



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD ACADÉMICA MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL

Descripción de los antecedentes de las “Lesiones autoinfligidas intencionalmente”, de los egresos de hospitalización en el periodo 2018-2021 a Nivel Nacional.

Monografía Final de Grado de la Licenciatura en Registros Médicos

AUTORA: DE LOS SANTOS, Vanesa

TUTORA: Lic. Micaela Ottonello

COTUTORA: Dra. Paula Sarkissian

Montevideo, marzo 2023

Agradecimiento

A las docentes que han transitado a lo largo de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica- Licenciatura de Registros Médicos aportándonos sus conocimientos y experiencia en nuestra formación como profesionales de la salud.

A mis tutores, Lic. Micaela Ottonello y Dra. Paula Sarkissian por su tiempo y paciencia dedicada a todas las dudas que me surgían, a su apoyo y orientación incondicional en la elaboración y en la culminación con éxito de la monografía.

A la Dra. Graciela Bittar y a la Licenciada en Registros Médicos Karina Griot por orientarme en la propuesta y brindarme todo su apoyo en estos meses.

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a la Dra. Brotos, mi jefa, por haberme animado a emprender un desafío en mi carrera profesional como este.

Un especial agradecimiento a mi novio, mi familia y amigos que han estado en cada paso que avanzaba, brindándome su fortaleza y comprensión.

Índice

1.	Resumen y Palabras Claves	1
1.1	Abastract and Keywords.....	2
2.	Introducción	3
3.	Objetivos	4
4.	Marco Teórico	5
4.1	¿Qué es MSP?	5
4.2	¿Qué es DEVISA?	5
4.3	Base Nacional de Egresos Hospitalarios.....	6
4.4.	CIE-10	8
4.4.1	<i>Propósito y aplicabilidad</i>	9
4.5.	Calidad de los registros	10
4.6	¿Qué es la lesión?	12
4.6.1	<i>Lesión vs Enfermedad/ Lesión vs Accidente</i>	12
4.6.2	<i>Clasificación de las lesiones</i>	13
4.6.3.	<i>Codificación de las lesiones</i>	14
4.7	Suicidio	14
4.7.1	<i>Clasificación de Conducta Suicida</i>	15
4.7.2	<i>Fases de la Conducta Suicida</i>	17
4.7.3	<i>Riesgo Suicida</i>	18
4.8	Suicidios en Uruguay	18
4.9	Intento de autoeliminación.....	20
4.9.1	<i>Magnitud de IAE</i>	21
4.9.2	<i>Procedimiento de atención a los IAE</i>	22
4.9.3	<i>El abordaje de IAE en Uruguay</i>	24
4.10	Valoración del Riesgo Suicida:.....	25
4.11.	Antecedentes de IAE o suicidas:	26
4.12	Factores protectores	27
5.	Materiales y Métodos.....	28
6.	<i>Presentación, análisis de datos y resultados</i>	32

7. Discusión	44
8. Conclusiones.....	50
9. Recomendaciones.....	53
10. Referencia Bibliográfica.....	56
11. Bibliografía Consultada.....	59
12. Glosario	64
13. Anexos	67
13.1. Anexo n°1. Aceptación del tutor.	67
13.1.1 Anexo nº 1.1 Carta Autorización de uso de Información.....	69
13.2. Anexo n°2. Autorización Del MSP.	70
13.3. Anexo n°3. Organigrama del Ministerio de Salud Publica.	73
13.4. Anexo n°4. Tasa de mortalidad por suicidio Uruguay, 2010- 2021.....	74
13.5. Anexo n°5. Tasa de mortalidad por suicidio según grupo etario. Uruguay, 2015-2021.....	75
13.6. Anexo n°6. Ficha de Registro Obligatorio de IAE.	76
13.7. Anexo nº7. Modos y mecanismos del Protocolo IAE- MSP.....	78
13.8 Anexo n°8. Prevención del suicidio: un imperativo global, OMS. 2014.....	79
13.9 Anexo n°9. Tabla códigos de CIE-10 (X60- X84).	80
13.10 Anexo n°10. Diagrama de Gantt.....	81
13.11 Anexo n°11 F.O.D.A.	82
13.12. Anexo n° 12. Confeccionamiento de un manual de procedimiento para la correcta codificación de “Lesiones autoinfligidas intencionalmente” (X60-X84) con sus antecedentes de IAE.	83
13.13. Anexo nº13. Tabla nº 9. Distribución de los egresos con diagnostico traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas y su código adicional. Años 2018-2021, Uruguay.....	91
13.14. Anexo nº 14. Tabla nº 10. Distribución de los egresos con trastornos mentales y del comportamiento y su código adicional. Años 2018-2021, Uruguay.....	92
13.15. Anexo nº15. Tabla nº 11. Distribución de los egresos con factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud y su código adicional. Años 2018-2021, Uruguay.....	93
13.16. Anexo nº 16. Tabla 12. Distribución de los egresos por lesiones autoinfligidas intencionalmente según mes de ingreso, 2018- 2021, Uruguay.	94
13.17 Anexo nº 17. Tabla 13. Lesiones autoinfligidas intencionalmente según cobertura de salud, egresos hospitalarios de los años 2018-2021, Uruguay.	95

13.18 Anexo nº18. Tabla 14. Distribución de frecuencias de inconsistencias observadas entre la relación de las lesiones autoinfligidas intencionalmente con su lesión de naturaleza distribuida por región del país. Años 2018-2021, Uruguay.....	95
13.19. Anexo nº 19. Tabla 15. Distribución de frecuencias de inconsistencias observadas entre la relación de las lesiones autoinfligidas intencionalmente con su lesión de naturaleza distribuida por la cobertura de salud años 2018-2021, Uruguay.	95
13.20 Anexo nº20. Guía de implementación CDA mínimo HL7v3 CDA-R2.	96
13.21 Anexo nº21. Guía de bloque semántico para Lesiones.....	104

1. Resumen y Palabras Claves

El siguiente trabajo intenta mejorar el proceso de depuración y en consecuencia la calidad de la codificación y los datos obtenidos a partir de ella, en relación a los Intentos de Autoeliminación (IAE) en el periodo de hospitalización y sus antecedentes en el periodo 2018-2021 en Uruguay.

Comencemos entonces por comprender cuál es la relevancia de analizar los IAE. Pues bien, los IAE se constituyen relevantes para la salud pública en los últimos años.

De allí la importancia de abordar una temática que ha sido objeto de estudio histórico a nivel global y a nivel local donde los principales indicadores y tasas de suicidios consumados han sido en nuestro país de las más altas a nivel mundial y donde además en el período que analizaremos (2018-2021) se sumó un factor que incidió notoriamente en los IAE: las restricciones de la movilidad y el propio temor a la pandemia de COVID-19.

Desde el punto de vista de un profesional en Registros Médicos surgió la siguiente interrogante: ¿Se codifican correctamente los egresos hospitalarios de los pacientes que egresaron por *“lesiones autoinfligidas intencionalmente”*?

La respuesta es no. Y esta afirmación la hacemos porque existen inconsistencias en relación de la naturaleza de la afección respecto de las circunstancias que la originaron. No se utiliza el cuarto carácter para identificar el lugar de ocurrencia de la causa externa, ni tampoco los antecedentes que desencadenan en el episodio hospitalario. Es decir, no tenemos mayor conocimiento (*a priori*) sobre antecedentes más que aquellos referidos al marco general de la prevención del paciente.

Para ello se presenta un estudio descriptivo de corte transversal y retrospectivo.

Palabras claves: IAE, Antecedentes de IAE, codificación, CIE-10 (D038801)

1.1 Abstract and Keywords

The following study tries to improve the filtering process and consequently the quality of the coding and the data obtained from it, in relation to Self-Elimination Attempts (IAE in Spanish) in the hospitalization period and its background in the period 2018-2021 in Uruguay.

Let's start understanding what is the relevance of analyzing the IAE. Well, the IAE has become relevant to public health in recent years.

Thence the importance of addressing a subject that has been the subject of historical study at a global and local level where the main indicators and rates of completed suicides in our country have been among the highest in the world and where, in the period that we will analyze, (2018-2021) a factor was added that had a notorious impact on the IAE: mobility restrictions and the fear of the COVID-19 pandemic itself.

From the point of view of a professional in Medical Records, the following question arose: Are the hospital discharges of patients discharged due to intentional self-inflicted injuries correctly coded?

The answer is no. And we make this statement because there are inconsistencies in relation to the nature of the condition with respect to the circumstances that caused it. The fourth character is not used to identify the place of occurrence of the external cause, nor is the history that triggered the hospital episode. That is to say, we do not have greater knowledge (*a priori*) about antecedents other than those referred to the general framework of patient prevention.

For this, a descriptive cross-sectional and retrospective study is presented.

Keywords: IAE, IAE Background, coding, CIE-10 (D038801)

2. Introducción

Esta monografía final de grado corresponde a la Licenciatura de Registros Médicos de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica (EUTM) de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR). (Ver Anexo nº1: Aceptación del Tutor) (Ver Anexo nº 1.1; Carta Autorización de Información). Se analizan los datos proporcionados por el Departamento de Vigilancia en Salud (DE.VI.SA) de la División de Epidemiología, perteneciente a su vez a la Dirección General de Salud (DI.GE.SA) del Ministerio de Salud Pública (MSP). (Ver Anexo nº 2: Autorización del MSP)

La lesión de causa externa es el daño que recibe una persona en forma intencional o no intencional, como consecuencia de traumatismo, envenenamiento, etc, que puede derivar en una lesión. Entre las principales acciones que el MSP tiene en marcha esta la obligatoriedad de la notificación de la ficha de registro obligatoria del Intento de Autoeliminación según la Ordenanza Ministerial 801/2012.

A partir de una auditoría cuantitativa de la codificación de los egresos hospitalarios de 2018- 2021 proporcionado por DE.VI.SA de los pacientes diagnosticados con *“Lesiones autoinfligidas intencionalmente”* correspondiente al Capítulo XX del CIE-10 (X60- X84) no se encontraba relación con sus antecedentes de IAE. Se debe concientizar que a través de la codificación de los antecedentes de IAE nos permite tomar decisiones que responden al órgano rector el cual define las políticas y programas de salud.

Desde el punto de vista de un profesional de Registros Médicos surgió la interrogante ¿Se codifican correctamente los egresos hospitalarios de los pacientes que cometieron IAE? La respuesta es no, porque no tenemos un aspecto integral del paciente, ya que no conocemos los antecedentes que desencadenaron en *“la lesión autoinfligidas intencionalmente”*.

Esta experiencia es sumamente enriquecedora tanto a nivel personal como profesional, puesto que se percibe como un ejercicio y futura puesta en práctica del ejercicio profesional a partir de los conocimientos adquiridos durante la carrera.

3. Objetivos

Objetivo General

- Detectar la población de Uruguay con IAE y la codificación de egresos de “lesiones autoinfligidas intencionalmente” con hospitalización y sus antecedentes comprendidos en el periodo 2018- 2021, con el fin de brindar lineamientos.

Objetivo Específicos

- Describir a la población que cometieron IAE con internación en el periodo 2018-2021 según variables: sexo, edad, residencia, cobertura de salud, mes de ingreso, condición de egreso y periodo de internación.
- Conocer tiempo, lugar, método utilizado del IAE en el Uruguay en el periodo 2018- 2021 y los antecedentes de los mismos.
- Detectar inconsistencias en la codificación de “lesiones autoinfligidas intencionalmente” y sus antecedentes IAE, en la base de egresos hospitalarios, de las instituciones de salud, que tienen internación, correspondiente a los años 2018-2021.
- Elaborar una propuesta de confeccionar un manual de procedimiento para una correcta codificación de “lesiones autoinfligidas intencionalmente” en relación con sus antecedentes de IAE.

4. Marco Teórico

4.1 ¿Qué es MSP?

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay (MSP) es el organismo rector que establece las políticas y las estrategias de atención sanitaria a nivel nacional y es además una de las catorce carteras del Estado Uruguayo, que, junto con los trece ministerios restantes, forman parte entonces conjuntamente del Poder Ejecutivo.

Según consta entre los registros históricos del MSP, su origen se remonta al Decreto de Ley N° 9202 del 12 de enero de 1934, donde a través de éste se promulga la creación del Ministerio o "Ley Orgánica de Salud Pública" en donde se establece que tiene (1) *“competencias de policía sanitaria, sistema de organización, régimen de sus funcionarios, gratuidad de los servicios para casos de pobreza notoria, clausura de establecimientos por condiciones de insalubridad; habilitación de títulos para el ejercicio de profesiones vinculadas a la medicina, odontología, farmacéutico; créase la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social”*

Entre los fines, objetivos o cometidos del Ministerio se encuentran por un lado el cometido general, el cual supone una contribución (2) *“al mejoramiento de la salud de los habitantes de la República, elaborando las políticas de promoción de salud y prevención, normalizando y regulando el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad, bajo los principios rectores de universalidad, equidad, calidad, solidaridad, sustentabilidad y eficiencia”*

4.2 ¿Qué es DEVISA?

DE.VI.SA es la sigla del Departamento de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP). En este departamento se registran, analizan y se les brinda un seguimiento a todos los patógenos y antígenos de todas las enfermedades, se encuentren éstas erradicadas o arraigadas entre la población.

DE.VI.SA depende de la Dirección General de la Salud del MSP, la cual tienen como misión (3): *“Proteger y promover la salud de la población participando en*

la generación de políticas de salud, estableciendo normas, controles y procesos, a fin de garantizar la seguridad sanitaria y el acceso oportuno a productos y servicios de salud”.

Y a su vez tienen como visión: “Ser la unidad garante de la protección, promoción de la salud de la población, y soporte del sistema salud, a partir de la alta calificación, la transparencia y la profesionalización de sus integrantes, apoyada en un modelo de gestión basado en la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo”.

Por su parte la División Epidemiología del MSP se divide en tres departamentos y en tres unidades, centrándonos entonces para la ejecución de este trabajo en el DE.VI.SA. (Ver Anexo n°3: Organigrama del MSP)

El Departamento de Vigilancia en Salud se encuentran seis sectores: el Sector de Enfermedades Transmisibles, Sector de Enfermedades No Transmisibles, Sector ITS/SIDA, el Centro Nacional de Notificaciones, el Registro Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras y el Centro Nacional de Enlace.

De estos sectores, nos centraremos para esta monografía en la información suministrada por el sector del Sector de Enfermedades No Transmisibles.

4.3 Base Nacional de Egresos Hospitalarios.

Los prestadores de salud incluidos en el contrato de Gestión suscripto por la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir del Decreto N°81/2012, deben enviar anualmente al DE.VI.SA información sobre los egresos hospitalarios de los pacientes inscriptos en sus padrones.

Esta información constituye una herramienta clave a la hora de ser decodificada en datos. Estos datos a su vez son el insumo necesario para poder aproximarnos a las múltiples y diversas causas de morbilidad a nivel regional y/o nacional a las necesidades que de estas causas se derivan y a las demandas en salud. A partir de ellos podemos realizar un análisis sobre la situación sanitaria, la gestión y la financiación del sistema entre otros.

Los egresos hospitalarios se producen cuando se otorga el alta hospitalaria a un paciente, finalizado el episodio de morbilidad. Ese egreso puede producirse ya sea por alta o por fallecimiento.

Se excluyen como egresos hospitalarios los pacientes asistidos en forma ambulatoria y en emergencia; los correspondientes a los códigos Z37 (“Productos del Parto”) y Z38 (“Nacido vivo según lugar de nacimiento”).

Se deben informar todos los egresos ocurridos entre el 1° de enero y el 31 del año correspondiente, independientemente de la fecha de ingreso. La fecha límite para el envío es el 31 de marzo del año siguiente.

La base de egresos hospitalarios toma en cuenta la codificación de la internación una vez que el paciente egresa de la institución. Se codifica la morbilidad no la mortalidad. Dado que la estadística que se emplea para cada una tiene fines diferentes.

Contar con criterios de estandarización para la codificación, con un sistema de control de calidad de los registros y un manejo adecuado de la base nacional, son puntos críticos para la interpretación de la información.

La codificación de los diagnósticos se realiza utilizando las Normas nacionales para el registro de egresos hospitalarios dispuestas por el Departamento de Vigilancia en Salud a nivel local y a nivel regional se utiliza la “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud”, Decima Revisión (CIE-10), edición 2018.

La codificación de procedimientos se realiza de acuerdo a la lista de procedimientos en Medicina de la “Clasificación Internacional de Enfermedades”, Novena Revisión, Modificación Clínica (CIE9-MC), Vol. 3, edición 2009.

Algunos aspectos importantes a tener en cuenta para codificación con la CIE-10:

- Los registros de egresos codificados con los códigos del cap. XIX (S00-T98), deben contar con un código adicional que especifique el mecanismo o intencionalidad.

- El mecanismo o intencionalidad de la lesión debe registrarse en la columna “causa externa” ubicada a continuación del diagnóstico principal.
- Los códigos del cap. XX (V01-Y98) no deben figurar como diagnóstico principal, sino que deben estar como adicionales a códigos del cap. XIX en la columna “causa externa”
- No deben figurar como causas externas los códigos de “Factores suplementarios relacionados con causas de morbilidad y de mortalidad clasificadas en otra parte” (Y90 – Y98)
- No deben figurar como causas externas los códigos no aplicables a Uruguay: X34, X35, Y36, Y35.1, Y35.4, Y35.5
- Se controlará que el código T14 “Traumatismos de regiones no especificadas del cuerpo”, no supere el 1% de los registros de códigos del cap. XIX

Los egresos deben estar registrados en una planilla de cálculo (Excel o Calc.) en una única hoja. La misma debe tener como primera fila, aquellas en las que conste el nombre de la variable en el orden establecido. Las variables son: tipo de documento, cedula de identidad, primer nombre, segundo nombre, primer apellido, segundo apellido, sexo, fecha de nacimiento, edad, departamento, fecha de ingreso, fecha de egreso, días de estadía, diagnóstico principal según CIE-10, causa externa, diagnóstico complementario de la CIE-10, diagnóstico secundario o de comorbilidad según CIE-10, procedimiento principal según CIE-9MC, otros procedimientos según CIE-9MC y condición al egreso.

La columna de “causa externa” ubicada a continuación de “Diagnóstico principal según CIE-10”, la cual se utilizará únicamente para consignar códigos suplementarios a los S y T del diagnóstico principal.

4.4. CIE-10

El Código Internacional de Enfermedades (CIE-10), elaborado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), tiene como propósito permitir el

registro sistemático, análisis, interpretación, y comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas. Se utiliza para convertir los términos diagnósticos y otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.

4.4.1 Propósito y aplicabilidad

El propósito de la CIE-10 es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas.

La CIE-10 se utiliza para convertir los términos diagnósticos y otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.

La CIE-10 es uno de los sistemas universales que permite la producción de estadísticas sobre mortalidad y morbilidad que son comparables en el tiempo entre unidades o regiones de un mismo país y entre distintos países. Cuenta con procedimientos, reglas y notas para asignar los códigos a los diagnósticos anotados en los registros y para seleccionar aquellos que serán procesados para la producción de estadísticas de morbilidad y mortalidad en especial, las basadas en una sola causa.

La función de los codificadores consiste en asignar el código apropiado a los diagnósticos y efectuar la selección del o de los que van a ser ingresados a la base de datos.

Las decisiones que tomen los administradores de salud dependen mucho de la calidad de la información que es producida; de ahí la importancia de llenar adecuadamente los registros y procesar cuidadosamente la información, verificando que la cobertura sea lo más completa posible y con el mínimo de errores en la codificación y captura de los datos.

Consta de tres volúmenes, en donde en el volumen uno existe una introducción, con los diferentes centros colaboradores de O.M.S en el mundo creados especialmente para la realización de esta Clasificación.

El volumen uno contiene las clasificaciones principales, el volumen dos provee orientación a los usuarios de la CIE-10 y el volumen tres es el índice alfabético de la clasificación.

Los distintos capítulos se refieren a familias de enfermedades que agrupan las categorías por códigos alfanuméricos que constan de tres dígitos siendo el primero una letra y los dos siguientes son números, así tenemos en teoría códigos desde A00 a Z99. Está exenta la letra U ya que los códigos U00-U49 son para ser utilizados en la asignación provisional de nuevas enfermedades de etiología incierta.

4.5. Calidad de los registros

Pablo Martínez Wiltold; Matías Fernández y Pablo Kloster (2018) afirman que los registros se encuentran clasificados entre números y palabras, donde una vez procesados o analizados se convierten en datos e información. Los registros correctos y actualizados son fundamentales, no sólo para la prestación de atención clínica segura y confiable, sino también para la investigación, la planificación estratégica y la gestión de los servicios de salud. Básicamente consiste en tener confianza en los datos que se recaban y utilizan, sabiéndolos gestionar de forma tal que resulten ser:

- **Exactos:** se refieren a la precisión con la que se capturan los datos. Por ejemplo: La identificación del evento es correcta e identifican de manera única tanto al paciente como al caso.
- **Completo:** tienen todos los elementos necesarios para medir la actividad o el evento deseado. Por ejemplo: Todas las notificaciones cuentan con todos los campos completos.
- **Legibles:** son aquellos que resultan fáciles de leer y comprender. Especialmente los escritos a mano.
- **Relevantes:** responden a las necesidades de los usuarios. Como, por ejemplo, en las observaciones de la notificación se incluyan datos que aporten información sobre el evento.
- **Confiables:** se recopilan constantemente en el tiempo y reflejan los hechos verdaderos.

