
 - CD 6MT registrar: CD6
 - MOVIMIENTO DE MANOS registrar: MM
 - PERCIBE LUZ registrar: PL
 - NO PERCIBE LUZ registrar: NPL



| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|--------------|--------------|---|---|---------------------|--------------|----|------|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 12 | 945530 | 1 | 80 | Trujillo | 7A | M | N | N | 1. Control de crecimiento y desarrollo | P | D | R | | Z001 |
| | | | | | | C | C | 2. Disminución de la agudeza visual en ambos ojos | P | D | R | 70 | H546 | |
| | | | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

Niño con tamizaje y hallazgo normal

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|--------------|--------------|--------------------------------------|---|---------------------|--------------|----|------|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 12 | 945530 | 1 | 80 | Trujillo | 7A | M | N | N | 1. Control de crecimiento y desarrollo | P | D | R | | Z001 |
| | | | | | | C | C | 2. Examen de los ojos y de la visión | P | D | R | 25 | Z010 | |
| | | | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | | |

Tamizaje de Errores Refractivos en Instituciones Educativas

Actividad que se realiza en instituciones educativas públicas de nivel primaria, a cargo de personal capacitado del establecimiento de salud; con la finalidad de realizar el tamizaje de errores refractivos, a través de la medición de la agudeza visual binocular; otorgando prioridad de atención a los escolares que residen en distritos pobres y pobres extremos.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico: Determinación de la agudeza visual bilateral.
- En el 2º casillero, solo en el caso de hallazgo patológico: Disminución de la agudeza visual en ambos ojos.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero siempre "D" siempre y cuando se la 1º vez que se diagnóstica en la edad correspondiente.
- En el 2º casillero siempre "D" siempre y cuando se la 1º vez que se diagnóstica en la edad correspondiente.

En el ítem: Lab, registre:

- En el 1º casillero: AE de Actividad Extramural.
- En el 2º casillero, con hallazgo patológico, colocar RF de Referencia.

Niño con tamizaje y hallazgo normal

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|--------------|--------------|------------|---|---------------------|--------------|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 12 | 945530 | 1 | 80 | Trujillo | 8A | M | N | N | 1. Determinación de la agudeza visual bilateral | P | D | R | AE | 99173 |
| | | | | | | C | C | 2. | P | D | R | | | |
| | | | | | | F | R | R | 3. | P | D | R | | |



Niño con disminución de la agudeza visual

| DÍA | H.C. | | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|---|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|---|---|---------------------|---|----|-------|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 12 | 945530 | 1 | 80 | Trujillo | 10A | M | N | N | 1. Determinación de la agudeza visual bilateral | P | D | R | AE | 99173 | |
| | | | | | | | | | 2. Disminución de la agudeza visual en ambos ojos | P | D | R | RF | H546 | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | | |

Evaluación y Despistaje de Errores Refractivos en niños en niños de 0 a 11 años.

Actividad que se realiza en establecimientos de salud de categorías I-2, I-3, I-4, y II-1; a cargo de Médico General capacitado con la finalidad de evaluar y hacer despistaje de la alteración visual o error refractivo en niños de 0 a 11 años del mismo establecimiento o aquellos que llegan referidos. La evaluación se realiza mediante el examen del Reflejo Rojo de la Pupila, Inspección externa de ojos, fijación monocular, evaluación del seguimiento, oclusión alternante, reflejo corneal y agudeza visual de acuerdo a la edad del niño.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico identificado.
Los diagnósticos susceptibles de encontrarse en la evaluación son:
 - Otras alteraciones visuales (H538): leucocoria, anomalías en la inspección, no fijación
 - Estrabismo (H509)
 - Patologías retinales (H359)
 - Cicatriz corneal (H179)
 - Enfermedad del párpado (H029, H028)
 - Ametropía (H527)

Cuando el niño no presente patología alguna se colocará: Examen de los Ojos y de la Visión.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero para el diagnóstico "D" cuando el diagnóstico identificado se refiera los citados anteriormente, y "P" cuando se trate de otros diagnósticos que el examinador presuma.
- En el caso del Diagnóstico: Examen de los ojos y de la visión colocar "D" siempre y cuando se la 1º vez que se diagnostica en la edad correspondiente.

En el ítem: Lab, registre:

- En el 1º casillero: RF de Referencia.

| DÍA | H.C. | | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|---|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|---------------|---|---------------------|---|----|------|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 12 | 945530 | 1 | 80 | Trujillo | 2M | M | N | N | 1. Leucocoria | P | D | R | RF | H538 | |
| | | | | | | | | | 2. | P | D | R | | | |
| | | | | | | | | | 3. | P | D | R | | | |



| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|--------------|--------------|---|---------------------|--------------|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 12 | 945530 | 1 | 80 | Trujillo | 6M | M | N | N | 1. Estrabismo | P | D | R | RF | H509 |
| | | | | | | | C | C | | P | D | R | | |
| | | | | | | | R | R | | P | D | R | | |

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|--------------|--------------|---|---------------------|--------------|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 12 | 945530 | 1 | 80 | Trujillo | 5A | M | N | N | 1. Ametropía | P | D | R | RF | H527 |
| | | | | | | | C | C | | P | D | R | | |
| | | | | | | | R | R | | P | D | R | | |

Niño sin patología visual:

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|--------------|--------------|---|---------------------|--------------|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 12 | 945530 | 1 | 80 | Trujillo | 5A | M | N | N | 1. Examen de los Ojos y la Visión | P | D | R | | Z010 |
| | | | | | | | C | C | | P | D | R | | |
| | | | | | | | R | R | | P | D | R | | |

Diagnostico de Errores Refractivos

Actividad que se realiza en EE.SS de categoría II-1, II-2, III-1 y III-2 u oferta móvil a cargo de Médico Oftalmólogo y/o Tecnólogo Médico en Optometría con la finalidad de establecer el diagnóstico de patologías visuales y errores refractivos en niños hasta los 11 años, mediante la realización de los siguientes exámenes y procedimientos:

Dilatación Pupilar.

