

**SISTEMA ESTADISTICO DE SALUD**

**SUBSISTEMA DE ESTADISTICAS  
DE SERVICIOS DE SALUD**

# **GUIA PARA MEDICOS**

**PARA ORIENTAR EL LLENADO  
DE LA INFORMACION MEDICA  
DEL INFORME ESTADISTICO  
DE HOSPITALIZACION -IEH-**

**DIRECCION DE ESTADISTICAS E INFORMACION DE SALUD  
PROGRAMA NACIONAL DE ESTADISTICAS DE SALUD**

**REPUBLICA ARGENTINA**



MINISTERIO de  
**SALUD** y  
AMBIENTE  
de la NACIÓN

**Serie 1 N° 16**

ISSN 0325 - 0008

CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, SETIEMBRE DE 2004

# INDICE

---

<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>5</b>
<b>FLUJOGRAMA DEL INFORME ESTADISTICO DE HOSPITALIZACION -IEH- .....</b>	<b>5</b>
<b>COMO INFORMAR EL DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO Y OTROS DIAGNOSTICOS .....</b>	<b>8</b>
<b>COMO INFORMAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS .....</b>	<b>10</b>
<b>COMO INFORMAR OTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE PROLONGAN LA INTERNACION (caso judicial o social) .....</b>	<b>11</b>
<b>COMO INFORMAR LA CAUSA EXTERNA DE TRAUMATISMO, ENVENENAMIENTO Y OTROS EFECTOS ADVERSOS. ....</b>	<b>11</b>
<b>COMO INFORMAR LOS DATOS DEL EVENTO OBSTETRICO .....</b>	<b>12</b>
<b>EJEMPLOS PARA ORIENTAR EL LLENADO DE LA INFORMACION MEDICA DEL INFORME ESTADISTICO DE HOSPITALIZACION -IEH- AL EGRESO .....</b>	<b>13</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>22</b>



# INTRODUCCION

---

**El Informe Estadístico de Hospitalización –IEH-** es la fuente más importante de información sobre morbilidad, de gran interés para la programación y evaluación de las acciones de salud y el cumplimiento de las políticas correspondientes, como asimismo para las investigaciones médicas y epidemiológicas. La calidad de esta información está estrechamente relacionada con la de los datos que se captan, especialmente en lo referido al diagnóstico de egreso. Es de destacar que la información registrada en este informe estadístico sobre afecciones del paciente, **no reemplaza** el registro de todos los diagnósticos en la Historia clínica.

Para que las estadísticas reflejen lo más fielmente posible el perfil de la morbilidad de internación, corresponde al médico, preferentemente al médico tratante, la responsabilidad de suministrar esta información.

Cuando ocurre el ingreso de un paciente en un establecimiento de salud, el Area de Estadística del mismo inicia el IEH completando los datos generales del paciente. Al egreso, el profesional médico completa el *Diagnóstico principal al egreso* y si correspondiera,

- n Otros diagnósticos
- n Procedimientos quirúrgicos y obstétricos
- n Otras circunstancias que prolongan la internación
- n Causa externa de traumatismo, envenenamiento y otros efectos adversos
- n Datos del evento obstétrico

El **objetivo** del IEH es la captación de datos con fines estadísticos. La Ley 17622/68 y Decreto Reglamentario 3110/70 crea el Sistema Estadístico Nacional e instituye la obligatoriedad del **secreto estadístico**, por lo tanto, los datos obtenidos en dicho informe sólo pueden utilizarse para fines estadísticos.