- **Oportunos:** se recogen dentro de un período de tiempo acordado razonable después de la actividad que mide y está disponible cuando se requieren. En este caso, debiendo cumplir con los diferentes plazos según en qué grupo se encuentre el evento a notificar.
- **Válidos:** se obtienen de acuerdo a las reglas o definiciones pre acordadas para ese tipo de información.

Las decisiones serán tan buenas como la información en la que se sustenten, por lo cual las organizaciones deben estar dispuestas a dedicar el tiempo y el compromiso necesarios para mejorar la calidad de los datos. La calidad de los datos es el grado o la medida en que un conjunto de características de los datos, cumplen con los requerimientos definidos por quienes los consumen. Los requerimientos se definen como una expectativa o necesidad que se establece en la etapa de análisis y diseño del sistema.

Hay siete elementos esenciales para mejorar la calidad de los datos en salud y, posteriormente, la calidad general de la atención:

- Liderazgo y gestión: Las organizaciones necesitan tener clara la cadena de mando del lugar para que todos los miembros del personal tengan claro quién hace qué, quién toma decisiones y quién administra los datos.
- Manuales de procedimientos: Se necesita desarrollar e implementar procedimientos claros sobre la recolección de los datos basados en la legislación y las normas. El personal también debería tener acceso a copias de la legislación, normas y directrices pertinentes para la recolección de los datos.
- Estandarización: Deben asegurarse que existen procedimientos estandarizados para la recopilación de datos. Los formularios deben diseñarse en una secuencia lógica con un proceso para revisar y rediseñar según sea necesario.
- Capacitación continua: El personal debe estar capacitado para la recolección de datos y sobre la importancia de su calidad.
- Dimensiones de la calidad de datos: Las políticas, los procedimientos y la capacitación deben reflejar las dimensiones de exactitud, integridad, legibilidad, pertinencia, fiabilidad, oportunidad y validez de los datos.

- Auditorías de calidad: Se deben realizar regularmente auditorías y proporcionar retroalimentación a todo el personal, realizando sugerencias para mejorar y destacando las buenas prácticas.
- Disponibilidad de los datos: Necesitan asegurarse de que los datos resumidos estén a disposición del personal para su revisión cuando y donde se necesiten.

4.6 ¿Qué es la lesión?

Una lesión es causada por la exposición aguda a agentes físicos tales como energía mecánica, calor, electricidad, químicos y radiación ionizante, que interactúan con el cuerpo en cantidades o a una tasa que excede el límite de la tolerancia humana.

4.6.1 Lesión vs Enfermedad/ Lesión vs Accidente

- “Lesión” vs. “enfermedad”: algunas definiciones de lesión relacionan el tiempo de exposición y la aparición de la lesión, mencionándolo por lo general como “corto.” El carácter agudo del evento es ciertamente un factor que influye en esta consideración: entre más corto es el tiempo de la exposición a un daño o peligro y los efectos físicos resultantes, es más probable que se clasifique como una “lesión”, en lugar de una “enfermedad”. El intervalo entre la aparición de la lesión y la muerte puede ser inmediato o tan largo como de meses o años. En estos casos los criterios para clasificar una muerte como producto de una lesión varían según el país.
- “Lesión” vs. “accidente”: en muchos casos la palabra “accidente” se usa como sinónimo de “lesión”; sin embargo, algunos expertos en salud pública creen que esa generalización del término “accidente” no sólo causa confusión semántica, sino que también inhibe los esfuerzos para reducir las lesiones. En la actualidad se considera que los

eventos que producen daño a las personas no son aleatorios y tienen factores de riesgo identificables. Esto incluye interacciones entre personas, vehículos, equipo, procesos y el medio ambiente físico y social. Por esta razón se recomienda evitar el uso de la palabra “accidente” como sinónimo de lesión.

4.6.2 Clasificación de las lesiones

De acuerdo con la intención del acto, el Sistema de Vigilancia de Lesiones (SI.VI.LE) de Argentina propone la siguiente clasificación según el tipo de lesión que se presente (4): “*no intencionales (antes denominadas accidentes), intencionales (antes llamadas violencias), de intención no determinada y lesiones por intervenciones legales y operaciones de guerra*”.

Las lesiones no intencionales, se refieren a las que no son un producto buscado, ya que no media la intención manifiesta de provocar un daño. Incluyen todas las relacionadas con medios de transporte, las ocurridas en los hogares, en el lugar de trabajo, en espacios públicos, en actividades deportivas y las causadas por desastres naturales.

Las lesiones intencionales son incidentes deliberados con intención de causar daño, lesión o muerte en el que la energía usada o el intento de su uso resultan en lesión o lesiones. Estas pueden ser perpetradas por otros (agresiones: incluyen las relacionadas con la violencia interpersonal y colectiva) o por uno mismo (auto infligida, por ejemplo, intento de suicidio o suicidio si el intento culmina en fallecimiento).

Las lesiones de intención no determinada, son aquellas donde los datos suministrados por el informante son insuficientes para distinguir la intencionalidad de los mismos.

Y, por último, las lesiones por intervenciones legales y operaciones de guerra, son los eventos donde la lesión fue ocasionada por fuerzas de seguridad durante una intervención legal, realizada a petición de la autoridad judicial o gubernamental.

4.6.3. Codificación de las lesiones

Los códigos que proporcionan la información sobre el mecanismo e intencionalidad de las lesiones, corresponden al Cap. XX de la CIE -10: *grupo V01-Y99*.

Este capítulo contiene los siguientes grupos:

- V01–X59 Accidentes
- V01–V99 Accidentes de transporte
- W00–X59 Otras causas externas de traumatismos accidentales
- X60–X84 Lesiones autoinfligidas intencionalmente
- X85–Y09 Agresiones
- Y10–Y34 Eventos de intención no determinada
- Y35–Y36 Intervención legal y operaciones de guerra
- Y40–Y84 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica
- 85–Y89 Secuelas de causas externas de morbilidad y de mortalidad
- Y90–Y98 Factores suplementarios relacionados con causas de morbilidad y de mortalidad clasificadas en otra parte

Estos corresponden a códigos secundarios adicionales a un código principal el cual indica la naturaleza de la afección.

Cabe aclarar, que se puede utilizar un código de causa externa junto con cualquier código comprendido entre A00.0-T88.9, Z00-Z99, para clasificar un problema de salud debido a una causa externa.

La mayoría de las veces, la naturaleza de la afección es clasificable en el Capítulo XIX “Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas” (S00–T98). Sin embargo, también son válidos para utilizar con problemas tales como infecciones o enfermedades debidas a fuentes externas, y a otras afecciones de salud tales como un ataque cardíaco que se produce durante una actividad física extrema.

4.7 Suicidio

El concepto de suicidio según la OMS (5) “*es comprendido como un trastorno mental multidimensional, resultado de una interacción compleja de diversos*

factores; biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales” (OMS, 2014).

Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio.

Paola Yael Spiller (2005) por su parte considera el suicidio como (6) *“el acto consumado, intencional de finalizar con la propia vida. Incluye todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima, quien es consciente de la meta que desea lograr.”*(Yael Spiller, P. 2005: 20 en Corpas Nogales, J.M. 2011).

Y en la misma línea Martín Nizama Valladolid (2011) define al suicidio como (7) *“el acto autoinfligido para causar la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí”* (p.1). Añade además que, en ese proceso, esa “conducta suicida”, responde *“a toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo”*.

4.7.1 Clasificación de Conducta Suicida

- *Conducta suicida como continuum:*

La OMS (2011) define a la conducta suicida como (8) *“Toda acción producida con el propósito explícito o implícito de quitarse la vida, incluyendo también cualquier intención, ideación o pensamiento que pudiere finalizar en dicha acción, aun cuando no hubiere ninguna expresión manifiesta”*.

En tal sentido, diversas Investigaciones afirman sobre la ideación suicida que cuando analizamos a una población de forma general e identificamos en ella un alto número de intentos previos de suicidio entre sus habitantes, es cuando debemos encender las alarmas porque estamos frente a uno de los factores de riesgo más importantes a la hora de considerar este fenómeno. Se entiende por

su parte a la conducta suicida como un continuum que abarca tanto a la ideación suicida, como al intento de suicidio y que pueden derivar en la consumación del mismo. (Larrobla, C. et al. 2012 en Protocolo de Prevención y Atención a la Adolescencia-IAE, 2017). En dicho protocolo se enumeran una serie de puntos para distinguir entre distintas situaciones que pueden (o no) dar cuenta de un posible IAE. Ellas son:

- *Ideas de autoeliminación:*

Son todos aquellos pensamientos, ideas, planes o deseos de morir. Con mayor o menor premeditación pero con el objetivo de ejecutar el suicidio.

- *Lesiones autoinfligidas (Autolesiones graves):*

Las lesiones autoinfligidas con o sin ideas de muerte, revisten gravedad por la intensidad del acto, la reiteración del mismo y el nivel de impulsividad del adolescente. Cuando se acompañan de ideas de muerte se consideran como riesgo de conducta suicida y se caracterizan además por ser un tipo de conducta suicida que se asocia mayormente a una franja etaria adolescente.

- *Intento de Autoeliminación (IAE):*

Todo acto cuyo cometido principal es procurar dar fin a la existencia de sí mismo, sea este un acto claramente manifestado por la persona y/o como resultante del diagnóstico del profesional de la salud.

- *Suicidio consumado:*

El suicidio consumado no es más que la muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita que la persona buscó quitarse la vida.

Se añade además en el Protocolo que (9): *“En numerosos casos entre los suicidios consumados se encuentra retrospectivamente que hubo una conducta suicida antecedente. Sin embargo, no todas las personas que tienen ideas de muerte, realizan intentos de suicidio o se matan. Dada la dificultad de anticipar con certeza quiénes ejecutan o no una acción de mayor gravedad, es necesario considerar seriamente todas las manifestaciones que impliquen ideas de muerte. Es por esta razón que es importante y necesaria la adopción de medidas y la implementación y desarrollo de estrategias dirigidas a la disminución de la conducta suicida en los adolescentes de nuestro país”.*

Sin dudas la complejidad del fenómeno nos hace pensar en posibles estrategias para poder prevenirlo y anticiparnos a los IAE o los suicidios consumados. Y en ese sentido y a continuación, nos centraremos en clasificar una serie de puntos o fases que pueden estar manifestando una conducta suicida.

4.7.2 Fases de la Conducta Suicida

Con respecto a las distintas fases de la conducta suicida, Montes (2019) nos señala que (10) *“Es importante mencionar que existen algunas fases o etapas previas a la realización del acto suicida. Al respecto de esto [Carlos] Martínez (2017) nos introduce el concepto del constructo continuum autodestructivo el cual va desde un gesto hasta la consumación, implicando una cuestión paradójica por el hecho de que construye la destrucción, a partir de la planificación del evento autodestructivo el cual implica la edificación de una idea que deriva en la realización del acto suicida”*.

Añade Martínez (2017) que existen tres fases sobre las que el sujeto elabora el acto suicida. A saber, son (11):

- “1) Ideación suicida, en la que el sujeto piensa en cometer suicidio.*
- 2) Duda o fase de ambivalencia, donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir.*
- 3) Decisión, en la que se constituye el pasaje a la acción de lo previamente planificado”*.

Agrega el autor sobre estas fases que *“mientras más temprana y eficaz sea la intervención del agente sanitario mejor pronóstico tiene el paciente y se producirá la disminución de muertes por esta causa”*.

4.7.3 Riesgo Suicida

El MSP (2007) clasifica al riesgo suicida en (12):

“Leve: *hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. No hay intención evidente aunque si ideación suicida. Rectifica su conducta, presencia de autocrítica.*

Moderado: *Existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.*

Grave: *Preparación concreta de hacerse un daño. Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.*

Extremo: *varios intentos de autoeliminación con varios factores de riesgo, puede estar presente como agravante la auto agresión”.*

Sobre esta clasificación de riesgos definidos por el MSP, es que a continuación abordaremos la temática del suicidio en nuestro país.

4.8 Suicidios en Uruguay

Para comenzar a abordar la situación de los suicidios en nuestro país, comenzaremos por dar un contexto general a la temática a nivel regional y global. Y así es que en la Estrategia de abordaje multisectorial de prevención del suicidio en Uruguay (2022) del MSP, se señala que (13): *“La Organización Panamericana de la Salud estima que 703.000 personas mueren por suicidio cada año en todo el mundo, el 77 % ocurre en países de ingresos bajos y medianos. En el 2019, 97.339 personas murieron por suicidio en las regiones de las Américas. El número de muertes por esta causa aumentó un 56 %, de 62.401 muertes en el 2000 a 97.339 muertes en el 2019. Del 2000 al 2019, la región de las Américas fue la única con tasas de suicidio estandarizadas por edad en aumento, alcanzó el 17 %.”*

En 2016 la tasa de suicidios se situó por primera vez cercana a lo que fue en 2002, 20,54 y 20,62 respectivamente, y a partir de ese año fue oscilando dentro de ese margen hasta llegar a la tasa preliminar de 21,4 en 2021. En 2021,

según datos preliminares, en Uruguay fallecieron por esta causa 758 personas, lo que corresponde a una tasa de 21,4. *(Ver Anexo nº 4.-Tasa de mortalidad por suicidio Uruguay, 2010-2021).*

Se agrega además en la Estrategia de abordaje multisectorial de prevención del suicidio en Uruguay que cuando los datos son discriminados por sexo, las tasas se mantienen año a año mayores en hombres que en mujeres, en una relación de 4 a 1.

Por otra parte, el análisis de los datos por franja etaria revela que la tasa más alta de suicidios - de 49,7 - se encuentra en los grupos de personas mayores de 85 años, seguida de los de 80 a 84 años con una tasa de 48,5 y las personas de 90 años o más con una tasa de suicidios de 40,4. En cuarto lugar aparecen los grupos de 25 a 29 con una tasa de 36,2. *(Ver Anexo nº5. Tasa de mortalidad por suicidio según grupo etario. Uruguay, 2015-2021).*

Al mismo tiempo (13) *“La Organización Mundial de la Salud plantea como pilares fundamentales para la prevención del suicidio la colaboración multisectorial, la sensibilización, la capacitación de los diferentes actores clave, la atención y seguimiento de las personas con intentos de autoeliminación (IAE) y la formación de “guardianes” (gatekeepers) en el personal de educación”.*

Para hacer frente a este fenómeno tan complejo que a nivel global y más aun específicamente a nivel nacional lleva décadas de aumento sostenido, que posicionan a nuestro país entre los primeros lugares de América Latina respecto a las altas tasas registradas, es que en 2004 se establece por el Decreto N° 378/2004 la creación de la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio por la cual se expresa (14): *“Créase la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio(consumados e intentos), la que funcionara en la órbita de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública y será Presidida por el Ministerio designe y por los delegados de los Ministerio de Interior y de Educación Cultura que estos nombren. La referida Comisión procurara el consenso necesario de los diversos actores sociales para la elaboración de un Programa Nacional de Salud Mental del MSP”.*

Desde 2011 la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio funciona bajo la órbita de la Dirección General de Salud y el Programa de

Salud Mental del MSP e involucra a los principales actores del Ministerio del Interior y del Ministerio de Educación y Cultura, junto con el Ministerio de Desarrollo Social.

En 2017 se sanciona la Ley N° 19.529/2017 "Ley de Salud Mental" que tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental para toda la población, y especialmente entre los usuarios de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En 2020 se desarrolló un nuevo Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027) que tiene como uno de sus principales objetivos la prevención del suicidio y la disminución de la incidencia de la tasa de mortalidad por esta causa en el país.

La Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio (2021-2025) vigente en el marco de la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, se centra en mejorar la atención para personas con factores de riesgo suicida y sus familiares, así como también en fortalecer el abordaje intersectorial, profundizar en las actividades de sensibilización y educación con la comunidad, capacitar al personal técnico y no técnico para el abordaje de la prevención de suicidios, la atención de los IAE y sobrevivientes, lograr una participación activa y responsable de los medios de comunicación en la prevención del suicidio, restringir el acceso a medios letales y mejorar el sistema nacional de vigilancia, evaluación e investigación de alta calidad relacionado con la conducta suicida.

Desde el programa adolescencia del MSP se están desarrollando varias líneas de acción para la prevención del suicidio en esa población: con apoyo de UNICEF se está trabajando en el desarrollo de una guía de abordaje frente al riesgo suicida en adolescentes y con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) se están analizando las causales de suicidio entre 2018 y 2021 a fin de desarrollar políticas de prevención, se busca facilitar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud y junto a un grupo de adolescentes involucrados en la temática, se están diseñando contenidos comunicacionales dirigidos a este público.

4.9 Intento de autoeliminación

El concepto de Intento de autoeliminación (IAE) es definido por la OMS (2019) como (15) "*todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a*

intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal”.

4.9.1 Magnitud de IAE

En Uruguay la distribución por sexo en el 2019 los IAE son realizados en su mayoría por mujeres. Y (15) *“Según datos internacionales, se estima que los IAE ocurren entre 10 y 20 veces más que los suicidios”.*

Esto implica que la problemática (intentos y suicidios consumados) alcanzaría al menos a entre 7000 y 14000 personas en nuestro país. A esta cifra es necesario sumar los afectados a nivel familiar, social y comunitario que el fenómeno genera.

Respecto a la distribución por edad, las tasas más altas en Uruguay se observan en personas mayores; en 2019 la tasa más alta según grupo etario se registró en personas de 80 años o más, siendo de 38,11 cada 100.000 habitantes.

A su vez, preocupa a nivel mundial el aumento de comportamientos suicidas en personas jóvenes, donde el suicidio fue la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años a nivel mundial en 2016, después de los accidentes de tránsito (OMS, 2019).

Según la II Encuesta Mundial de Salud Adolescente (GSHS por sus siglas en inglés) donde, para el caso de Uruguay estuvo coordinada por el Programa Nacional de Salud Adolescente del Ministerio de Salud Pública (MSP) junto con el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y la Junta Nacional de Drogas, arrojó como dato en 2012 que (16) *“el 10.1% de los adolescentes encuestados en la GSHS declara haber intentado quitarse la vida una o más veces en los últimos 12 meses”.*

Más aún, en la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio se toma como referencia la IV Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud de 2018 (INJU/MIDES,2020) donde frente a la pregunta de si se han sentido tan tristes desesperados durante dos semanas seguidas o más al punto de dejar de hacer sus actividades habituales, se observó que un 14,2% de los jóvenes respondió de forma positiva.

4.9.2 Procedimiento de atención a los IAE

En el año 2016 el MSP crea el Protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación en el Sistema Nacional Integrado de Salud y en el cual se establece la cadena de los tres eslabones fundamentales que lo componen.

A saber, servicio de salud, consulta y seguimiento. En detalle, cada uno de ellos implica por un lado contar justamente con un (17):

- “Servicio de salud interviniente en primera instancia

Se realizará una evaluación integral a todos los usuarios que consulten por IAE, jerarquizando la valoración del riesgo vital e incluyendo la evaluación del riesgo suicida inmediato. El médico indicará la intervención que el usuario requiera y una vez que el usuario esté estabilizado desde el punto de vista médico-quirúrgico, deberá ser evaluado por psiquiatra, quien determinará la conducta a seguir.

De no contar con psiquiatra, la evaluación la realizará otro profesional de la salud, quien deberá propender a mantener una interconsulta con psiquiatría. Y si existieran dudas acerca del nivel de riesgo y de la intervención necesaria, se sugiere que la persona permanezca en observación hasta la realización de una nueva evaluación.

Los usuarios menores de 15 años deberán permanecer en observación por un lapso suficiente para ser evaluados por un integrante del equipo especializado en salud mental de Niños, Niñas y Adolescentes. La internación se realizará en hospitales y sanatorios generales, salvo excepciones debidamente justificadas.

Una vez de alta o determinado que el usuario no requiere hospitalización, se derivará a atención ambulatoria con equipo de Salud Mental, fijando día y hora para la consulta en un plazo no mayor a siete (7) días.”

Por su parte el prestador de salud del paciente, deberá brindar un teléfono de contacto para situaciones de urgencia tanto para el paciente como (17): *“En caso de existir un referente (familiares, cuidadores, amigos, u otra persona que el usuario considere importante), se deberá incluir en la planificación del tratamiento, con el consentimiento del usuario. En los adolescentes se*

procederá respetando el principio de la autonomía progresiva establecido en el CNA (Ley 17823/2004). Además de la Historia Clínica, se deberá completar la Ficha de Registro Obligatorio de IAE (FRO-IAE), según se establece en la Ordenanza Ministerial 801/12 de 26 de diciembre de 2012.” (Ver Anexo nº 6 Ficha de Registro Obligatorio de IAE).

Asimismo, otro aspecto que resulta clave en el proceso y que es definido en este protocolo es la (17):

- *“Consulta ambulatoria con equipo de Salud Mental*

Se requerirá una agenda prioritaria para las personas con IAE, ya que se deberá coordinar la primera consulta en un plazo no mayor a siete (7) días.

Se elaborará un plan de tratamiento individualizado que deberá contar con el consentimiento del usuario, e incluirá un referente, salvo situaciones particulares que deberán registrarse en la Historia Clínica.