Oftalmoscopia indirecta.

Oftalmoscopia directa.

Inspección con lámpara de hendidura

Fondo de ojo con dilatación

Refracción automatizada

Refracción manual.

Refracción con ciclopegia.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico identificado.
Los diagnósticos susceptibles de encontrarse en la evaluación son:
 - Compromiso estructural de la visión.
 - Compromiso Funcional de la visión.
 - Miopía (H521).
 - Hipermetropía (H520).
 - Astigmatismo (H522).

Cuando el niño no presente patología alguna se colocará: Examen de los Ojos y de la Visión.



- En el 2º casillero: consejería integral.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero para el diagnóstico "D" cuando el diagnóstico identificado se refiera los citados anteriormente, y "P" cuando se trate de otros diagnósticos que el examinador presume.
- En el caso del Diagnóstico: Examen de los ojos y de la visión colocar "D" siempre y cuando se la 1º vez que se diagnostica en la edad correspondiente.
- En el 2º casillero: consejería integral SIEMPRE "D".

Niño con diagnóstico de error refractivo

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|--------------|--------------|---|---------------------|--------------|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 12 | 945530 | 1 | 80 | Trujillo | 8A | M | M | M | 1. Miopía | P | D | R | | H521 |
| | | | | | | | C | C | 2. Consejería integral | P | D | R | | 99401 |
| | | | | | | | R | R | 3. | P | D | R | | |

Niño sin patología visual:

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|--------------|--------------|---|---------------------|--------------|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 12 | 945530 | 1 | 80 | Trujillo | 5A | M | N | N | 1. Examen de los Ojos y la Visión | P | D | R | | Z010 |
| | | | | | | | C | C | 2. | P | D | R | | |
| | | | | | | | R | R | 3. | P | D | R | | |

Tratamiento de Errores Refractivos

Conjunto de actividades destinadas a garantizar la entrega de lentes correctores a los niños con diagnóstico de error refractivo, se realiza en EE.SS de categoría II-1, II-2, III-1 y III-2, u oferta móvil, según prescripción hecha por el médico oftalmólogo y/o tecnólogo médico en optometría, con la finalidad de dar tratamiento al error refractivo diagnosticado. Adicionalmente una consejería en la cual se informa sobre el uso de los correctores, controles y temas de Salud Ocular.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico identificado: Miopía, Hipermetropía o astigmatismo.
- En el 2º casillero: Prueba y ajuste de anteojos.
- En el 3º casillero: Consejería integral.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero Repetido "R" para el diagnóstico de la morbilidad ya que este paciente ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- Para las demás actividades colocar SIEMPRE "D".



| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|---|------------------------|---|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 12 | 945530 | 1 | 80 | Trujillo | 5A | M | N | N | 1. Miopía | P | D | R | | H521 |
| | | | | | | | C | C | 2. Prueba y ajuste de anteojos | P | D | R | | Z460 |
| | | | | | | | F | R | R | 3. Consejería integral | P | D | R | |

Control de Pacientes con Errores Refractivos

Actividad dirigida a niños que iniciaron tratamiento por error refractivo con lentes correctores, realizado por médico oftalmólogo y/o tecnólogo médico en optometría en EE.SS de categoría I-4, II-1, II-2, III-1 y III-2 u oferta móvil, con la finalidad de disminuir los años de discapacidad y mejorar el rendimiento escolar a través de la evaluación de la adherencia a los lentes correctores y determinar el desarrollo del error refractivo.

Los controles se realizan a los 3 meses, 6 meses y al año de iniciado el tratamiento y luego 01 control anual.

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

- En el 1º casillero el diagnóstico identificado: Miopía, Hipermetropía o astigmatismo.
- En el 2º casillero: Prueba y ajuste de anteojos.
- En el 3º casillero: Consejería integral.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero Repetido "R" para el diagnóstico de la morbilidad ya que este paciente ya ha sido diagnosticado anteriormente.
- En el 2º casillero Repetido "R" ya que esta actividad ya fue realizada anteriormente en el tratamiento.
- En el 3º casillero SIEMPRE "D".

| DÍA | H.C. | FINANC. DE SALUD | PERTE-NENCIA ÉTNICA | DISTRITO DE PROCEDENCIA | EDAD | S E X O | ES TA BLE | SER VI CIO | DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD | TIPO DE DIAGNÓSTICO | | | LAB | CÓDIGO CIE / CPT |
|-----|------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|------|---------|-----------|------------|---|------------------------|---|---|-----|------------------|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | | | | | | P | D | R | | |
| 12 | 945530 | 1 | 80 | Trujillo | 10A | M | N | N | 1. Miopía | P | D | R | | H521 |
| | | | | | | | C | C | 2. Prueba y ajuste de anteojos | P | D | R | | Z460 |
| | | | | | | | F | R | R | 3. Consejería integral | P | D | R | |