## FLUJOGRAMA DEL INFORME ESTADISTICO DE HOSPITALIZACION -IEH-

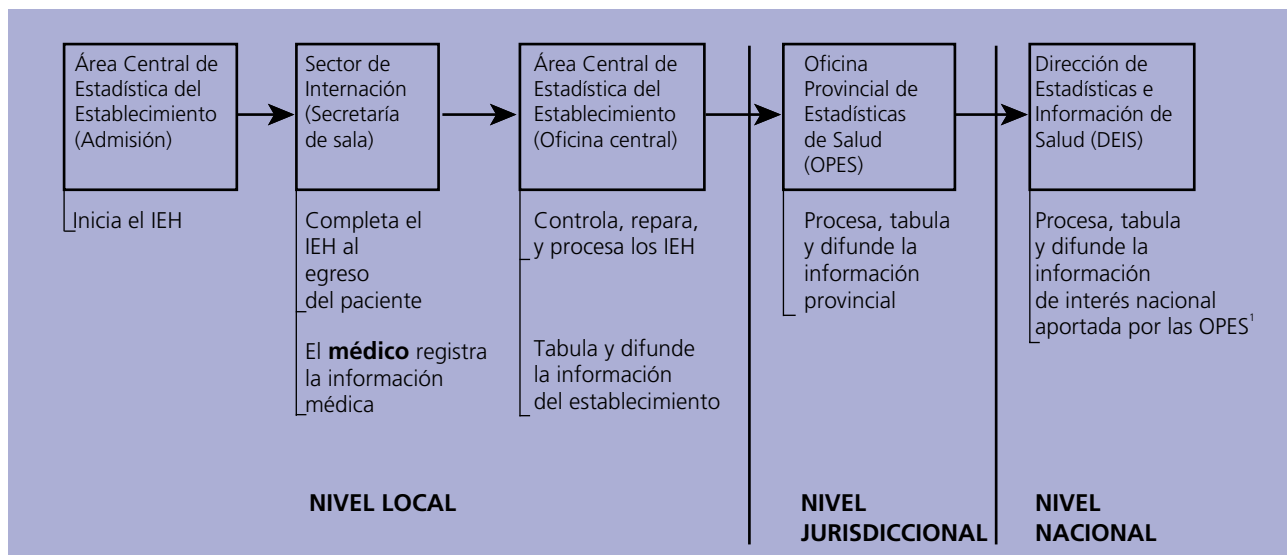
---

El **Sistema Estadístico de Salud-SES-** conocido como Programa Nacional de Estadísticas de Salud -PNES-, se estructura en base a tres niveles: **local** - establecimientos de salud y registros civiles; **jurisdiccional** - oficinas provinciales de Estadísticas de Salud -OPES- y **nacional** - Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación -DEIS-.

Los datos que se registran en el IEH son los que permiten elaborar estadísticas de morbilidad atendida en internación, como asimismo de prestaciones y rendimientos hospi-

talarios, datos que son de valor para los tres niveles del sistema estadístico.

El siguiente flujograma ilustra el proceso que sigue el IEH.



**Esta publicación tiene como finalidad cooperar con el médico para mejorar la calidad de la información.**

Por calidad se entiende que se hayan completado todos los datos que se solicitan en el IEH y que los mismos sean consistentes con las distintas variables informadas.

A continuación se presenta, a título de ejemplo, el **IEH** que incluye el conjunto mínimo de datos básicos (**CMDB**) aprobados de interés nacional, sobre información estadística de pacientes internados.

1. Véase: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación - Dirección de Estadísticas e Información de Salud. "Sistema de Información de Salud-República Argentina". Edición actualizada, Buenos Aires, Setiembre 2004.

# INFORME ESTADISTICO DE HOSPITALIZACION

1. N° INFORME

<b>2. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO</b>		Código del Establecimiento
Apellido y nombre del paciente		<b>5. TIPO Y N° DE DOCUMENTO</b> DNI/LC/LE:
<b>3. FECHA DE NACIMIENTO</b> Día Mes Año	<b>4. EDAD AL INGRESO</b> Años Meses Días Horas Minutos	<b>6. TIPO Y N° DE DOCUMENTO DE LA MADRE</b> (para menores de 1 año) DNI/LC/LE:
<b>7. RESIDENCIA HABITUAL</b> (si reside en el exterior, indicar sólo país) Localidad		<b>8. SEXO</b> Masculino 1 <input type="checkbox"/> Femenino 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>
Provincia		Departamento/Partido
País		Más de uno 4 <input type="checkbox"/> Ninguno 5 <input type="checkbox"/>
<b>9. PERTENECE O ESTÁ ASOCIADO A</b> Obra social 1 <input type="checkbox"/> Plan de salud privado o Mutual 2 <input type="checkbox"/> Plan o Seguro público 3 <input type="checkbox"/>		
<b>10. NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b> (último nivel de instrucción alcanzado; marcar una sola casilla) (para menores de 14 años consignar el nivel de instrucción del padre o de la madre)		<b>11. SITUACIÓN LABORAL</b> (para menores de 14 años consignar la situación laboral del padre o de la madre)
• Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> • Sistema Educativo No Reformado Primario Incompleto 02 <input type="checkbox"/> Completo 03 <input type="checkbox"/> Secundario 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> • Sistema Educativo Reformado Ciclos EGB (1ro.y 2do.) Incompleto 11 <input type="checkbox"/> Completo 12 <input type="checkbox"/> Ciclo EGB 3ro. 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> Polimodal 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> • Superior o Universitario (Incompleto) 06 <input type="checkbox"/> (Completo) 07 <input type="checkbox"/>		Trabaja o está de licencia 1 <input type="checkbox"/> No trabaja { Busca trabajo 2 <input type="checkbox"/> No busca trabajo 3 <input type="checkbox"/>
<b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> (para menores de 14 años consignar la ocupación habitual del padre o de la madre)		