En caso de inasistencia a la consulta, un miembro del equipo deberá llamar al usuario y/o al referente. La visita domiciliaria será considerada como herramienta privilegiada en estos casos, a efectos de dar seguimiento a la situación de dicho usuario.

El plan de tratamiento deberá ser integral incorporando los distintos niveles de atención y promover la articulación interinstitucional cuando sea pertinente.

En adolescentes y jóvenes se deberá promover la coordinación entre el Espacio Adolescente y el equipo de Salud Mental institucional. Para los adolescentes de 10 a 19 años, se deberá coordinar en el curso de la primera semana con el Espacio Adolescente, con criterios de accesibilidad, habilitando la continuidad de la atención hasta los 24 años con el equipo de salud tratante, cuando así lo requiera la situación concreta.

Luego de la primera consulta con el equipo de Salud Mental se deberá completar el FRO-IAE, según se establece en la Ordenanza Ministerial 801/12 de 26 de diciembre de 2012.”

Por último, en el proceso de atención y por tanto en la definición de este protocolo, se hace tan evidente como necesario en tanto apoyo y respaldo (tanto para el paciente como para su/s referente/s) un continuo (17):

- “Seguimiento de IAE

Una vez iniciada la atención por IAE en los Servicios de Salud Mental, se asegurará el seguimiento activo de todos los usuarios, durante un mínimo de seis (6) meses, por parte del Prestador de Salud.

La institución deberá ser la responsable de la gestión de las personas con IAE a través de los mecanismos que estime pertinente, asegurando:

- *El registro de las personas con IAE.*
- *La accesibilidad a las consultas estipuladas en el plan de tratamiento.*
- *Que se contacte al usuario y/o al referente, en caso de inasistencia a las consultas (la visita domiciliaria será una herramienta privilegiada en estos casos).*
- *Que se complete el FRO-IAE.*

Todas las personas que hayan realizado un IAE tienen derecho a ser asistidas por parte del sistema de salud; el Decreto N° 305/ 2011 del Plan de prestaciones en Salud Mental del SNIS (2011) establece su atención en el Modo 2, de acuerdo a las pautas establecidas.

Los familiares o vínculos cercanos de la persona que haya realizado un IAE en el último año tienen derecho a ser asistidos por parte del sistema de salud; el Decreto N° 305/ 2011 del Plan de prestaciones en Salud Mental del SNIS (2011) establece su atención en el Modo 1, de acuerdo a las pautas establecidas.”

Es decir que el protocolo contempla también por parte de los prestadores de salud la obligatoriedad en conceder el derecho a ser también asistidos en un abordaje integral de encuadre de salud mental aquellos familiares, referentes o vínculos más cercanos del paciente. (Ver Anexo 7: “Modos y mecanismos del Protocolo IAE-MSP”)

4.9. 3 El abordaje de IAE en Uruguay

Entre las principales acciones en marcha se destacan la obligatoriedad de la notificación de la Ficha de Registro Obligatoria del Intento de Autoeliminación (FRO-IAE) según Ordenanza n°765/2013, un protocolo de seguimiento, la

actualización de una guía clínica para profesionales del primer nivel de atención y las líneas telefónicas de atención 24 horas, entre otras.

Los grupos departamentales de prevención del suicidio, coordinados por las direcciones departamentales de salud e integrados por actores claves en la temática, buscan impulsar, coordinar y promover a nivel territorial la estrategia de prevención de suicidio atendiendo especialmente los aspectos locales de cada comunidad.

Desde abril de 2022 se está diseñando un plan de capacitación con apoyo del Banco Mundial para la detección y abordaje de los intentos de autoeliminación, depresión y psicosis en el primer nivel de atención de salud del sector público y privado.

Se actualizó la reimpresión y digitalización la Guía SAFE-T- por sus siglas en inglés (Suicide Assessment Five – Step Evaluation a Triage) – para la valoración del riesgo suicida por parte de profesionales del primer nivel de atención en salud. Su objetivo es el de facilitar en cinco pasos la identificación de factores tanto de riesgo como protectores, determinar el nivel de riesgo de suicidio y el tipo de intervención necesaria en cada caso.

En el marco de las estrategias de prevención del suicidio, el área programática de salud mental del Ministerio de Salud Pública (MSP) puso a disposición de los profesionales una guía para la evaluación y el triage de pacientes, que determina cinco pasos: identificar factores, tanto de riesgo como protectores, determinar el nivel de riesgo de suicidio y el tipo de intervención necesaria en cada caso.

4.10 Valoración del Riesgo Suicida:

- *Identifique antecedentes de IAE:*

Tome en cuenta aquellos que pueden ser modificados para reducir el riesgo.

- *Identifique factores protectores:*

Tome en cuenta aquellos que puedan ser potenciados para reducir el riesgo.

- *Indague sobre conductas suicidas:*

Pensamientos suicidas, planes, comportamientos e intentos.

- *Determine el nivel de riesgo/intervención:*

Determine el riesgo. Elija la conducta apropiada para abordar y reducir el riesgo.

- *Registre:*

Valoración del riesgo, justificación, intervención y seguimiento.

4.11. Antecedentes de IAE o suicidas:

- Comportamiento suicida: historia de intentos previos, intentos de suicidio frustrados o comportamiento autolesivo.
- Presencia o antecedentes de trastornos psiquiátricos: especialmente trastornos del humor, trastornos psicóticos, abuso de alcohol/sustancias, trastorno por déficit atencional con hiperactividad, traumatismo intracraneal, trastorno por estrés post traumático, trastornos de personalidad del grupo B (antisocial, límite, narcisista, histriónico), trastornos de conducta (conductas antisociales, agresividad, impulsividad). La comorbilidad y el reciente comienzo de la enfermedad aumentan el riesgo.
- Síntomas clave: anhedonia, impulsividad, desesperanza, ansiedad/pánico, insomnio, comando alucinatorio.
- Antecedentes familiares: de suicidio, intentos o trastornos psiquiátricos que hayan requerido hospitalización.
- Factores precipitantes/estresores/vínculos: eventos desencadenantes humillantes, vergonzosos o desesperanzadores (por ej.: ruptura de relación, pérdida de estatus financiero o de salud, real o anticipado). Enfermedad médica en curso. Disturbios familiares/caos. Historia de abuso físico o sexual. Aislamiento social.
- Cambios en el tratamiento: alta del hospital psiquiátrico, cambio en el proveedor de la atención.
- Acceso a armas de fuego u otros métodos potencialmente letales. (*Ver Anexo nº 8 Prevención del suicidio: un imperativo global, OMS. 2014*)

4.12 Factores protectores:

Los factores protectores, aún presentes, pueden no contrarrestar el riesgo agudo.

- Internos: capacidad de afrontamiento del estrés, creencias religiosas, tolerancia a frustraciones.
- Externos: responsabilidad por niños o mascotas queridas, relaciones terapéuticas positivas, soporte social

5. Materiales y Métodos

Tipo y diseño del estudio:

Es un estudio descriptivo de corte transversal y retrospectivo.

Universo de estudio:

La población de estudio son los egresos hospitalarios reportados al MSP que se hayan codificado como “*Lesiones autoinfligidas intencionalmente*” correspondiente al Capítulo XX del CIE-10 (X60- X84) en Uruguay en el periodo 2018-2021. (Ver Anexo N°9 Tabla códigos CIE10 (X60- X84))

Criterios de inclusión: Son los pacientes hospitalizados codificados como “*lesiones autoinfligidas intencionalmente*” (X60-X84) en el periodo 2018-2021 en Uruguay.

Criterios de exclusión: Son los pacientes que no fueron diagnosticados como “*lesiones autoinfligidas intencionalmente*” (X60-X84) en el periodo 2018-2021 en Uruguay.

Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos:

Para el relevamiento de datos, se utiliza:

- **Fuente secundaria-** la base de egresos hospitalarios aportada por DEVISA- MSP, en el periodo ya mencionado, con diagnóstico de “*Lesiones autoinfligidas intencionalmente*” (X60- X84). Para acceder a ella se completó el formulario web de solicitud de información pública a la base de datos de DE.VI.SA.

Técnicas de Análisis de Datos:

- Se inicia el procesamiento de datos mediante planilla de cálculo. Los datos se presentarán como proporción de coincidencias mediante tablas y gráficos.
- Para la disociación de datos en el procesamiento, trabajaremos con datos anonimizados.

- Para la planificación, organización de los tiempos y desarrollo de las actividades se confeccionó un diagrama de Gantt. (*Ver Anexo nº 10. Diagrama de Gantt*)
- Se elaboró un análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (F.O.D.A.) para reconocer aquello a lo podemos enfrentarnos, considerando los aportes de la misma de esta monografía. (*Ver Anexo nº 11. F.O.D.A.*)
- Confeccionamiento de un manual de procedimiento para la correcta codificación de “*Lesiones autoinfligidas intencionalmente*” en relación con sus antecedentes de IAE. (*Ver Anexo nº12. Manual de procedimiento para la correcta codificación de “Lesiones autoinfligidas intencionalmente” en relación con sus antecedentes de IAE.*)

Variables del estudio:

- Las variables a utilizar son: edad, sexo, mes de ingreso, cobertura de salud, departamento de residencia, condición de egreso, periodo de internación.
- Caracterización de la “*lesión autoinfligidas intencionalmente*” a partir de la codificación de egresos hospitalizados: método utilizado, relación de los antecedentes de los IAE con la naturaleza de la afección.

Aspectos éticos:

Todo estudio estadístico debe ir acompañada de conductas éticas en cada una de sus etapas si nos referimos a los cuatro principios de bioética, podemos referimos a la beneficencia y no maleficencia, considerando que como investigadores somos responsables de la protección integral del paciente, poniéndola por encima de cualquier interés; ya sea científico, personal o profesional.

Una de las maneras de proteger la base de egresos hospitalarios, es mediante la protección de los datos personales, amparados a la herramienta jurídica que es la Ley 18.331 Protección de Datos Personales y Acción de “Habeas Data”. En la misma se manifiestan los derechos en cuanto confidencialidad y

privacidad de los datos recolectados; además de que no podrán ser utilizados para fines diferentes por lo que fueron recabados. En este proceso académico podemos observar que involucrándonos en la problemática estamos mejorando la calidad de vida de la población objetivo.

Operacionalización de las variables:

Variable	Definición Conceptual	Clasificación	Fuente	Dimensión
Edad	Edad biológica, tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Permite generar parámetros del grupo etario	Cuantitativa discreta- de razón	Egresos hospitalarios reportados por MSP	Edad en años del paciente.
Sexo	Es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos.	Cualitativa Nominal	Egresos hospitalarios reportados por MSP	Femenino o Masculino
Departamento	Cada una de las partes en que se divide un territorio	Cualitativa Nominal	Egresos hospitalarios reportados por MSP	Departamento de domicilio
Mes de ingreso	El mes en que el paciente ingresa al servicio de internación hospitalaria	Cualitativa Nominal	Egresos hospitalarios reportados por MSP	Mes de calendario
Cobertura de salud	Todas las personas del Uruguay tengan acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados, que necesitan a	Cualitativa Nominal	Egresos hospitalarios reportados por MSP	Privado o Publico

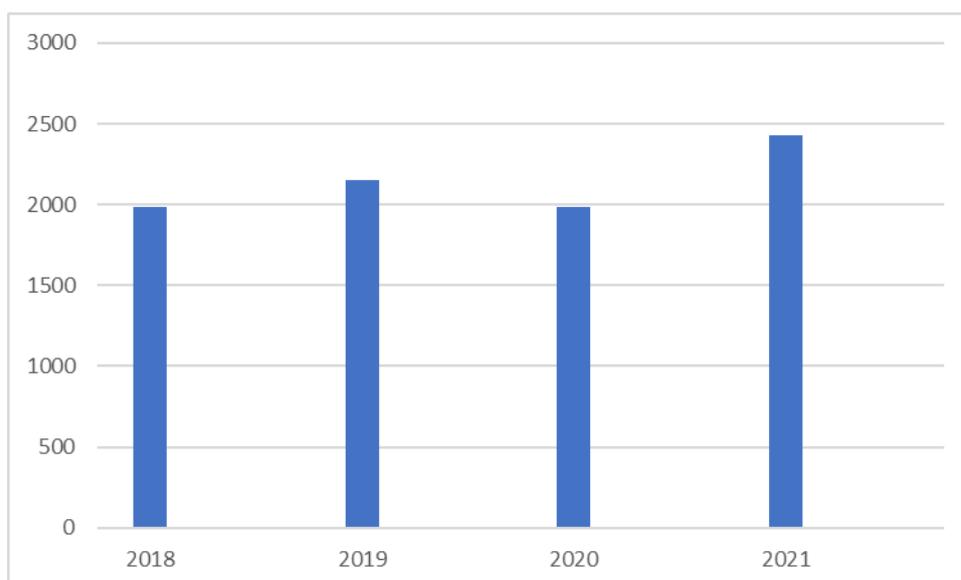
	lo largo del curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras.			
Método utilizado	Medio utilizado para llevar adelante el Intento de Autoeliminación	Cualitativa Nominal	Egresos hospitalarios reportados por MSP	Ahorcamiento, Ingesta de sustancia toxicas, Inmersión, Arma de fuego, Fármacos, Precipitación, otros métodos.
Egreso	Se produce cuando se le otorga el alta hospitalaria al paciente luego culminado el episodio de morbilidad.	Cualitativa Nominal	Egresos hospitalarios reportados por MSP	Alta Fallecido
Periodo de internación	Son los días de cada paciente egresado ha permanecido internado	Cuantitativa discreta- de razón	Egresos hospitalarios reportados por MSP	1,2,3,4,5, etc
Antecedentes de IAE	Son comportamientos suicidas	Cualitativa Nominal	Egresos hospitalarios reportados por MSP	Factores Sociales, Factores familiares, Factores Psicológicos, Factores Biológicos

6. **Presentación, análisis de datos y resultados.**

En el periodo 2018-2021, se registraron 8554 egresos hospitalarios con código secundario para lesiones autoinfligidas (grupo X60-X84).

Se tomaron en cuenta además de los egresos cuyo código principal corresponde a Capítulo XIX, grupo S00-T98 (6039), aquellos egresos cuyo código principal pertenece a otro capítulo, como el Capítulo V, grupo F00-F99 (trastornos mentales y del comportamiento) (1358) y el Capítulo XXI, grupo Z00-Z99 (factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud) (956).

Gráfico n°1. Lesiones autoinfligidas intencionalmente, egresos hospitalarios de los años 2018-2021, Uruguay.

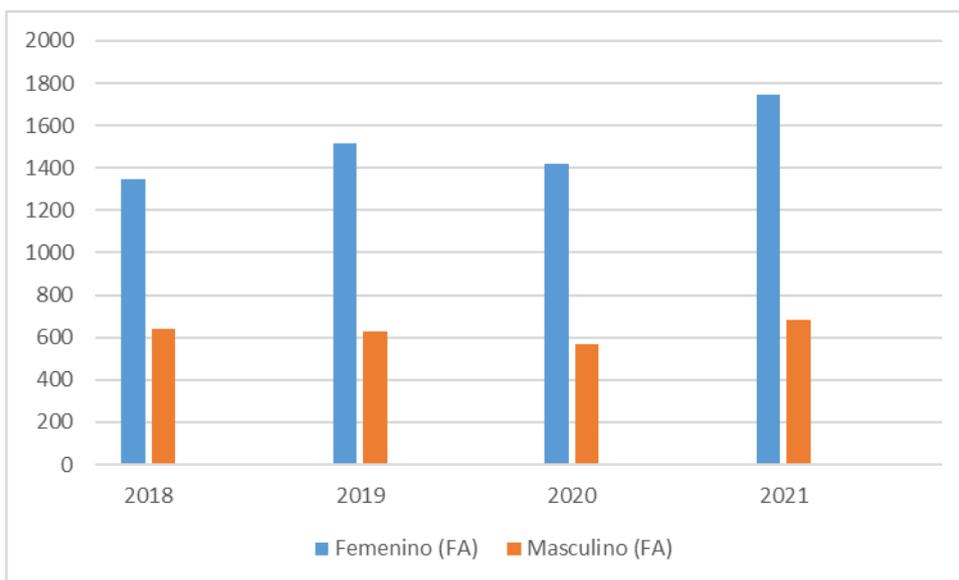


Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

El número de egresos fue en aumento durante los cuatro años del periodo. Excepto en el 2020, por la pandemia Covid- 19.

Según OPS (2021), en el 2020 hubo una baja número de camas por internación representando en mayor medida a pacientes por esta causa.

Gráfico n°2 Lesiones autoinfligidas intencionalmente según sexo, egresos hospitalarios de los años 2018-2021, Uruguay



Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

Tabla n° 1 Distribución de los egresos por lesiones autoinfligidas intencionalmente según grupo etario y sexo, 2018-2021, Uruguay.

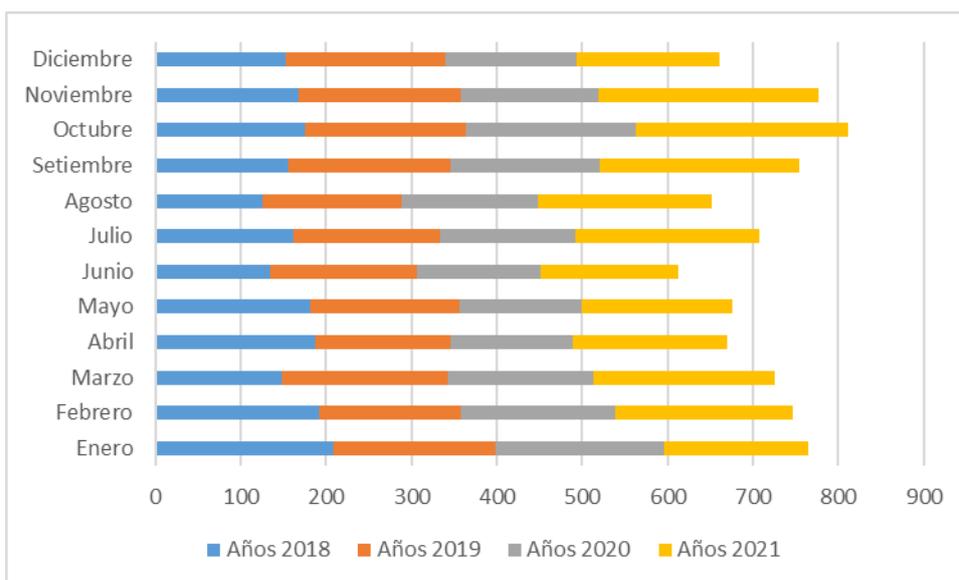
Grupos etarios	SEXO			
	Femenino		Masculino	
	F abs.	F Rel.(%)	F abs.	F Rel.(%)
<1	3	0,05	0	0
1 a 4	3	0,05	5	0,2
5 a 14	1039	17,23	198	7,85
15 a 19	1074	17,81	328	13
20 a 44	2305	38,22	1323	52,44
45 a 64	1186	19,67	435	17,24
65 a 74	254	4,21	114	4,52
>74	167	2,77	120	4,76
Total	6031	100	2523	100

Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

La mayoría de los egresos ocurrieron en personas del sexo femenino (71%) y en el grupo de 20 a 44 años (38,2%). El análisis por edad según muestra un promedio de 32 años.

El 58% de los egresos ocurrieron en mujeres menores de 33 años y hombres menores de 29 años.

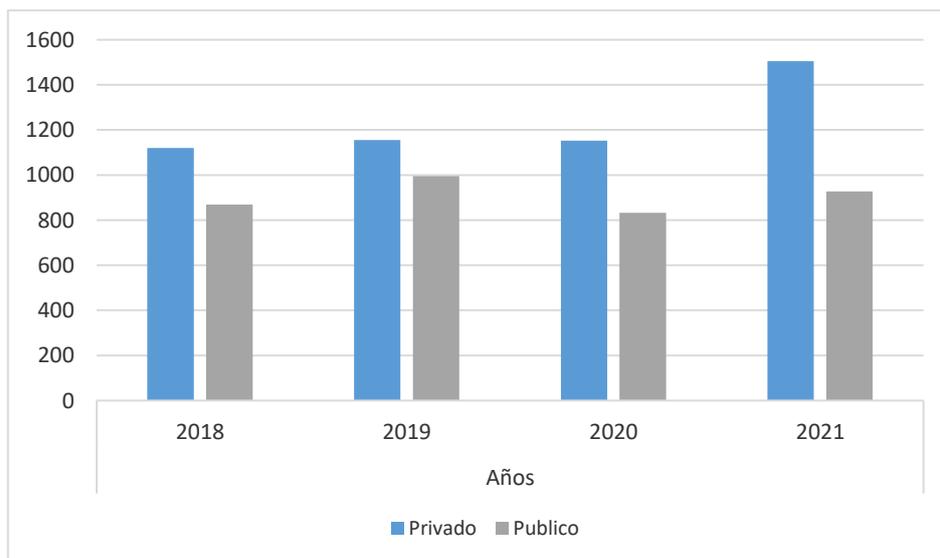
Grafico n°3- Distribución de los egresos por lesiones autoinfligidas intencionalmente según mes de ingreso, 2018-2021, Uruguay.



Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

En cuanto a la distribución según mes del año, la proporción es mayor en los meses de octubre, noviembre y enero. En tanto, los meses de junio, agosto y diciembre son los que registran el menor número de egresos.

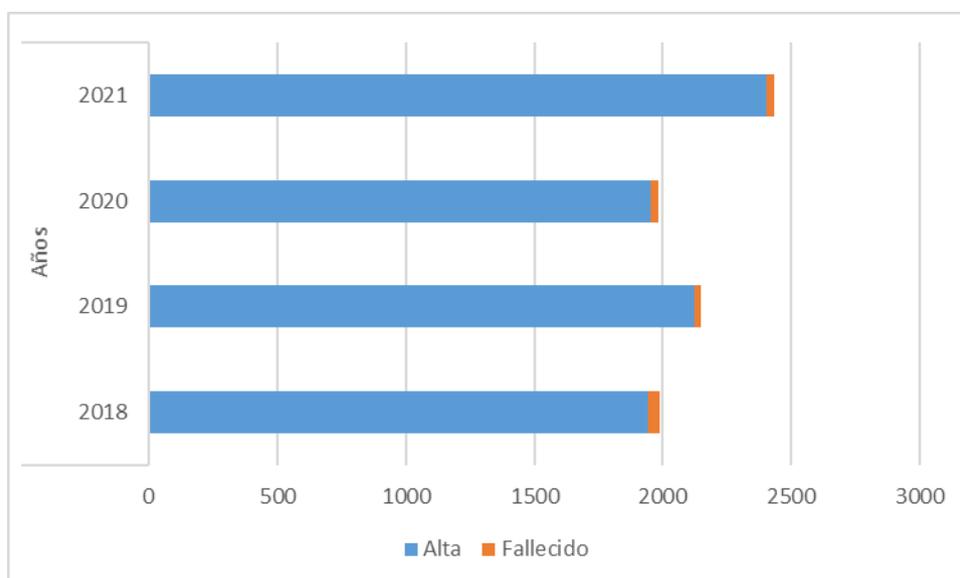
Grafico n°4 Lesiones autoinfligidas intencionalmente según cobertura de salud, egresos hospitalarios de los años 2018-2021, Uruguay



Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

Más de la mitad (58%) de los egresos se registraron en el subsector privado.

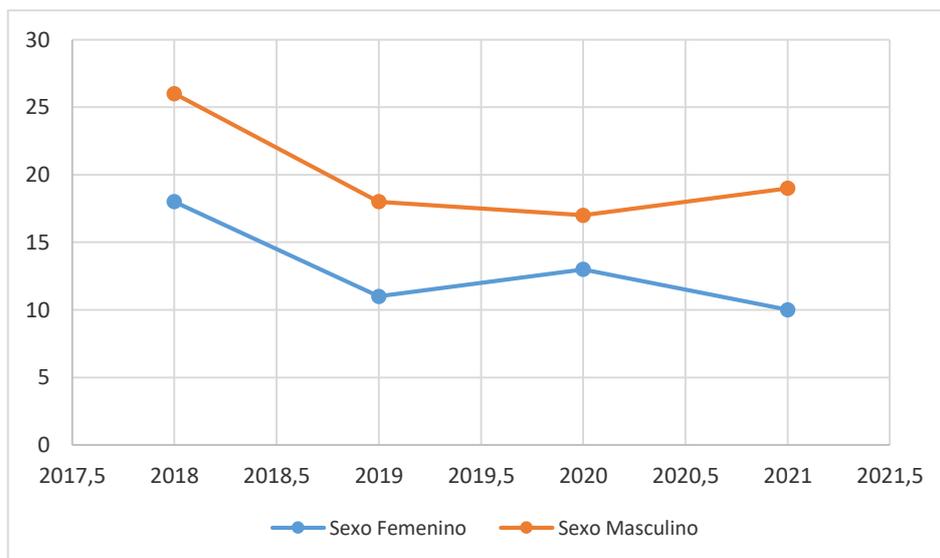
Grafico n°5- Distribución de los egresos por lesiones autoinfligidas intencionalmente por año, según condición al egreso, 2018- 2021, Uruguay



Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

El 98,4% (8422) de los egresos su condición de egresos culminó en alta hospitalaria.

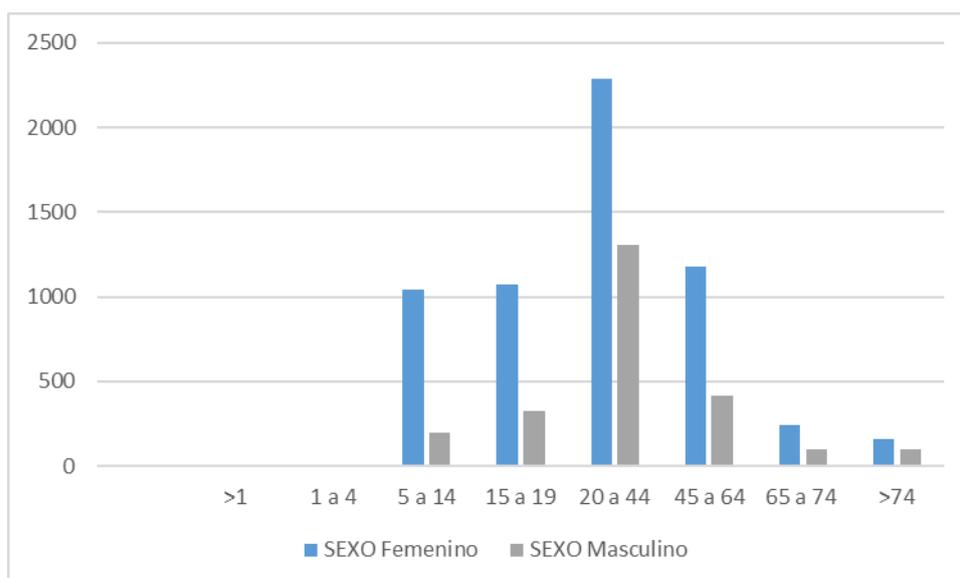
Grafico n°6 Distribución de los fallecidos por lesiones autoinfligidas intencionalmente por año, según sexo, 2018-2021, Uruguay



Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

En el periodo 2018-2021 se registraron 132 fallecidos por lesiones autoinfligidas, sin variaciones significativas en el periodo de referencia. Y de ellos, el 61% son hombres.

Gráfico n°7 Distribución de las altas hospitalarias por lesiones autoinfligidas intencionalmente según grupo etario y sexo, 2018-2021, Uruguay.



Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

La edad con mayor número de altas fue en el rango de 20 a 44 años, de la cuales 2287 fueron registros de alta de sexo femenino y 1305 de sexo masculino. Esto se correlaciona con el gráfico anterior donde la mayor cantidad de fallecidos por IAE se registra en el sexo masculino.

Tabla N°2: Distribución de los egresos de lesión autoinfligidas intencionalmente según departamento de residencia. Años 2018-2021, Uruguay

Departamento	F abs	Población por Departamento
Artigas	331	73378
Canelones	1144	520187
Cerro Largo	169	84698
Colonia	213	123203
Durazno	136	57088
Flores	28	25050
Florida	91	67048
Lavalleja	132	58815
Maldonado	599	164300
Montevideo	3451	1319108
Paysandú	315	113124
Río Negro	192	54765
Rivera	186	103493
Rocha	167	68088
Salto	485	124878
San José	239	108309
Soriano	461	82595
Tacuarembó	53	90053
Treinta y tres	118	48134
s/d	47	s/d

Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

Los departamentos con mayores tasas de IAE son Montevideo, Canelones, lo cual explica que, a mayor densidad poblacional, mayor es la cantidad de IAEs que ocurren (siempre y cuando como lo explicita la tabla, tomemos estas tasas en valores absolutos).

Tabla N°3: Días de internación de los egresos de lesión autoinfligidas intencionalmente. Años 2018-2021, Uruguay.

Días de internación	F abs.	F rel (%)
1	1305	15,26
2	967	11,30
3	942	11,01
4	846	9,89
5	746	8,72
6	590	6,90
7	514	6,01
8	397	4,64
9	301	3,52
10	288	3,37
11	233	2,72
12	185	2,16
13	170	1,99
14	136	1,59
15	107	1,25
Más de 15	840	9,82
Total	8554	100

Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

Del total de egresos, el 50% estuvo internado entre 1 y 4 días. Sin dudas la cantidad de días de internación dependerá de la gravedad de las lesiones provocadas en el IAE, que pueden ir desde situaciones mayormente reversibles hasta culminar en el fallecimiento del paciente.

Tabla N°4. Distribución de los egresos de lesiones autoinfligidas intencionalmente y su diagnóstico principal. Años 2018-2021, Uruguay.

Código principal CIE-10	Descripción	F abs	F rel (%)
C 00- D 48	Tumores	10	0,12
E 00- E 90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1	0,01
F 00- F 99	Trastornos mentales y del comportamiento	1358	15,88
G 00- G 99	Enfermedades del sistema nervioso	4	0,05
H 00- H 59	Enfermedades del ojo y sus anexos	1	0,01
I 00- I 99	Enfermedades del sistema circulatorio	10	0,12
J 00- J 99	Enfermedades del sistema respiratorio	17	0,20
K 00- K 93	Enfermedades del sistema digestivo	60	0,70
M 00- M 99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1	0,01
N 00- N 99	Enfermedades del sistema genitourinario	7	0,08
O 00- O 99	Embarazo, parto y puerperio	3	0,04
R 00- R 99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	85	0,99
S 00- T 98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	6039	70,60
Z 00- Z 99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	958	11,19
Total		8554	100

Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

La frecuencia de los códigos secundarios CIE-10 arrojó como resultado que un 70% de los egresos corresponde a diferentes formas de envenenamiento.

Tabla N° 5: Mecanismos más frecuentes utilizados en los egresos por lesiones autoinfligidas en personas del sexo femenino, según grupo etario. Años 2018-2021, Uruguay.

Código secundario CIE-10	Grupo etario		
	0 a 14	15 a 64	65 y más
	F. Abs.	F. Abs.	F. Abs.
X 61	333	2104	186
X 62	81	51	3
X 64	140	449	29
X 70	35	37	93
X 78	146	142	15

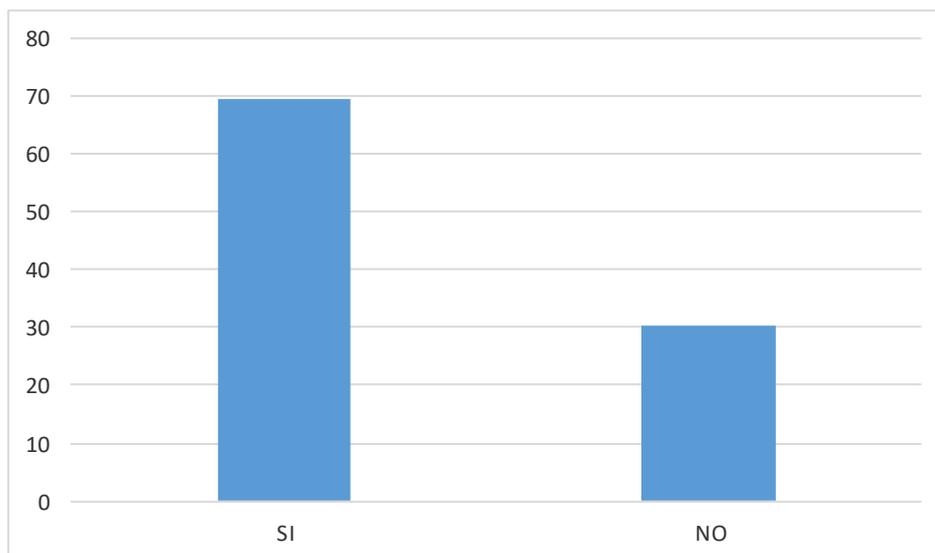
Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

Tabla N°6: Mecanismos más frecuentes utilizados en los egresos por lesiones autoinfligidas en personas del sexo masculino, según grupo etario. Años 2018-2021, Uruguay.

Código secundario CIE-10	Grupo etario		
	0 a 14	15 a 64	65 y más
	F. Abs.	F. Abs.	F. Abs.
X 61	49	697	72
X 64	5	213	22
X 70	51	236	24
X 78	25	128	7

Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

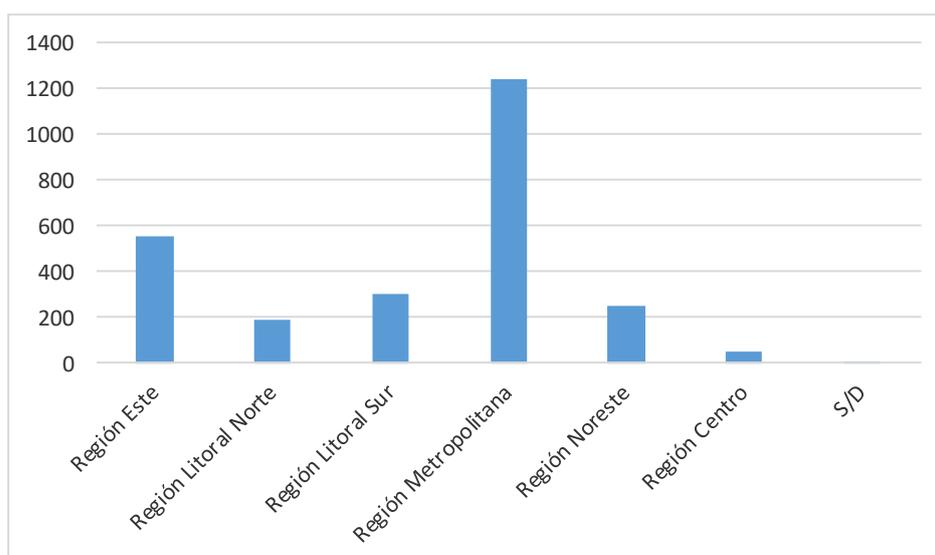
Gráfico N° 8: Distribución de codificaciones según relación de la consistencia de las lesiones autoinfligidas intencionalmente con su lesión de naturaleza. Años 2018-2021, Uruguay



Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

Las inconsistencias detectadas en la base de egresos hospitalarios entre una lesión de naturaleza e IAE son 2601 (30,4%).

Gráfico n° 9. Distribución de frecuencias de inconsistencias observadas entre la relación de las lesiones autoinfligidas intencionalmente con su lesión de naturaleza distribuida por región del país. Años 2018-2021, Uruguay



Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

Nota:

La Región Centro abarca los siguientes departamentos: Durazno, Flores y Florida.

La Región Este es la única compuesta por cuatro departamentos: Lavalleja, Maldonado, Rocha y Treinta y Tres.

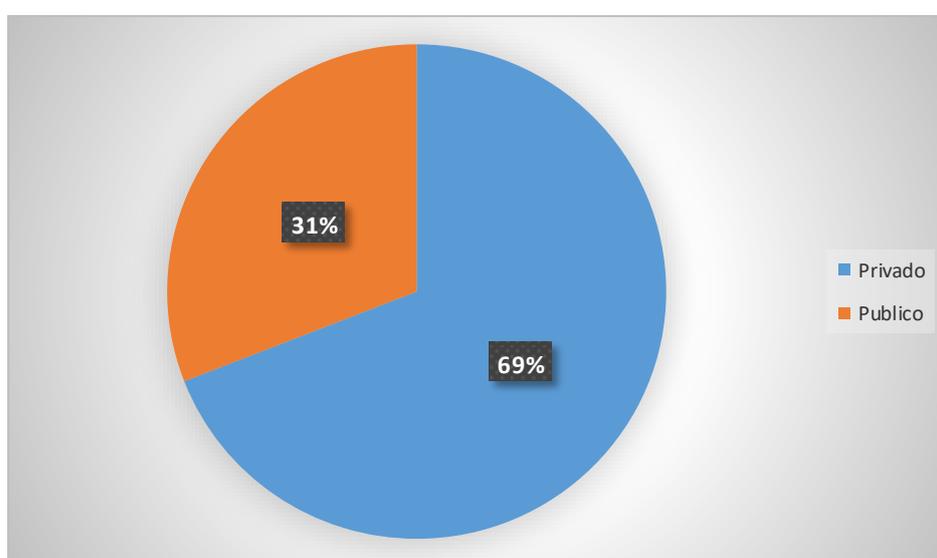
La Región Litoral Norte incluye los departamentos de Artigas, Paysandú y Salto.

La Región Litoral Sur comprende a Colonia, Río Negro y Soriano.

La Región Metropolitana abarca Canelones, Montevideo y San José.

La Región Noreste incluye los departamentos de Cerro Largo, Rivera y Tacuarembó

Gráfico N° 10. Distribución de frecuencias de inconsistencias observadas entre la relación de las lesiones autoinfligidas intencionalmente con su lesión de naturaleza distribuida por la cobertura de salud Años 2018-2021, Uruguay



Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

Tabla N°7: Omisión de la codificación de los antecedentes de los IAE. Años 2018-2021, Uruguay

Omisión de los Código tercero de CIE-10	F abs.	F rel (%)
SI	6852	80,1
NO	1702	19,89
Total	8554	100

Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

Tabla N° 8: Distribución de codificaciones de lesiones autoinfligidas intencionalmente y relación con sus antecedentes de los IAE. Años 2018-2021. Uruguay

Antecedentes de IAE- Código tercero de CIE 10	F abs	F rel (%)
IAE previo	317	3,71
Depresión	536	6,27
Alcoholismo	25	0,29
Esquizofrenia	20	0,23
Drogas	40	0,47
Otros problemas de salud mental	18	0,21
Enfermedades crónicas	10	0,12
Enfermedades graves	410	4,79
Aislamiento social	5	5
Duelo	s/d	s/d
Pérdida de empleo	s/d	s/d
Pérdida de vivienda	s/d	s/d
Perdida financiera	s/d	s/d
Otros eventos vitales estresantes	317	3,71
Historia familiar de suicidios	4	0,047
Omisión de los antecedentes de los IAE	6852	80,1
Total	8554	100

Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

7. Discusión

De la base de datos de egresos 2018-2021, se seleccionaron aquellos cuyo código secundario corresponden 8554 egresos hospitalarios con el diagnóstico *“lesiones autoinfligidas intencionalmente”* (grupo X60-X84).

El total de egresos hospitalarios corresponde un 70,6% (6039) al Capítulo XIX, grupo S00-T98, un 15,9%(1358) el Capítulo V, grupo F00-F99 (trastornos mentales y del comportamiento) y en el Capítulo XXI un 11,2%(956), grupo Z00-Z99 (factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud).(Ver Anexo nº13- Tabla 9) (Ver Anexo nº14- Tabla 10) (Ver Anexo nº15-Tabla 11).

De esta forma, el total de egresos de estos tres capítulos que registraron un código secundario para *“lesiones autoinfligidas intencionalmente”* (grupo X60-X84) fue de 8353 egresos. La mayoría de estos egresos con *“lesiones autoinfligidas intencionalmente”* son de sexo femenino, sin embargo, las muertes por suicidio son más frecuentes en sexo masculino. Y de igual forma, la mayoría de los egresos con IAE son sexo femenino (71%) y en el grupo de 20 a 44 años (38,2%). El análisis de la edad promedio es de 32 años.

La edad con mayor número de altas fue en el rango de 20 a 44 años, de las cuales 2287 fueron registros de alta de sexo femenino y 1305 de sexo masculino. Esto se correlaciona con los datos obtenidos donde la mayor cantidad de fallecidos por IAE se registra en el sexo masculino y puede estar diciéndonos que el peso de los roles de género en la sociedad sigue siendo una cuestión rígida a la hora de la percepción de afrontar el día a día, donde parece que a la mujer aún se le asigna el deber ser de *“estar bien”* junto con las responsabilidades del cuidado hacia otros (principal y fundamentalmente del cuidado maternal).

Según Montes (2019), se demuestra que las mujeres concurren con mayor frecuencia a las consultas de salud mental y que tiene más prescripciones de psicofármacos, siendo un causal de *“lesión autoinfligida intencionalmente”*.

Otro dato que llama la atención es con respecto a los registros de IAE entre las edades de 0 a 4 años de edad. Llama la atención justamente identificar once casos que tuvieron egresos por IAE, dado que a esa edad no tienen conciencia de lesionarse intencionalmente (suponemos que se trata de un error en la digitación).

Según Martínez (2017), los meses de invierno en nuestro hemisferio (julio y agosto) las pocas horas de luz solar proporcionales a la mayor cantidad de horas nocturnas, pueden estar representando un factor de incidencia a la hora de registrar un aumento en el número total de ingresos por IAE en este período estacional sea más alto que los egresos por la misma causa. Al mismo tiempo vemos en el Gráfico nº3 que en el mes de diciembre a pesar de entrar en el verano estival por estas latitudes, la incidencia de las fiestas tradicionales de Navidad y Fin de año pueden estar representando un momento de balances personales que, junto con recuerdos de buenos momentos personales o de seres queridos que ya no están, hacen en conjunto un factor más de riesgo para que se produzca un posible IAE. El comportamiento suicida en primavera y verano podría provenir directamente del potencial que surgen las interacciones sociales que pueden crear una sensación de decepción en la persona. (Ver Anexo nº 16- Tabla 12).

Al mismo tiempo, se identifica estacionalidad en estos egresos, donde en el caso de nuestro país y la región se registra una prevalencia en el aumento de egresos por IAE entre los meses de octubre, noviembre y enero. Y esto puede explicarse porque entre los meses de primavera y verano son más frecuentes las interacciones sociales presenciales (reuniones, festejos, paseos, salidas) en las que puede generarse una sensación de frustración y decepción personal en relación a la situación personal que manifiesta el otro o los otros en esa interacción, llevando eventualmente a una conducta suicida.

Las “*lesiones autoinfligidas intencionalmente*” más de la mitad (58%) se registran dentro del sector privado de atención en salud. Y esto pacientes con IAE en el sector privado de atención en salud o bien podrían ser más eficaces (en apariencia) con respecto al sector público de atención en salud, o bien por el contrario podría ser que la atención en el sector privado tiene un proceso de

cierre y alta médica más acelerado que en el sector público lo cual no necesariamente por ser más acelerado implica que sea más pertinente o efectivo para el paciente. (Ver Anexo nº17- Tabla 13).

En la Tabla N°2, la base de egresos con diagnóstico IAE muestra una diferencia estadísticamente significativa entre aquellos departamentos que tienen una mayor densidad poblacional respecto a los que tienen una menor densidad poblacional en términos absolutos. Y en ese sentido Montevideo y Canelones son los departamentos que presentan una tasa de IAE más alta, pudiendo concluir que, en el área urbana, el acto suicida es más frecuente porque existen mayores posibilidades de acceso a diferentes instrumentos que bien podemos llamarlos “autodestructivos” en todo sentido, como por ejemplo lo son las sustancias psicoactivas. También este dato puede explicarse porque a mayor densidad poblacional, mayores son los vínculos entre las personas y por tanto sus formas de interacción (sean éstos óptimos o no). Y cuando no son óptimos, no son saludables más allá de las diferencias y discusiones que todos podemos tener, siendo en consecuencia vínculos tóxicos o violentos en su interacción, es cuando debemos encender las alarmas.

Sin embargo, si continuamos analizando los valores de la Tabla N°2 al detalle de la cantidad de registros de IAE por departamento, vemos que Rocha es el departamento que registra la tasa de IAE más alta del país en relación a su población total. Y esto puede explicarse por varios factores de diversa índole, desde aspectos más sociológicos como la presión social que existe en ciudades más pequeñas respecto a los valores esperados para cada individuo, así como también puede estar explicando una posible falla en los mecanismos de prevención suicida e IAE a nivel local (más aún si consideramos que las conexiones interdepartamentales entre la capital departamental y las ciudades al norte del departamento como Lascano, Velázquez y Cebollatí son sumamente limitadas por las distancias entre una y otra, pudiendo así debilitar un trabajo en red efectivo y sostenible en el tiempo)

Con respecto a los métodos empleados para el IAE, el 70% fue por envenenamiento, explicaría el corto periodo de internación que se registra, o

también puede contribuir el hecho de que se trasladen a una institución especializada.

Cabe señalar algunas de las limitaciones del estudio, como la calidad de las bases de datos utilizadas, ya que un 80% (6852) de los egresos por “*lesiones autoinfligidas intencionalmente*”, no contaban con el registro de los antecedentes de IAE.

En las inconsistencias detectadas de las “*lesiones autoinfligidas intencionalmente*” con su lesión de naturaleza, representa un 30%(2601). Se observó que las inconsistencias predominaban en la Región Metropolitana (Canelones, Montevideo y San José) un 47% (1239). (Ver Anexo nº 18- Tabla 14).

La mayor proporción de inconsistencias se observan en el subsector privado; con 69% (1797). Cabe destacar que los datos clínicos de los pacientes son la piedra fundamental, generadora de datos y necesaria para la toma de decisiones en salud, tanto en ámbitos asistenciales, de investigación o de gestión en salud. (Ver Anexo nº19- Tabla 15).

De los resultados obtenidos destaca la necesidad de mejorar la calidad de las “*lesiones autoinfligidas intencionalmente*” con su lesión de naturaleza, sus antecedentes de IAE, así como de fortalecer el proceso de codificación posterior. En la mayoría de las instituciones el cierre del egreso hospitalario en la Historia Clínica Electrónica (Decreto 242/2017) es de texto narrativo no estructurado. Eso se debe, en gran parte, a que la codificación lleva más tiempo de registro que el texto libre y porque para su registro suele ser necesario el uso de un vocabulario estandarizado. Por otro lado, algunos centros de salud llevan el registro del egreso hospitalario en formato papel, la información es ilegible, los datos no están estructurados y no se pueden analizar de forma automatizada.

Además, puede ser que no tenga campos apropiados en lo que respecta a la Historia Clínica sea esta en formato papel o en formato digital para completar la información.

Otro problema existente es que el personal de salud a cargo de la atención asistencial generalmente desconoce las codificaciones existentes. En el caso de la CIE-10, por su importancia y aplicabilidad, debería ser conocida por los profesionales de la salud, quienes deberían familiarizarse con el correcto registro de las *“lesiones autoinfligidas intencionalmente”*, su lesión de naturaleza, sus antecedentes de IAE así mejorarían la calidad de los registros en salud.

El CIE-10 es una herramienta importante para la generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad a nivel nacional e internacional y que permite la toma de decisiones basado en evidencias.

El profesional de Registros Médicos deberá tomar como insumo a su codificación de CIE-10 la Ficha de Registro Obligatorio de Intento de Autoeliminación (*Ver Anexo nº 6: Ficha de Registro Obligatorio de Intento de Autoeliminación*) que es un documento que describe el procedimiento para el registro y notificación del IAE. En él se describen los antecedentes de IAE o factores que desencadieron en el episodio del paciente permitiendo tener un aspecto global de las *“lesiones autoinfligidas intencionalmente”* y cuyo cometido es procurar dar fin a la existencia de sí mismo.

El resultado del análisis entre las *“lesiones autoinfligidas intencionalmente”* y sus antecedentes de IAE, el predominante fue la depresión.

Por lo tanto, su abordaje tiene que ser multidisciplinario, para que pueda afrontarse con todos los recursos necesarios, teniendo en cuenta que es un problema crónico de salud. El *“suicidio”* y las *“lesiones autoinfligidas intencionalmente”*, son frecuentes en personas que sufren depresión.

La OPS (2013) define a la depresión en sí misma como una enfermedad (18):

“Común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Algunas investigaciones indican que el riesgo genético para la depresión es el resultado de la influencia de varios genes que actúan junto con factores ambientales y otros factores de riesgo. Algunos tipos de depresión

tienden a darse en familias. Sin embargo, la depresión también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de depresión. No todas las personas con enfermedades depresivas experimentan los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular.” Y tiene a su vez un fuerte impacto de prevalencia a nivel mundial, pudiendo afectar a las personas en diferentes etapas del ciclo vital.

8. Conclusiones

En esta presente monografía se evidencian algunas problemáticas, que, si bien son conocidos, en esta oportunidad se intentaron definir en términos de importancia y magnitud con el fin de aportar información útil para la toma de decisiones.

En términos generales se logró cumplir con los objetivos del trabajo realizado, detectar la población de Uruguay con IAE y la codificación de egresos de *“lesiones autoinfligidas intencionalmente”* con hospitalización y sus antecedentes de IAE comprendidos en el periodo 2018-2021. Se verificó la consistencia entre la *“lesiones autoinfligidas intencionalmente”* y sus antecedentes de IAE y se brindó lineamiento de la correcta codificación de *“lesiones autoinfligidas intencionalmente”*.

Finalmente, respecto a la concordancia de la codificación y *“lesiones autoinfligidas intencionalmente”* por parte del personal médico no registran totalmente el evento ocurrido, por el otro lado el personal de Registros Médico no investiga las omisiones de los datos y asigna un código erróneo de la nomenclatura.

Para evitarlo se debería concientizar a los prestadores de salud sobre la importancia de contratar personal de Registros Médicos (Tecnólogo/Licenciados) profesional calificados que aseguren la completitud de la Historia Clínica a través de un análisis cuantitativo.

Dado nuestros resultados, creemos importante la implementación de estrategias de capacitación que permitan que el personal involucrado (médicos y profesionales de registros médicos) obtenga una mayor eficacia en este proceso de generación y uso de información.

El Programa Salud Uy (2022), estableció un nuevo Conjuntos Mínimos de datos (CMD), que se incluye en el CDA (*Ver Anexo nº20 Guía de implementación CDA mínimo HL7v3 CDA-R2*), que surge condicionado al evento que se busca registrar y particularmente en este caso para mejorar registro de las lesiones y sus causas externas. (*Ver Anexo nº21 – Guía de*

bloque semántico para Lesiones). Se verá reflejado en los egresos hospitalarios del 2024, la información clínica será óptima, fortaleciendo el cumplimiento de funciones esenciales de Salud Pública, con una mirada a nivel poblacional.

Asimismo, debería incentivarse la correcta utilización de SNOMED-CT en la HCE de internación para la minimización de inconsistencias en los datos generados. Los datos de la salud generados deben auditarse cuantitativamente para lograr una buena calidad de la información, así como con una adecuada validación, que permita detectar errores y problemas de los sistemas y poderlos corregir, para de esta manera contribuir a mejorar la calidad, uso y utilidad de la información.

Durante la emergencia sanitaria, debido a factores internos de las instituciones como la falta de personal y el incremento de tareas impidió enfocarse la codificación en forma precisa.

Cabe destacar que, si se cuenta con estadísticas frescas y confiables, el equipo de salud se beneficia de la “retroalimentación”, la cual es indispensable para evaluar y mejorar las acciones de salud, obteniendo una información de calidad, y, por lo tanto, una mejora en los procesos asistenciales y la gestión sanitaria.

Es por ello que hoy en día, las decisiones que toman los administradores de salud dependen mucho de la calidad de la información que se produce; de ahí la importancia de llenar cuidadosamente la información, verificando que la cobertura sea lo más completa posible y con el mínimo de errores en la captura y codificación de los datos.

En resumen, se considera necesario:

- continuar fortaleciendo en forma interdisciplinaria e intersectorial para mejorar la calidad de las bases de datos,
- profundizar la rectoría respecto a la codificación de los egresos hospitalarios, protocolizando el procedimiento y las consideraciones especiales para determinados códigos.

- planificar estrategias para completar los vacíos de información y analizar los factores determinantes de los problemas.

La autora del presente trabajo considera que esta experiencia ha sido sumamente enriquecedora tanto a nivel personal como profesional, ya que se pudieron implementar los conocimientos adquiridos durante la carrera, el desafío de recolectar, procesar y analizar información recabada por diferentes herramientas, interactuando con los profesionales de salud del Departamento de Vigilancia de Salud acercándonos al desempeño profesional.

9. Recomendaciones

En la base de egresos hospitalarios, se podría agregar una columna que identifique los antecedentes de IAE para que el codificador envíe el reporte al rector y posteriormente se puedan analizar dichas acciones que culminaron en egresos de *“lesiones autoinfligidas intencionalmente”*. El agregado de la columna debe contener sus celdas bloqueadas para que obligue a complementar el campo con el código CIE-10.

En la planilla de cálculo de egresos hospitalarios se podría agregar una hoja de control que identifique las celdas vacías o con textos extraños que nos permitan identificar inconsistencias de datos.

El Licenciado/Tecnólogo de Registros Médicos debería tomar como insumo para su codificación de CIE- 10 la Ficha de Registros Obligatorio de Intento de Autoeliminación (IAE) para verificar los antecedentes de IAE por si surgiera alguna omisión del dato. Para ello es necesario considerar siempre que la codificación de egresos hospitalarios, sea realizada por un Tecnólogo o Licenciado de Registros Médicos puesto que es un profesional dotado de herramientas especializadas en la tarea.

Se sugiere además que a las instituciones utilicen y se capaciten sobre SNOMED-CT para los cierres de episodios de egresos hospitalarios para estandarizar el vocabulario y facilitar la consistencia del codificador.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán constantemente hacer foco en la importancia de registrar los egresos hospitalarios de forma completa y minuciosa al personal asistencial, destacando cuáles son las fallas más recurrentes y sus consecuencias para tenerlas siempre presentes y así poder evitarlas. Por otra parte, las instituciones deberán realizar una auditoría cuantitativa de datos de forma continua.

Se sugiere distribuir e implementar el manual para una correcta codificación de *“Lesiones autoinfligidas intencionalmente”* (X60-X84), en relación con sus antecedentes de IAE, que se confecciono en esta monografía. (Ver Anexo nº12- Manual de procedimiento para la correcta codificación de *“Lesiones*

autoinfligidas intencionalmente” en relación con sus antecedentes de IAE). Dado en la misma se contextualizo “*Lesiones autoinfligidas intencionalmente*”, antecedentes de los IAE, se sistematiza la codificación de esos egresos y se pueden maximizar los errores en los procesos de la codificación de CIE-10.

El personal de Registros Médicos en la Admisión de Emergencias del centro de salud, debería recabar los datos de antecedentes de IAE previos en la historia clínica, así como también posibles situaciones de IAE para colaborar con el personal médico siempre y cuando estos episodios sean conocidos o reconocidos.

Por otra parte, se sugiere que las instituciones prestadoras de servicios de salud, fomenten a su personal de Registros Médicos a realizar cursos virtuales de codificación brindados por la OPS y curso virtual de SNOMED-CT.

Nuestra profesión es de suma importancia ya que nos permite combinar la tecnología con información en la salud. Sería fundamental para la recolección, análisis y procesamiento de la información de forma adecuada, para tomar futuras decisiones en el seguimiento y control de la población de estudio y para que sea utilizada como herramientas en programas de salud. Nos basamos en el “*Teorema Fundamental de la Información*”, en cual indica que, si se establece interacción entre la persona, la información y la tecnología dará mejor resultado que la persona sola.

El personal de Registros Médicos puede procesar el dato, contextualizarlo; permite producir y diseminar el conocimiento. Transforma a los sistemas de información en piezas claves que permiten el éxito de la organización, así como definir las estrategias a seguir.

Creemos importante que el órgano rector implemente estrategias para la creación de un Comité de Datos formado por un grupo de especialistas que cuenten con conocimientos sobre la calidad de los datos, donde además el personal de registros médicos puede aportar con sus conocimientos a llevar comprender mejor el funcionamiento de los sistemas de información en salud; porque estos sistemas no valen por sí mismos si no son auditados. Sin el adecuado control no van a funcionar al 100%, repercutiendo así en la calidad

de atención y seguimiento de los pacientes que presenten situaciones de IAE o antecedentes previos de IAE.

10. Referencia Bibliográfica

1. Ministerio de Salud Pública. Creación y evolución histórica. [sede Web]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. [acceso 5 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/creacion-evolucion-historica>
2. Ministerio de Salud Pública. Cometidos. [sede Web]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. [acceso 5 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/cometidos#>
3. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud. Plan Estratégico del Ministerio de Salud Pública. [sede Web]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. [acceso 5 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/plan-estrategico/plan-estrategico-del-ministerio-salud-publica>
4. Macri M., Lemus J., Perez N., Kosacoff M. Instructivo para el registro de datos. En las Unidades centinela del sistema de vigilancia de Lesiones. Buenos Aires: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación; 2005.
5. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Día mundial para la prevención del suicidio. [sede Web]. México. Suprema Corte de Justicia de la Nación. [acceso 5 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/informate/dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-0>
6. Yael Spiller, Paola .Psicología y terrorismo: el terrorismo suicida. Estudio de variables que inciden en su aparición y desarrollo. [Tesis doctoral]. Buenos Aires: Universidad de Belgrano;2005. [acceso 5 de febrero de 2023]. Disponible en : <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/225>
7. Nizama Valladolid, M. Suicidio. Revista Peruana de Epidemiología, ISSN- e 1609-7211, Vol. 15, Nº. 2, 5 págs. Artículo de Revisión. Sociedad Peruana de Epidemiología. Perú: 2011. [acceso 22 de febrero de 2023]. Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3994798.pdf>

15. Ministerio de Salud Pública. Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio 2021-2025. [sede Web]. Montevideo: Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio [CNHPS]. [sede Web]. [acceso 5 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://www.gub.uy/ministerio-saludpublica/comunicacion/publicaciones/estrategia-nacional-prevencionsuicidio20212025#:~:text=Es%20un%20fen%C3%B3meno%20multicausal%20en,generaciones%20\(CNHPS%2C%202011\)](https://www.gub.uy/ministerio-saludpublica/comunicacion/publicaciones/estrategia-nacional-prevencionsuicidio20212025#:~:text=Es%20un%20fen%C3%B3meno%20multicausal%20en,generaciones%20(CNHPS%2C%202011))
16. Instituto Nacional de la Juventud/Ministerio de Desarrollo Social. Informe IV. Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2018. [sede Web]. Montevideo, 2020. [acceso 5 de febrero de 2023] Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/II_Encuesta_Mundial_de_Salud_Adolescente_0.pdf
17. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación en el Sistema Nacional Integrado de Salud. [sede Web] Montevideo: MSP; 2017 [acceso 5 de febrero de 2023] Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-saludpublica/files/documentos/publicaciones/PROTOCOLO%20IAE%20MSP%202016%20FINAL%2024.04.17%20%281%29.pdf>
18. Organización Panamericana de la Salud. Depresión. [sede Web] EEUU: OPS; 2021 [acceso 5 de febrero de 2023] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

11. Bibliografía Consultada

- Agesic. Modelo Unificado. [sede Web] Montevideo: Agesic; 2022 [acceso 5 de febrero de 2023] Disponible en: <https://centrodeconocimiento.agesic.gub.uy/web/salud.uy/modelo-unificado>
- Alegretti, M; Ferreiro M; Gagliano, G. y Griot, K. Normas nacionales para el registro de egresos hospitalarios. [Funcionarios internos de la Licenciatura en Registros Médicos]. Ministerio de Salud, División Epidemiología, Departamento de Vigilancia en Salud. Montevideo, 2022.
- Aprobación del Contrato de Gestión Suscrito entre la Junta Nacional de Salud y los Prestadores Integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud. Decreto 81/2012 de 13 de marzo. Boletín Oficial del Estado, (27-03-2012).
- Bittar, G., & Griot, K. Procedimientos para la construcción y control de calidad de la base de egresos hospitalarios. Ministerio de Salud, División Epidemiología, Departamento de Vigilancia en Salud; Montevideo, 2022.
- Carnicero, J. & Fernández, A. Manual de Salud Electrónica para Directivos de Servicios y Sistemas de Salud. Naciones Unidas: Chile;2012.
- Cassinelli María Teresa Rotondo de. Introducción a la bioética. Rev.Urug.Cardiol. [sede web]. 2017 Dic [Acceso 28 de febrero de 2023]; 32(3): 240-248. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202017000300240&lng=es. <https://doi.org/10.29277/ruc/32.3.4>
- Código de la niñez y la adolescencia. Ley N°17.823/004 de 14 de setiembre. Boletín del Estado, n°26586, (14/09/2004).
- Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. (2011). Plan Nacional de Prevención de Suicidio para Uruguay 2011-2015. “Un compromiso con la vida”.
- Day, R. y Gastel, B. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 4a. ed. Washington: OPS; 2008.

- Díaz Mayans, C. Referencias bibliográficas estilo Vancouver [en línea]2006 [acceso 16 de febrero de 2023] [26 pantallas]. Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/normvanc.htm>
- Ficha de Registro Obligatorio de IAE. Ordenanza Ministerial 801/12 de 27 de setiembre. Boletín Oficial del Estado, (26-12-2012).
- Grundel, L. HL7, CDA, IHE. Seminario de Informática Médica. [sede Web] Montevideo: MI; 2016 [acceso 5 de febrero de 2023] Disponible en: https://eva.fing.edu.uy/pluginfile.php/143886/mod_resource/content/1/presentacionSEMINARIO_2016%20%281%29.pdf
- Inclusión en el decreto 465/008 de las prestaciones referidas en el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Decreto 305/011 de 23 de agosto. Boletín del Estado, (09-09-2011).
- Ketzoian, C., Aguirrezabal, X., Benzano,D., Cáceres, R., Gil,J.,Gómez. J.C., Gotta,I., López M.,Soana,G.,Sciuto.J.& Verga,F. Estadística Médica: Conceptos y aplicaciones al inicio de la formación médica. Oficina del Libro FEFMUR;2004.
- Larrobla, C; Canetti, A; Hein, P; Novoa, G. y Durán, M. Prevención de la conducta suicida en adolescentes: guía para los sectores Educación y Salud [sede web] Montevideo: Udelar. CSIC, 2012. En: Protocolo de Prevención del Intento de Autoeliminación en Adolescentes- IAE. Administración de los Servicios de Salud del Estado [ASSE]. Uruguay: 2017. [acceso 21 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.asse.com.uy/contenido/Protocolo-de-Prevencion-del-Intento-de-Autoeliminacion-en-Adolescentes-9678>
- Ley Orgánica de Salud Pública. Ley N° 9.202/1934 de 12 de enero. Boletín Oficial del Estado, (22-01-1934).
- Ley de Salud Mental. Ley 19529/2017 de 24 de agosto. Boletín del Estado, (19-09-2017).
- Licenciatura en Registros Médicos. Requisitos académicos para el trabajo final de grado de la Licenciatura en Registros Médicos (Monografía) Versión 3; 2019.

- Malpartida J, T.S ELIOT La tierra baldía. Barcelona; 2001
- Martínez Wiltold, Pablo; Fernández, Matías y Kloster, Pablo. Bases de datos e inteligencia de negocios en salud. Buenos Aires: Editores Luna, D; Cancio, A; Departamento de Información en Salud: Hospital Italiano de Buenos Aires; 2018.
- Misa, A. Bioestadística básica e introducción a la Metodología de la Investigación. Montevideo: Bibliomédica; 2016.
- Ministerio del Interior. Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. División de Estadísticas y Análisis Estratégico. Homicidios. [sede Web] Montevideo: MI; 2017 [acceso 5 de febrero de 2023] Disponible en: <https://minterior.gub.uy/index.php/82-observatorio/presentacion#:~:text=El%20Observatorio%20Nacional%20Sobre%20Violencia,gesti%C3%B3n%20policial%20en%20nuestro%20pa%C3%ADs>.
- Ministerio de Salud Pública. Protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación en el Sistema Nacional Integrado de Salud. [sede Web] Montevideo: MSP; 2017 [acceso 5 de febrero de 2023] Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/PROTOCOLO%20IAE%20MSP%202016%20FINAL%2024.04.17%20%281%29.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. Protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación en el Sistema Nacional Integrado de Salud. [sede Web] Montevideo: MSP; 2017 [acceso 5 de febrero de 2023] Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/PROTOCOLO%20IAE%20MSP%202016%20FINAL%2024.04.17%20%281%29.pdf>
- Notificaciones de IAE. Ordenanza 765/2013 de 26 de setiembre. Boletín Oficial del Estado, nº 801, (27-09-2013).

- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. (10º ed. Vol. 2). Organización Panamericana de la Salud; 2018.
- Organización Mundial de la Salud. Medicina de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica (CIE9-MC), Volumen 3. Organización Panamericana de la Salud; 2009.
- Organización Panamericana de la Salud. Pandemia por Covid-19 exacerba los factores de riesgos suicidio. [sede Web] EEUU: OPS; 2020 [acceso 5 de febrero de 2023] Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio>
- Protección de Datos Personales y Habaes Data. Ley Nº18.331/2008 de 18 de agosto. Boletín del Estado (18-08-2008).
- Real Academia Española (2022). Lesión. En Diccionario de la Lengua española (edición de tricentenario). Recuperado el 23 de febrero de 2023. Disponible en: <https://dle.rae.es/lesi%C3%B3n>
- Real Academia Española (2022). Infligir. En Diccionario de la Lengua española (edición de tricentenario). Recuperado el 23 de febrero de 2023. Disponible en: <https://dle.rae.es/infligir>
- Real Academia Española (2022). Intencional. En Diccionario de la Lengua española (edición de tricentenario). Recuperado el 23 de febrero de 2023. Disponible en: <https://dle.rae.es/intencional>
- Real Academia Española (2022). Hospitalización. En Diccionario de la Lengua española (edición de tricentenario). Recuperado el 23 de febrero de 2023. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/hospitalizaci%C3%B3n>
- Reglamentación del art. 466 de la ley 19.355, relativo a los mecanismos de intercambio de información clínica con fines asistenciales a través del sistema de Historia Clínica Electrónica Nacional. Revocación del Decreto 396/003. Decreto 242/007 de 31 de agosto. Boletín del Estado, (07-09-2007)
- Regula la incorporación de las instituciones de salud y las personas al sistema de Historia Clínica Electrónica Nacional, y establécese el derecho de toda persona a oponerse al acceso a su información clínica

a través de la citada plataforma. Decreto 122/2019 de 29 de abril de 2019. Boletín del Estado, (13-05-2019).

- Rubin, L; Bordolla, D. Sistemas de soporte a la toma de decisiones. Creando herramientas para ayudar al profesional de la salud. Buenos Aires: Editorial Luna, D.; De Quiros,F; Departamento de Información en Salud: Hospital Italiano de Buenos Aires; 2018.
- SNOMED International.SNOMED CT. [sede Web] EEUU: SNOMED International. ; 2023 [acceso 5 de febrero de 2023] Disponible en: <https://confluence.ihtsdotools.org/display/RMT/2.+Beneficios+de+SNOMED+CT>

12. Glosario

Bloque semántico: Un bloque semántico es una unidad con información adicional a los Conjuntos Mínimos de Datos, que se incluye en el CDA que aporta a determinado fin. (Agesic, 2022).

Causa Externa: “Permite la clasificación de acontecimientos ambientales y circunstancias como la causa de traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos. Cuando un código de esta sección es aplicable, se espera que se lo utilice como adicional a un código diferente de la Clasificación que indique la naturaleza de la afección” (OMS, 2015, p.945).

CDA: “Estándar definido dentro de HL7 dentro de V3, para representar todo tipo de Doc. Clínicos. Un documento CDA es un objeto de información, definido y completo que puede incluir texto, imágenes, sonidos, u otro contenido multimedia”. (Grundel, 2016).

CIE-10: “Es un ordenamiento sistemático de grupos de enfermedades realizado con criterios establecidos previamente”. (OMS, 2015, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud. -10 ed. Vol.2-).

Codificación: “Es la representación de palabras por medio de números y/o letras bajo un sistema convencional”. (OMS,2015, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud. -10 ed. Vol.2-).

Codificación de Morbilidad: “Implica convertir términos diagnósticos y otros problemas relacionados con la salud, de palabras a códigos alfanuméricos, bajo un sistema convencional.” (OMS,2015, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud. -10 ed. Vol.2-).

Conjunto Mínimo de Datos(CMD): “La generación de arquetipos permite definir modelos de información clínica, especificando los contenidos, estructura y significado básico de un conjunto de datos denominado Conjunto Mínimo de Datos (CMD) que conforman un determinado

documento clínico. En el marco de la HCEN, cuando se habla de “modelo unificado de historia clínica” se hace referencia al contenido clínico mínimo (CMD) que deberían contener las distintas hojas clínicas de la misma, mejorando principalmente la continuidad asistencial y la toma de decisión clínica en cada instancia con el usuario.” (Agesic,2022).

Egreso Hospitalario: “Se produce cuando se le otorga el alta hospitalaria al paciente, luego de culminado el episodio de morbilidad por el cual estuvo internado en uno o más niveles de atención y no uno o más establecimientos. El egreso se puede producir por alta a domicilio o fallecimiento” (Normas Nacionales para el registro de egresos Hospitalarios,2022).

Historia Clínica Electrónica (HCE): “Comprende el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”. (Carnicero,2003; Carnicero y Rojas,2010).

Hospitalización: “Ingreso de un paciente en un centro sanitario para ocupar una plaza o cama y recibir atención especializada hasta el momento del alta hospitalaria”. (REA,2022).

Infligir: “Causar daño” (REA,2022).

Intencionalmente:” De manera intencional, de forma deliberada, voluntaria o hecho a propósito; deliberadamente”. (REA,2022).

Intento de suicidio: “Se engloban aquellos actos autolesivos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal”. (OMS, 2015).

Lesión: “Daño o detrimento corporal causado por una herida, un golpe o una enfermedad”. (REA, 2022).

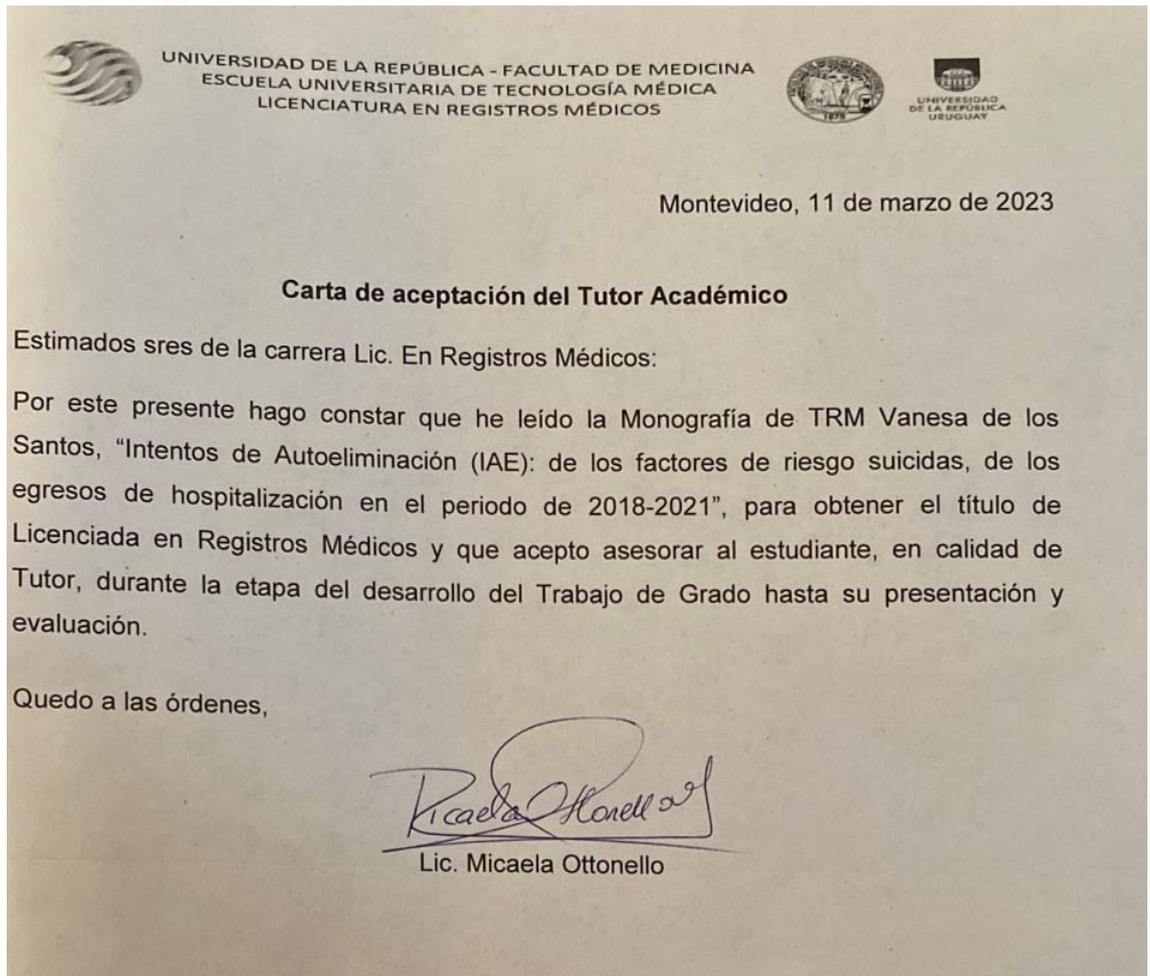
Riesgo de suicidio: “Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida”. (OMS, 2015).

SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms): “Es la terminología clínica integral, multilingüe y codificada de mayor

amplitud, precisión e importancia desarrollada en el mundo. SNOMED CT es, también, un producto terminológico que puede usarse para codificar, recuperar, comunicar y analizar datos clínicos permitiendo a los profesionales de la salud representar la información de forma adecuada, precisa e inequívoca. La terminología se constituye, de forma básica, por conceptos, descripciones y relaciones. Estos elementos tienen como fin representar con precisión información y conocimiento clínico en el ámbito de la asistencia sanitaria". (SNOMED CT,2014)

13. Anexos

13.1. Anexo n°1. Aceptación del tutor.





Montevideo, 15 de marzo de 2023

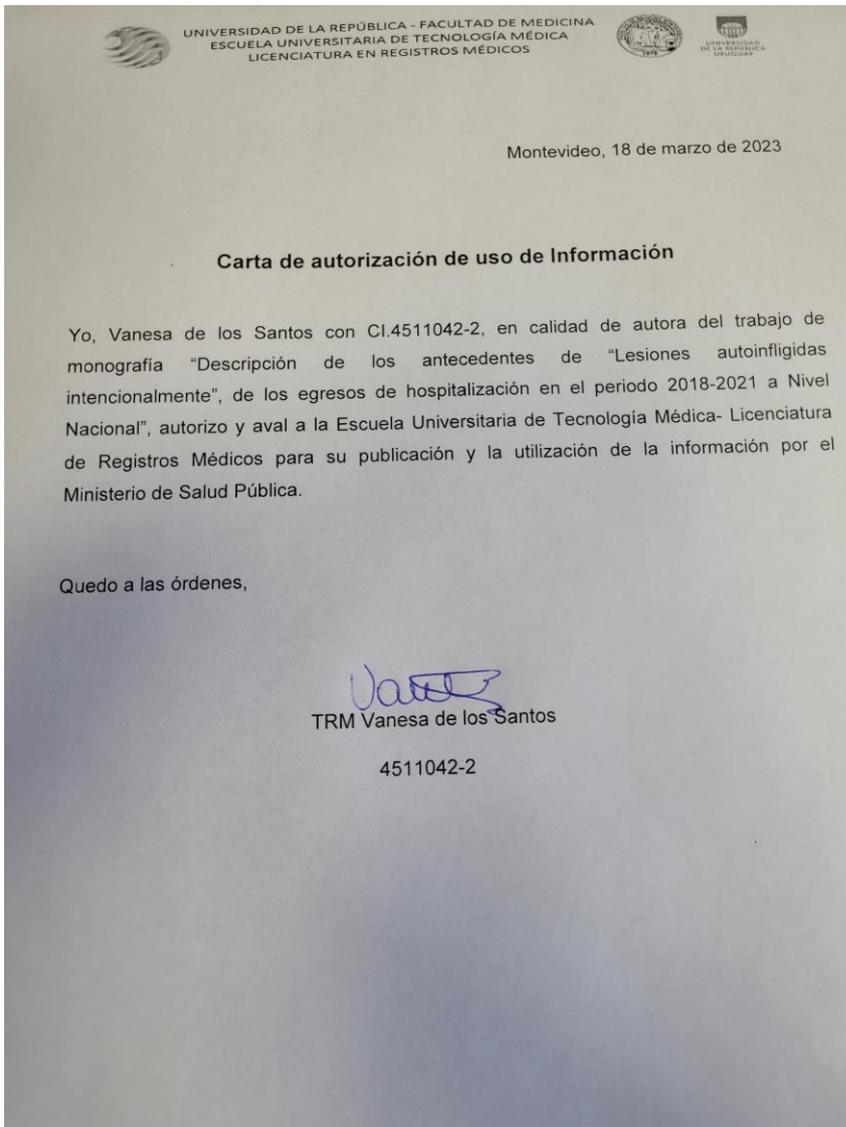
Carta de aceptación del Tutor Académico

Por este presente hago constar que he leído la Monografía de TRM Vanesa de los Santos, "Descripción de los factores de riesgo suicida (IAE) de los egresos de hospitalización comprendido en el periodo 2018- 2021 a nivel Nacional", para obtener el título de Licenciada en Registros Médicos y que acepto asesorar al estudiante, en calidad de Co-Tutor, durante la etapa del desarrollo del Trabajo de Grado hasta su presentación y evaluación.

Quedo a las órdenes,


PAULA SARKISSIAN MAY
MÉDICO SIQUIATRA
CP 72849
Dra. Paula Sarkissian

13.1.1 Anexo nº 1.1 Carta Autorización de uso de Información.



13.2. Anexo n°2. Autorización Del MSP.



Ministerio
de Salud Pública

DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
ÁREA DE VIGILANCIA EN SALUD DE LA POBLACIÓN
DIVISIÓN EPIDEMIOLOGÍA
DEVISA

Montevideo, 10 de enero de 2023.

Director de Área de Vigilancia en Salud de la Población

Dra. Carmen Seijas

En referencia a la solicitud de información **Acceso 3/8045/2022**

"Registros de códigos CIE 10 que se encuentren en las Bases de Egresos Hospitalarios comprendido entre X60-X84 para el periodo 2018-2021 y sus correspondientes CIE-9, según sector (público/privado), Número de caso, Sexo, Edad, Grupo de edad, Departamento, Fecha de ingreso, Fecha de egreso, Días de internación, y Condición al egreso (alta/fallecido) "

Le informamos que hacemos entrega de la solicitud en planilla de cálculo .

Atentamente,

Dra. Griselda Bittar

Dra. Alicia González

Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles

Departamento de Vigilancia en Salud

División Epidemiología

Ministerio de Salud Pública

Montevideo, 13 de enero de 2023

Ref. N° 12/001/3/8045/2022.-

Mediante acceso a la información pública se consulta:

"Registros de códigos CIE 10 que se encuentren en las Bases de Egresos Hospitalarios comprendido entre X60-X84 para el periodo 2018-2021 y sus correspondientes CIE-9, según sector (público/privado), Número de caso, Sexo, Edad, Grupo de edad, Departamento, Fecha de ingreso, Fecha de egreso, Días de internación, y Condición al egreso (alta/fallecido)"

Consultada la Dirección General de la Salud, a través de la División Epidemiología se informa, la documentación que se sugiere notificar que luce en los presentes obrados de fojas 15 a fojas 90.-

En virtud de lo expuesto, se sugiere hacer lugar a lo solicitado en los términos del presente informe.-

VISTO: la solicitud de información pública efectuada al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381, de 17 de octubre de 2008;

RESULTANDO: que la peticionante solicita información vinculada a registros de códigos CIE 10 que se encuentren en las bases de egresos hospitalarios, comprendido entre X60-X84 para el período 2018-2021 y sus correspondientes CIE-9, según sector (público/privado), discriminados en número de caso, sexo, edad, grupo de edad, Departamento, fecha de ingreso y de egreso, días de internación y condición al egreso (alta/fallecido);

CONSIDERANDO: I) que corresponde hacer lugar a lo peticionado;

II) que de acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 16 de la citada disposición legal, el acto que resuelva la petición debe emanar del jerarca máximo del Inciso o quien posea facultades delegadas al efecto;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido por Resolución Ministerial N° 38/991 de 22 de enero de 1991;

EL DIRECTOR GENERAL DE SECRETARÍA

en ejercicio de las atribuciones delegadas

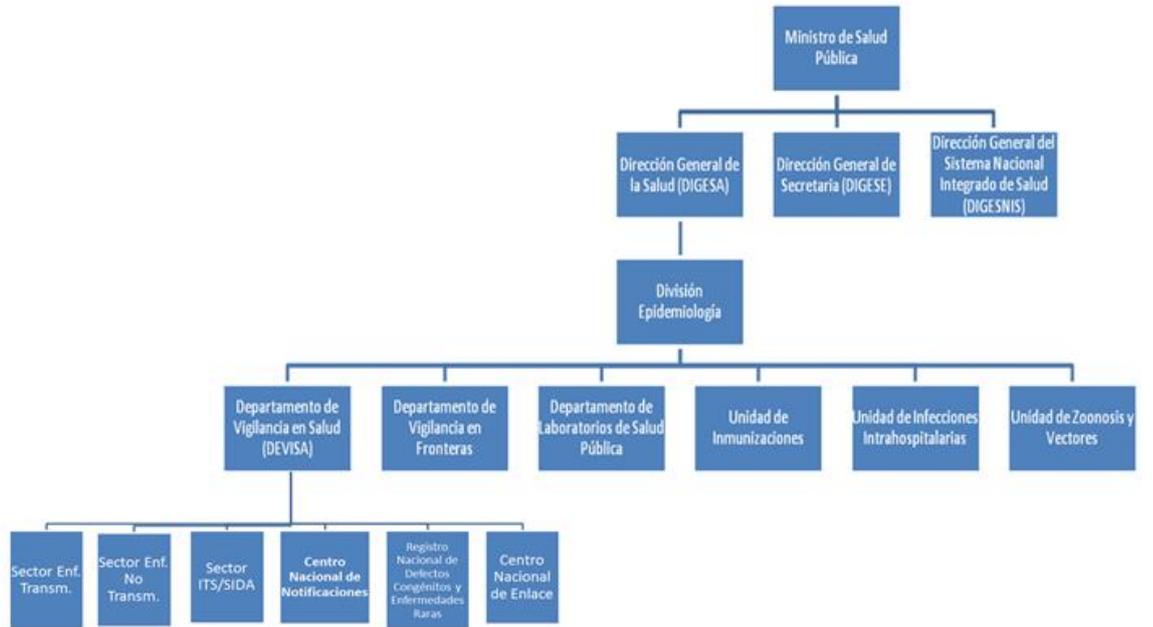
RESUELVE:

- 1º) Autorízase el acceso a la información, en referencia a la solicitud efectuada
al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381,
de 17 de octubre de 2008.
- 2º) Notifíquese a la parte interesada a través de Secretaría de la Dirección General de Secretaría. Pase al Departamento de Comunicaciones para su publicación en la página web institucional. Cumplido, archívese.

Ref. N° 001-3-8045-2022

MO

13.3. Anexo n°3. Organigrama del Ministerio de Salud Pública.



Fuente: Elaboración propia del MSP-Departamento de Vigilancia en Salud.

13.4. Anexo n°4. Tasa de mortalidad por suicidio Uruguay, 2010-2021.



Ministerio
de Salud Pública

Tasa de mortalidad por suicidio
Uruguay, 2010-2021

Año	Número	Tasa x 100.000 habitantes
2010	550	16.19
2012	608	17.74
2013	555	16.13
2014	601	17.40
2015	643	18.55
2016	715	20.54
2017	688	19.70
2018	710	20.25
2019	723	20.55
2020	718	20.30
2021	758	21.39

Fuente: Estadísticas vitales Ministerio de Salud Pública.

13.5. Anexo n°5. Tasa de mortalidad por suicidio según grupo etario. Uruguay, 2015-2021.



Tasa de mortalidad por suicidio según grupo etario. Uruguay, 2015-2021

Grupo etario	Tasa por 100.000 habitantes						2021
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
< 14	1.97	1.20	2.03	2.88	2.09	1.3	-
15-19	11.10	12.37	15.96	8.85	11.29	16.6	16,4
20-24	23.24	27.76	26.29	23.18	28.37	27.9	24,8
25-29	25.65	22.67	22.13	19.22	29.11	29.1	36,2
30-34	23.10	26.36	25.34	22.62	18.31	29.0	21,2
35-39	20.50	21.00	23.26	23.06	23.20	24.1	30,3
40-44	18.21	22.67	22.22	26.85	19.49	21.1	22,4
45-49	16.95	20.08	18.83	22.71	29.68	21.6	18,1
50-54	22.73	23.83	29.46	31.69	28.78	20.2	22,4
55-59	25.97	30.28	24.36	27.63	21.44	22.9	25,0
60-64	26.09	33.07	25.88	30.35	23.18	21.8	22,0
65-69	27.14	29.64	27.85	30.81	33.50	25.5	34,3
70-74	30.85	33.02	22.55	32.13	34.95	28.1	31,7
75-79	27.94	36.37	29.75	41.08	37.54	36.0	36,5
80-84							48,8
85-89	36.39	43.42	41.61	34.78	38.11	41.3	49,7
90+							40,4

Fuente: Estadísticas vitales Ministerio de Salud Pública.

13.6. Anexo n°6. Ficha de Registro Obligatorio de IAE.



DIGESA/DPES/PNSM

Ficha de Registro de Intento de Autoeliminación (IAE)

Prestador Integral de Salud _____

Fecha de Consulta ____/____/____

Fecha de IAE ____/____/____

Nombre _____ Sexo Fecha nac Edad CI

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Tel. _____ Celular _____

Dirección _____

Departamento _____ Localidad _____ Urbano

Rural

Persona de referencia _____ Teléfono de contacto _____

Vive con Familia/pareja Amigo

Solo Institución

Otros _____

Ocupación _____

Método utilizado para el IAE

Ahorcamiento Arma de fuego

Ingesta de sustancias tóxicas Fármacos

Inmersión Precipitación

Otros métodos (especifique) _____

Se encuentra en atención por problemas de Salud Mental Si NO NO SABE

Farmacológico Psicoterapia

Otros (especifique) _____

DISPOSITIVO DE SALUD INTERVINIENTE EN 1ª INSTANCIA

Puerta de emergencia Otros

Médico de radio/ urgencia en domicilio

Policlinica Especifique _____

Firma: _____ Aclaración: _____

Especialidad _____

SERVICIO O EQUIPO DE SALUD MENTAL

Fecha ____/____/____ Concurrió Si No

Firma: _____ Aclaración: _____

Especialidad _____

Otros datos a completar por el profesional de salud mental			
FACTORES DE RIESGO			
IAE previos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique: 1 <input type="text"/> Dos o más <input type="text"/>
Trastornos mentales:	Depresión <input type="checkbox"/>	Alcoholismo <input type="checkbox"/>	Esquizofrenia <input type="checkbox"/>
Uso P sustancias	<input type="checkbox"/>	Otros <input type="text"/>	
Enfermedades físicas crónicas y/o graves	<input type="checkbox"/>	Especifique	<input type="text"/>
Aislamiento social	<input type="checkbox"/>		
Situación laboral :	Desocupado <input type="checkbox"/>	Jubilado	<input type="checkbox"/>
Eventos vitales estresantes	Duelo <input type="checkbox"/>	Otras pérdidas <input type="checkbox"/>	Otros <input type="text"/>
Historia familiar de suicidio	<input type="checkbox"/>		
Otros	<input type="text"/>		
FACTORES DE PROTECCIÓN			
Apoyo familiar	<input type="checkbox"/>		
Buena integración social	<input type="checkbox"/>		
Habilidad en la resolución de conflictos	<input type="checkbox"/>		
Otros	<input type="text"/>		

Fuente: DIGESA-MSP.

13.7. Anexo nº7. Modos y mecanismos del Protocolo IAE- MSP.

MODO 1

Una de las poblaciones objetivo son los usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano, que haya realizado intento de autoeliminación (IAE) en el último año. La atención es grupal, con carácter gratuito y con una cobertura de hasta 16 sesiones anuales para cada usuario.

MODO 2

En este modo, una de las poblaciones objetivo son los usuarios con intento de autoeliminación (IAE) En el caso de adultos, la atención en este Modo podrá ser individual, de pareja, familia o grupal, hasta 48 sesiones anuales y con un copago preestablecido. En niños y adolescentes, la atención en este Modo podrá ser individual, grupal o de familia, hasta 24 sesiones anuales y con un copago preestablecido.

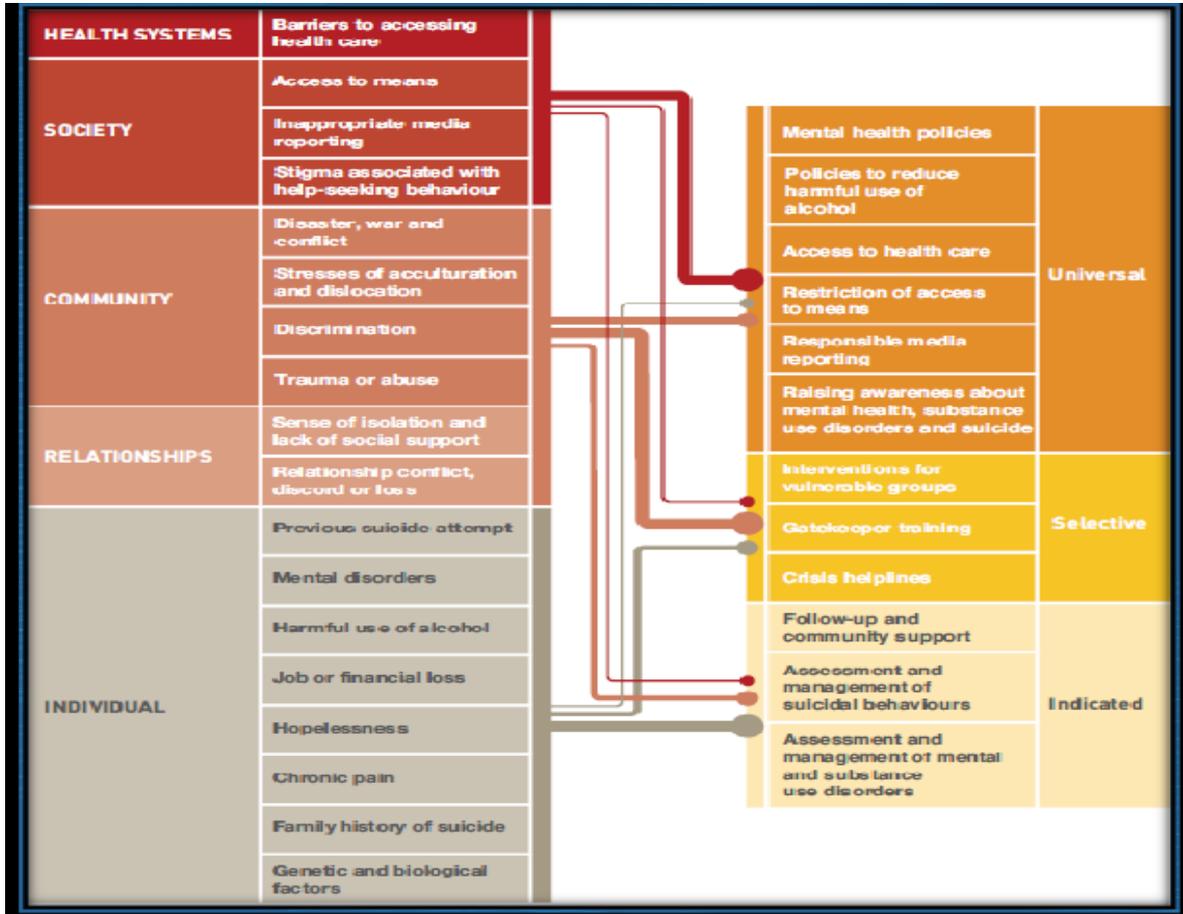
Mecanismos de Acceso

Se accede a la entrevista con el comité de recepción siguiendo alguna de las siguientes vías:

- Por iniciativa del usuario.
- Por derivación del Equipo de Salud.
- Derivación de los coordinadores de grupo del modo 1.

Fuente: Extracto del Plan de Implementación de prestaciones en Salud Mental del SNIS (Decreto nº 305/2011) para personas con IAE y sus familiares.

13.8 Anexo n°8. Prevención del suicidio: un imperativo global, OMS. 2014.



Fuente: OMS/OPS (2014).

13.9 Anexo n°9. Tabla códigos de CIE-10 (X60- X84).

Código CIE-10: X60-X84 para Lesiones autoinfligidas intencionalmente

X60	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos
X61	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte
X62	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte
X63	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo
X64	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados
X65	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol
X66	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores
X67	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores
X68	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas
X69	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados
X70	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
X71	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión
X72	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta
X73	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga
X74	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas
X75	Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo
X76	Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas
X77	Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes
X78	Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante
X79	Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo
X80	Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado
X81	Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento
X82	Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor
X83	Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados
X84	Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados

Fuente: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Decima Revisión(CIE-10), Edición 2015.

13.10 Anexo n°10. Diagrama de Gantt.

DIAGRAMA DE GANTT

Nombre de la Monografía	Autor de la Monografía	Fecha de Inicio	Fecha de Fin
Descripción de los antecedentes de las "Lesiones autoinfligidas intencionalmente", de los egresos de hospitalización en el período 2018-2021 a Nivel Nacional	TRM De los Santos, Vanesa	20/10/2022	31/03/2023

ACTIVIDAD	Inicio	Fin	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE		
			Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
1 Revisión Bibliográfica	20/10/2022	31/10/2022	█					
2 Reunión con las personas encargadas de DEVI&A y Lic. Zawadzki, Saadia. Para coordinación de solicitud de la información	20/10/2022	20/10/2022	█					
3 Elección del tema y redacción de la carta sobre la elección del tema	20/10/2022	31/10/2022	█					
4 Coordinación con el tutor para la metodología de trabajo	20/10/2022	30/10/2022	█					
5 Elaboración cronograma	01/11/2022	11/11/2022		█				
6 Elaboración de objetivos	01/11/2022	11/11/2022		█				
7 Definición de variables y elaboración de metodología. Elección de las herramientas de trabajo	01/11/2022	11/11/2022		█				
8 Elaboración de Marco teórico	05/12/2022	31/12/2022			█			
9 Trabajar con la base de egresos hospitalarios	10/01/2023	31/01/2023				█		
10 Elaboración de tablas	01/02/2023	10/02/2023					█	
11 Elaboración de gráficos	01/02/2023	10/02/2023					█	
12 Elaboración de análisis de datos	15/02/2023	28/02/2023					█	
13 Elaboración de Discusión	15/02/2023	28/02/2023					█	
14 Elaboración de conclusión y recomendaciones	15/02/2023	28/02/2023					█	
15 Elaboración Introducción y el resumen	01/03/2023	07/03/2023						█
16 Elaboración de la monografía final	07/03/2023	15/03/2023						█
17 Entrega de la monografía	15/03/2023	20/03/2023						█
18 Elaboración de diapositivas	20/03/2023	31/03/2023						█
19 Preparación de la presentación	20/03/2023	31/03/2023						█

Fuente: Elaboración propia, octubre de 2022.

13.11 Anexo n°11 F.O.D.A.

		Análisis Interno		Análisis Externo	
Aspectos Negativos	#	Debilidades	#	Amenazas	
	1	Falta de guías de codificaciones de lesiones autoinfligidas con sus antecedentes de IAE	1	Cambios en normativas gubernamentales sobre codificación de egresos.	
	2	Falta de personal por la etapa de pandemia.	2	Nuevas emergencias sanitarias que hagan cambiar las prioridades de las instituciones.	
	3	Falta de personal capacitado para codificar.	3		
	4	Registros incompletos por parte del personal asistencial.	4		
	5	Falta de conocimiento de la codificación CIE-10 por el personal asistencial	5		
	6	Falta campos apropiados para HC/HCE para completar el egreso hospitalario	6		
	7		7		
	8		8		
	9		9		
10		10			
Aspectos Positivos	#	Fortalezas	#	Oportunidades	
	1	Buena comunicación entre el personal de DEVISA y los encargados de codificación de las instituciones.	1	Talleres, jornadas y /o cursos de OPS, Salud UY, MSP.	
	2	DEVISA esta formado por un equipo multidisciplinario.	2		
	3		3		
	4		4		
	5		5		
	6		6		
	7		7		
	8		8		
	9		9		
10		10			

Fuente: Elaboración propia, enero de 2023.

13.12. Anexo n° 12. Confeccionamiento de un manual de procedimiento para la correcta codificación de “Lesiones autoinfligidas intencionalmente” (X60-X84) con sus antecedentes de IAE.



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA - FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
LICENCIATURA EN REGISTROS MÉDICOS



*Manual de procedimiento para una correcta
codificación de “Lesiones autoinfligidas
intencionalmente”(X60 – X84) con sus
antecedentes de IAE.*

Autor: TRM De los Santos, Vanesa

Montevideo, Uruguay

Marzo-2023

Manual de procedimiento para la correcta codificación de
“Lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60- X84)” en relación
con sus antecedentes de IAE.

En este manual de procedimiento tiene el propósito de brindar pautas para la correcta codificación de “*Lesiones autoinfligidas intencionalmente*” en relación con sus antecedentes de Intento de Autoeliminación (IAE).

Con el fin de fortalecer al órgano rector para mejorar la calidad de los datos de las “*lesiones autoinfligidas intencionalmente*” en relación con sus antecedentes de IAE, para futura toma decisiones.

Definiciones:

Egreso Hospitalario (desde la perspectiva de morbilidad): “Se produce cuando se le otorga el alta hospitalaria al paciente, luego de culminado el episodio de morbilidad por el cual estuvo internado en uno o más niveles de atención y no uno o más establecimientos. El egreso se puede producir por alta a domicilio o fallecimiento” (Normas Nacionales para el registro de egresos Hospitalarios,2022)

Intento de Autoeliminación: “Todo acto cuyo cometido principal es procurar dar fin a la existencia sí mismo, sea este acto claramente manifestado por la persona y/o como resultante del diagnóstico del profesional de la salud.” (MSP,2017).

Riesgo Suicida: “Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida”. (OMS, 2015).

Se listan antecedentes frecuentes, consignar todas las opciones que correspondan:

- IAE previos: Deberá especificarse la existencia o no de intentos de autoeliminación previos. En caso afirmativo especifique si posee 1 IAE previo, 2 o más.

- Trastornos mentales: consignar si se constata: Depresión, alcoholismo, esquizofrenia.
- Uso sustancias: refiere al uso problemático de sustancias.
- Enfermedades físicas: Incluir aquellas enfermedades crónicas y/o graves, incurables (por ej cáncer, HIV/SIDA, epilepsia). En caso afirmativo, especificar cuál.
- Aislamiento social: refiere a la falta de apoyo y/o redes sociales
- Situación laboral: desocupado, jubilado. Desocupado, se refiere a la actividad actual no usual. Se considera desocupados a quienes no han trabajado en la semana anterior a la evaluación, pero han buscado trabajo remunerado.
- Eventos vitales estresantes: Consignar si la persona se encuentra bajo estrés debido a una situación de:
 - duelo: pérdida de ser querido
 - otra pérdida significativa: empleo, vivienda, financiera
 - otros: otros eventos vitales estresantes (conflictos legales, laborales u otros)
- Historia familiar de suicidio- Consignar si existen antecedentes familiares de suicidio.

Criterios para la codificación de “lesiones autoinfligidas intencionalmente” a sus antecedentes de IAE:

El Capítulo XX de la CIE-10 permite la clasificación de eventos ambientales y circunstancias como causa de lesiones y otros efectos adversos.

Cuando un código de esta sección es aplicable, se espera que se lo utilice como código secundario a un código de otro capítulo donde se recoja la naturaleza de la lesión. Aunque la mayor parte de las ocasiones acompañan a un diagnóstico principal del Capítulo XIX, “Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)”.

La CIE-10 tiene su propio índice alfabético de Causas Externas ubicada tras el índice alfabético de enfermedades y la tabla de fármacos y productos químicos; en este índice los términos principales más habituales son accidente, caída, choque, golpeado, suicidio, contacto accidental, exposición (a), lugar de concurrencia, etc.

Los códigos de este capítulo pueden usarse en todos los ámbitos, ya sea hospitalización o asistencia ambulatoria y proporcionan información adicional de la causa de la lesión, generalmente para la investigación y en la evaluación de estrategias de prevención de lesiones.

Aportan información adicional relacionada con:

- Causa de la lesión
- Intencionalidad
- Lugar del acontecimiento
- Actividad concreta realizada en el momento de la lesión.
- Tipo de actividad.

NORMAS GENERALES

En el capítulo XIX, las lesiones o traumas están agrupados y clasificados en primer lugar por zona corporal o lugar anatómico afectados y, en segundo lugar, se clasifican según el tipo de lesión y trauma que tengamos que codificar.

Además, la codificación de patologías dentro de este capítulo nos obligará siempre a utilizar las letras A, D o S como valores de 7.º carácter, con la única excepción de la codificación de las fracturas, que requieren el uso de otros valores para el 7.º carácter y que veremos más adelante.

A como 7.º carácter, significa contacto inicial. Esto quiere decir que el enfermo se encuentra en un proceso de estar recibiendo para su patología tratamiento activo, esto es, un tratamiento o proceso destinado a tratar y curar

dicha lesión actual. Este hecho incluye la reevaluación de dicho tratamiento cuando nos encontremos con el caso de que el paciente esté en la primera fase de cuidados. Un tratamiento activo es la atención que recibe un enfermo en las urgencias de un centro hospitalario, o la evaluación de un tratamiento por un especialista, aunque sea por parte de la misma persona o diferente durante el transcurso de ese tratamiento.

Si consignamos una D como 7.º carácter, significa contacto sucesivo.

Después de sufrir una lesión y de recibir un tratamiento activo al inicio, los pacientes suelen precisar de unos cuidados de forma continuada y habitual para su patología en la fase de curación y recuperación de dicha dolencia. Este es el significado de contacto sucesivo, por el cual, por ejemplo, el paciente tendrá que hacer visitas al especialista para el seguimiento de la lesión, o necesitará un cambio de escayola, o tendrá la necesidad de que le retiren dispositivos de fijación, de que le hagan nuevos ajustes de los fármacos que toma, etcétera.

No se deben utilizar códigos Z de cuidados posteriores en caso de lesiones y envenenamientos, sino un 7.º carácter D, de contacto sucesivo, que nos identifique este hecho.

Cuando utilizamos S como 7.º carácter, significa secuela. Las secuelas son resultados negativos después de sufrir una lesión, afecciones que aparecen después. Una cicatriz en la piel después de una quemadura sería una secuela de dicha lesión. Para la codificación de estos casos, debemos utilizar, en primer lugar, un código para describir la secuela como tal, y, en segundo lugar, un código que identifique la lesión que dio lugar y originó esa secuela, código que llevara añadido su 7.º carácter S

En resumen:

- Deben utilizarse tantos códigos como sea necesario para la descripción completa del suceso en el siguiente orden: mecanismo causal e intencionalidad, lugar, actividad y estado.
- Si dos sucesos causan lesiones diferentes, debe utilizarse un código del capítulo 20 para cada uno de ellos.

- Si un único suceso causa lesiones diferentes, solo debe utilizarse un código del capítulo 20. En lesiones debidas a dos o más causas, primero debe secuenciarse el código que identifique la causa que tenga relación directa con el diagnóstico principal.
- No se utilizarán cuando la información ya esté contenida en los literales de los códigos de otros capítulos.
- No deben utilizarse si no aportan información adicional al suceso.

Los códigos de actividad y situación personal se asignan a continuación de los códigos de causa externa que identifican la causa (intencionalidad).

El código de causa externa a registrar en primer lugar deberá corresponder con la causa de la lesión más grave debida a agresión, accidente o autolesión, siguiendo el orden jerárquico que se ha descrito anteriormente.

En los IAE, codificaremos:

- **Diagnóstico principal:** las lesiones ocurridas en el mismo, si estas son causa del ingreso.
- **Diagnóstico secundario:** la enfermedad psiquiátrica que causa el intento.
 - En el caso de que no quede justificado el ingreso por dichas lesiones o manifestaciones, entonces el diagnóstico principal será la patología psiquiátrica subyacente, pues el estudio de esta va a justificar el ingreso.
- Si no hubiese lesiones de ningún tipo ni enfermedad mental subyacente justificada clínicamente, utilizaremos el código T14.91 Intento de suicidio, Intento de suicidio NEOM.
- **Ideas suicidas:** R45.851 Ideaciones suicidas.
- **Historia personal de suicidio o autolesión:** Z91.5 Historia personal de autolesión.

Ejemplo: paciente que ingresa en estado de pánico con esguince de ligamentos en columna dorsal tras un intento de suicidio en vivienda unifamiliar.

S23.3XXA Esguince de ligamentos de columna dorsal, contacto inicial + **X80.XXXA** Lesiones autoinfligidas intencionadamente al saltar desde un lugar alto, contacto inicial + **Y92.018** Otro lugar de casa unifamiliar no institucional (privada) como lugar del acontecimiento de la causa externa + **F41.0** Trastorno de pánico [ansiedad episódica paroxística] sin agorafobia.

Algunos aspectos importantes a tener en cuenta para la codificación de CIE-10:

- Los registros de egresos codificados con los códigos del cap. XIX (S00-T98), deben contar con un código adicional que especifique el mecanismo intencionalidad.
- Los códigos del cap. XX (V01-Y98) no deben figurar como diagnóstico principal
- Los antecedentes de IAE se deben codificar como código terciario, si el dato no está en el egreso hospitalario se puede extraer de la Ficha de Registro Obligatorio de IAE.

Bibliografía Consultada:

- Alegretti, M., Ferreiro M., Gagliano, G., Griot Karina, internos de la Licenciatura en Registros Médicos. Normas nacionales para el registro de egresos hospitalarios. Ministerio de Salud, División Epidemiología, Departamento de Vigilancia en Salud; 2022.
- Ficha de Registro Obligatorio de IAE. Ordenanza Ministerial 801/12 de 27 de setiembre. Boletín Oficial del Estado, (26-12-2012).
- Ministerio de Salud Pública. Protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación en el Sistema Nacional Integrado de Salud. [sede Web] Montevideo: MSP; 2017 [acceso 5 de febrero de 2023] Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud->

[publica/sites/ministeriosaludpublica/files/documentos/publicaciones/PRO
TOCOLO%20IAE%20MSP%202016%20FINAL%2024.04.17%20%281%
29.pdf](publica/sites/ministeriosaludpublica/files/documentos/publicaciones/PRO%20TOCOLO%20IAE%20MSP%202016%20FINAL%2024.04.17%20%281%29.pdf)

- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. (10^o ed. Vol. 2). Organización Panamericana de la Salud; 2018.

13.13. Anexo nº13. Tabla nº 9. Distribución de los egresos con diagnóstico traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas y su código adicional. Años 2018-2021, Uruguay.

Código secundario CIE-10	F abs
X 60	197
X 61	3242
X 62	33
X 63	55
X 64	692
X 65	17
X 66	10
X 67	21
X 68	38
X 69	55
X 70	69
X 71	7
X 72	7
X 73	2
X 74	15
X 75	1
X 76	6
X 78	810
X 79	7
X 80	22
X 81	5
X 82	2
X 83	7
X 84	13
Otros códigos CIE- 10	706
Total	6039

Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

13.14. Anexo nº 14. Tabla nº 10. Distribución de los egresos con trastornos mentales y del comportamiento y su código adicional. Años 2018-2021, Uruguay.

Código secundario CIE-10	F abs
X 60	5
X 61	166
X 62	3
X 64	59
X 65	3
X 66	1
X 67	4
X 68	4
X 69	2
X 70	29
X 71	37
X 78	52
X 80	4
X 81	3
X 82	1
X 83	1
X 84	3
Otros códigos CIE- 10	981
Total	1358

Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

13.15. Anexo nº15. Tabla nº 11. Distribución de los egresos con factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud y su código adicional. Años 2018-2021, Uruguay

Código secundario CIE-10	F abs
X 60	8
X 61	111
X 62	1
X 63	1
X 64	47
X 65	2
X 66	1
X 68	9
X 69	4
X 70	10
X 71	2
X 72	3
X 74	1
X 76	1
X 78	10
X 80	5
X 81	2
Otros códigos CIE- 10	738
Total	956

Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

13.16. Anexo nº 16. Tabla 12. Distribución de los egresos por lesiones autoinfligidas intencionalmente según mes de ingreso, 2018- 2021, Uruguay.

Mes de ingreso	Años				Total
	2018	2019	2020	2021	
Enero	208	190	198	169	765
Febrero	192	166	180	208	746
Marzo	148	195	170	213	726
Abril	188	158	143	180	669
Mayo	182	174	144	175	675
Junio	134	173	144	161	612
Julio	162	172	158	215	707
Agosto	125	164	159	203	651
Setiembre	155	190	176	233	754
Octubre	175	189	198	250	812
Noviembre	167	191	161	257	776
Diciembre	152	188	153	168	661
Total	1988	2150	1984	2432	8554

Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

13.17 Anexo nº 17. Tabla 13. Lesiones autoinfligidas intencionalmente según cobertura de salud, egresos hospitalarios de los años 2018-2021, Uruguay.

Cobertura de salud	Años				Total
	2018	2019	2020	2021	
Privado	1119	1155	1152	1505	4931
Público	869	995	832	927	3623
Total	1988	2150	1984	2432	8554

Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

13.18 Anexo nº 18. Tabla 14. Distribución de frecuencias de inconsistencias observadas entre la relación de las lesiones autoinfligidas intencionalmente con su lesión de naturaleza distribuida por región del país. Años 2018-2021, Uruguay

Región del País	F abs.	F rel (%)
Región Este	553	21,26
Región Litoral Norte	193	7,42
Región Litoral Sur	305	11,73
Región Metropolitana	1239	47,64
Región Noreste	251	9,65
Región Centro	54	2,08
S/D	6	0,23
Total	2601	100

Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP.

13.19. Anexo nº 19. Tabla 15. Distribución de frecuencias de inconsistencias observadas entre la relación de las lesiones autoinfligidas intencionalmente con su lesión de naturaleza distribuida por la cobertura de salud años 2018-2021, Uruguay.

Cobertura de Salud	F abs.	F rel (%)
Privado	1797	69,09
Público	804	30,91
Total	2601	100

Fuente: Elaboración propia, febrero de 2023. Extraído DEVISA-MSP

6. HL7 CDA R2

Un documento CDA es un objeto de información, definido y completo que puede incluir texto, imágenes, sonidos, y otro contenido multimedia. CDA como documento clínico, es la "documentación" de las observaciones y servicios clínicos principalmente; como documento electrónico un CDA tiene las siguientes características más relevantes:

- *Persistencia*: Un documento clínico debe continuar existiendo en estado inalterado, por un período de tiempo definido por requerimientos regulatorios locales.
- *Administración*: Un documento clínico es mantenido por una organización que está involucrada con su custodia.
- *Potencial de autenticación*: Un documento clínico es un conjunto de información que debe ser autenticada legalmente.
- *Plenitud*: La autenticación de un documento clínico aplica para todo el documento y no aplica para porciones del documento sin el contexto completo del mismo.
- *Legibilidad humana*: Un documento clínico es legible para un humano.
- *Contexto*: Un documento clínico establece el contexto por defecto para su contenido.

El alcance del CDA es la estandarización de los documentos clínicos para su intercambio. La definición de CDA no especifica la creación o gestión de documentos, únicamente el marcado para su intercambio. El formato de la información de los documentos clínicos fuera del contexto de intercambio no está incluido en esta especificación (p.e., el formato de datos usado para guardar documentos clínicos). Los documentos CDA pueden ser transmitidos en mensajes HL7 diseñados para transferir documentos clínicos. La especificación detallada para dichos mensajes está fuera del alcance del CDA, esta especificación no impone requerimientos a los mecanismos de intercambio de documentos CDA en los mensajes HL7.

Acorde a la semántica incluida dentro de un documento HL7 CDA R2, este puede tener diferentes niveles:

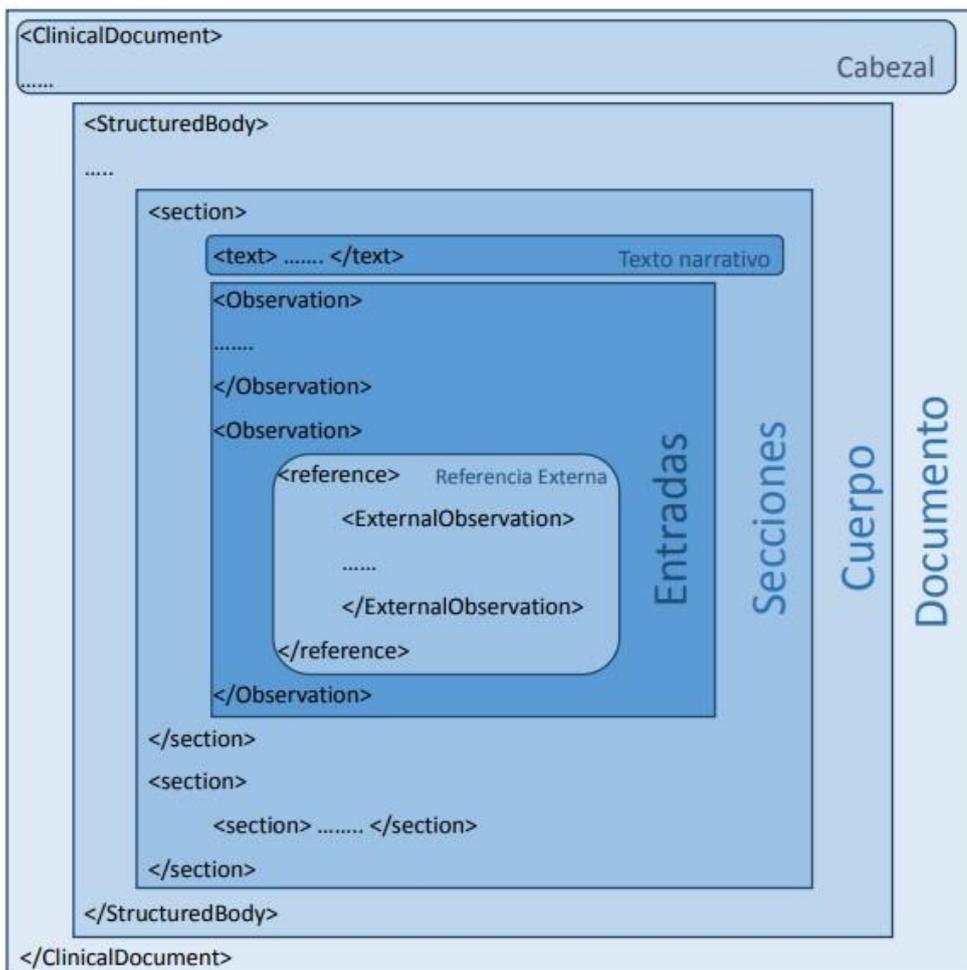
CDA nivel 1: Cuando únicamente se incluye codificación en los elementos del HEADER

CDA nivel 2: Cuando se codifican las secciones del BODY del documento HL7 CDA R2

CDA nivel 3: Cuando se incluye semántica dentro de las secciones del BODY a nivel de entries del documento HL7 CDA R2

6.1 Estructura de un CDA

A continuación se detallan los mayores componentes o secciones que conforman un documento CDA R2:



La descripción anterior corresponde a un cuerpo estructurado, pudiendo existir versiones de documentos clínicos con cuerpo no estructurado, incorporando los tags (descripción en el punto 6.2.3): nonXMLBody, text.

A continuación, se muestran los elementos de metadata que se utilizan para describir el CDA.

Estos atributos se describen a continuación indicando nombre, descripción, tipo (R - requerido; O - Opcional) y comentarios (si aplica).

Tabla de resumen de elementos del CDA

Campo del CDA	Descripción	Tipo	Comentarios
clinicalDocument	Elemento raíz	R	
realmCode	Identifica las restricciones que impone CDA R2 sobre localización, audiencia y cobertura legal del documento	O	
typeId	Estructura fija del esquema del CDA normativo del HL7	R	
id	Representa la identificación única del documento	R	Se especifica únicamente usando el root utilizando el Identificador de estructura del OID asignado a la institución de salud generadora del documento.
code	Representa a la clase o tipo del documento que refiere	R	Representa el eje 1 de la Ontología de Documentos, codificado en LOINC
effectiveTime	Representa la fecha de creación del documento	R	
confidentialityCode	Representa el valor de confidencialidad del documento	R	
title	Título local a darle al documento clínico generado	O	
languageCode	Representa el idioma en que el documento está redactado	O	
setId	Representa un identificador que es común sobre todas las revisiones de un documento	R/O	Es de uso obligatorio cuando el documento tiene más de una versión
versionNumber	Número entero utilizado para versionar las actualizaciones de un documento	R/O	Es de uso obligatorio cuando el documento tiene más de una versión
recordTarget	Representa la persona a la que pertenece ese documento clínico	R	

patientRole	Representa el rol de la persona objeto del documento	R	Sub-atributo de record-Target
id	Identifica al paciente	R	Sub-atributo de patientRole
Patient	Datos personales del paciente	R	Sub-atributo de patientRole
administrativeGenderCode	Sexo del paciente	R	Sub-atributo de patient
birthTime	Fecha de nacimiento del paciente	O	Sub-atributo de patient
author	Representa al autor (persona o dispositivo) del documento clínico	R	
time	Indica el tiempo en que la persona o dispositivo comenzaron su participación como autor	R	Sub-atributo de author
assignedAuthor	Refiere al autor del documento y por lo tanto requiere un id para su identificación unívoca	R	Sub-atributo de author
id	Identifica al autor/dispositivo	R	Sub-atributo de assignedAuthor
assignedPerson	Refiere a los datos identificatorios del autor	R/O	Sub-atributo de assignedAuthor. Es de uso obligatorio en caso de que el autor sea una persona y opcional si es un dispositivo.
representedOrganization	Identifica a la organización que representa al autor/dispositivo	R	Sub-atributo de assignedAuthor
assignedAuthoringDevice.softwareName	Refiere al nombre del dispositivo	O	Sub-atributo de assignedAuthor para el caso dispositivos.
id	Representa el identificador de la organización	O	Sub-atributo de representedOrganization
name	Indica el nombre de la organización	O	Sub-atributo de representedOrganization
custodian	Representa la organización que está a cargo de la conservación del documento	R	
assignedCustodian	Representa el rol de la institución que conserva el documento	R	Sub-atributo de custodian
representedCustodianOrganization	Refiere a los datos de identificación de la institución que conserva el documento	R	Sub-atributo de custodian
id	Representa el identificador de la organización que está a cargo de la conservación del documento	R	Sub-atributo de representedCustodianOrganization
name	Indica el nombre de la organización que está a cargo de la con-	O	Sub-atributo de representedCusto-

	servación del documento		dianOrganization
componentOf.ecompassingEncounter	Representa información relacionada con el encuentro del acto médico	R	
nonXMLBody	Contiene un elemento text, que tienen un atributo opcional mediaType que identifica la codificación de los datos encapsulados, e identifica un método para interpretar o presentar los datos.		
structuredBody	Contiene una o más elementos section, que a su vez pueden contener una cantidad de otros elementos tales como code, title, y text.		

6.2 Diseño del CDA

6.2.1 Elemento Raíz

ClinicalDocument debe ser la raíz del documento al que se aplica esta guía, conjuntamente con el "namespace" definido que debe figurar como **urn:hl7-org.v3**

Este elemento **debe** estar presente como se presenta en el ejemplo siguiente:

```
<ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3" xmlns:voc="urn:hl7-org:v3/voc"
xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
xsi:schemaLocation="urn:hl7-org:v3 CDA.xsd">
...
</ClinicalDocument>
```

```
clinicalDocument
classCode* : <= DOCCLIN
moodCode* : <= EVN
id*: II [1..1]
code*: CE CWE [1..1] <= DocumentType
title: ST [0..1]
effectiveTime*: TS [1..1]
confidentialityCode*: CE CWE [1..1]
<= x_BasicConfidentialityKind
languageCode: CS CNE [0..1] <= HumanLanguage
setId: II [0..1]
versionNumber: INT [0..1]
copyTime: TS [0..1] (Deprecated)
```

Ilustración 1- Clase clinicalDocument del CDA R-MIM

9. Anexo II: Relación CDA-XDS

En la siguiente tabla se encuentra la vinculación entre los elementos del CDA y el campo correspondiente en el XDS.

Elemento CDA	Campo XDS
<code><id root="2.16.858.2.X000X.67430.XXXXXXXXXXXXXX.X.X" /></code>	OID_Documento
<code><code displayName="nombre_tipo_documento" codeSystemName="LOINC" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" code="cod_tipo_documento"/></code></code>	ExtrinsicObject/ClassCode
<code><effectiveTime value="AAAAMDDHHmmSS" /></code>	ExtrinsicObject/creationTime
<code><confidentialityCode codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25" code="Cod_Confidentialidad"/></confidentialityCode></code>	ExtrinsicObject/confidentialityCode
<code><languageCode code="es-UY" /></code>	ExtrinsicObject/languageCode
<code><setid root="2.16.858.2.X.X000X.XXXXXXXXXXXXXX.X.X" /></code>	OID_Documento
<code><patientRole> <id root="DID_tipo de catálogo" extension="XXXXXXXX" /> <patient> <name> <given>PrimerNombre</given> <given>SegundoNombre</given> <family>PrimerApellido</family> <family>SegundoApellido</family> </name> <administrativeGenderCode displayName="sexo" codeSystem="2.16.858.2.X000000.X000" code="cod_sexo" /> <birthTime value="AAAAMDD" /> </patient> </patientRole></code>	ExtrinsicObject/sourcePatientInfo
<code><author> <assignedAuthor> <id root = ...> <assignedPerson> ... </assignedPerson> </assignedAuthor> </author></code>	ExtrinsicObject/Author
<code><Author> <assignedAuthor> <representedOrganization> <id root="2.16.858.0.X.XX.XX.X.X.XXXXXXXXXX" /> <name>nombre_institución</name> </representedOrganization> </assignedAuthor> </Author></code>	ExtrinsicObject/authorInstitution
<code><componentOf> <encompassingEncounter classCode="ENC"> <code code="cod_documento_especifico" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" displayName="nombre_documento_especifico" /> </encompassingEncounter> </componentOf></code>	ExtrinsicObject/TypeCode
<code><effectiveTime xsi:type="IVL_TS"> <low value="AAAAMDDHHMMSS" /> </effectiveTime></code>	ExtrinsicObject/serviceStartTime

<pre><effectiveTime xsi:type="IVL_TS"> <High value="AAAAMDDHHMMSS"/> </effectiveTime></pre>	ExtrinsicObject/serviceStopTime
<pre><componentOf> <encompassingEncounter classCode="ENC"> <location typeCode="LOC"> <healthCareFacility classCode="SDLOC"> <code code="cod_servicio_especifico" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" codeSystemName="SNOMED CT" displayName="nombre_servicio_especifico"/> </healthCareFacility> </location> </encompassingEncounter> </componentOf></pre>	ExtrinsicObject/PracticeSettingCode

Por más información ver la guía de XDS, disponible en el Repositorio de HCEN.

10. Anexo III

En la siguiente tabla se encuentra la vinculación entre los ejes de la ontología de documentos elementos del CDA y el campo correspondiente en el XDS.

Ontología	Descripción	Elemento CDA	Campo XDS	O/R
Eje 1	Tipo de documento general	Code	ClassCode	R
Eje 2	Tipo de documento detallado	componentOf/encompassingEncounter/code	TypeCode	R
Eje 3	Servicio	componentOf/encompassingEncounter/location/code	PracticeSettingCode	R

Por más información ver las guías de Ontología de Documentos y XDS, disponibles en el Repositorio de HCEN.

11. Anexo IV: Tabla de Times

Elemento/atributo	Descripción	Aclaración
effectiveTime	Fecha de creación del documento	
Autor.time	Indica el tiempo en que la persona o dispositivo comenzó su participación como autor	Menor a fecha de creación del documento y mayor o igual a componentOf.effectiveTime.low
componentOf.effectiveTime.low	Fecha de inicio del encuentro	Menor a fecha de creación del documento
componentOf.effectiveTime.high	Fecha fin del encuentro	Menor a fecha de creación del documento y mayor a componentOf.effectiveTime.low

Fuente: Salud UY. Agesic 2019

13.21 Anexo nº21. Guía de bloque semántico para Lesiones.



Contenido

La tabla que se detalla a continuación, contiene los campos del bloque semántico.

Campo del CDA	Formato	Obligatoriedad	Ocurrencia	Entrada
Lesión	Código	R	1..1	Incluir todos los elementos de la entrada "Diagnóstico/problema (Configuración Lesión)" templateId: 2.16.858.2.10000675.72591.4.38.1
Intencionalidad	Código	R	1..1	Incluir todos los elementos de la entrada "Intencionalidad" templateId: 2.16.858.2.10000675.72591.4.158.1
Mecanismo	Código	R	1..1	Incluir todos los elementos de la entrada "Mecanismo" templateId: 2.16.858.2.10000675.72591.4.159.1
Rol	Código	O Se debe registrar esta entrada si el mecanismo es: 418161006 tránsito	0..1	Incluir todos los elementos de la entrada "Rol" 2.16.858.2.10000675.72591.4.160.1

Subconjunto para intencionalidad

DisplayName	Code
Accidental	418019003
Agresiones	52684005
Lesiones auto infligidas	418420002
Intervención legal	418635006
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	262461000179104

Admite nullflavors: Sin información (NI)



Subconjunto para rol

DisplayName	Code
Peatón	257518000
Ciclista	257499007
Motociclista	257498004
Ocupante de automóvil/camioneta	262091000179103
Otros	Nullflavor OTH
Sin dato	Nullflavor NI

Admite nullflavors: Sin información (NI), otro (OTH)

Fuente: Salud. Uy. Agesic, 2022.