<b>13. FECHA DE INGRESO</b> Día Mes Año	<b>14. FECHA DE EGRESO</b> Día Mes Año	<b>15. TOTAL DÍAS DE ESTADA</b>	<b>16. TIPO DE EGRESO</b> Alta médica 1 <input type="checkbox"/> Defunción 3 <input type="checkbox"/> Traslado a otro establecimiento 2 <input type="checkbox"/> Retiro voluntario 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/>
--	---	---------------------------------	--

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación)	<b>CODIGOS</b>																																																																																						
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b>																																																																																							
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos)																																																																																							
<b>20. OTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE PROLONGAN LA INTERNACION</b> (caso social o judicial)	<b>21. DÍAS DE ESTADA POR OTRAS CIRCUNSTANCIAS</b>																																																																																						
<b>22. CAUSA EXTERNA DE TRAUMATISMO, ENVENENAMIENTO Y OTROS EFECTOS ADVERSOS</b>																																																																																							
<b>Producido por</b> Accidente 1 <input type="checkbox"/> Lesión autoinfligida 2 <input type="checkbox"/> Agresión 3 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	<b>2. Lugar donde ocurrió</b> Domicilio particular 1 <input type="checkbox"/> Vía pública 2 <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo 3 <input type="checkbox"/> Otro 4 <input type="checkbox"/>																																																																																						
3. <b>Cómo se produjo.</b> Describir las circunstancias o situación en que aconteció el hecho, por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por agroquímicos, psicotrópicos, etc.																																																																																							
<b>DATOS DEL EVENTO OBSTETRICO</b> (Incluidos los del producto de la gestación)																																																																																							
<b>23. FECHA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO</b> Día Mes Año	<b>24. EDAD GESTACIONAL</b> semanas																																																																																						
<b>25. PARIDAD</b> Total de nacimientos (vaginales o por cesárea), vivos o muertos, anteriores al presente.																																																																																							
<b>26. TIPO DE PARTO</b> Simple 1 <input type="checkbox"/> Múltiple 2 <input type="checkbox"/>	CADA RENGLON CORRESPONDE A UN PRODUCTO DEL EVENTO OBSTETRICO ACTUAL <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4"><b>27. PESO AL NACER EN GRAMOS</b></th> <th colspan="3"><b>28. CONDICIÓN AL NACER</b></th> <th colspan="3"><b>29. TERMINACIÓN</b></th> <th colspan="3"><b>30. SEXO</b></th> </tr> <tr> <th>Nac. vivo 1</th> <th>Def. fetal* 2</th> <th>Vaginal 1</th> <th>Cesárea 2</th> <th>Masculino 1</th> <th>Femenino 2</th> <th>Indeterminado 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> * Incluye abortos.		<b>27. PESO AL NACER EN GRAMOS</b>				<b>28. CONDICIÓN AL NACER</b>			<b>29. TERMINACIÓN</b>			<b>30. SEXO</b>			Nac. vivo 1	Def. fetal* 2	Vaginal 1	Cesárea 2	Masculino 1	Femenino 2	Indeterminado 3	1													2													3													4													5												
	<b>27. PESO AL NACER EN GRAMOS</b>				<b>28. CONDICIÓN AL NACER</b>			<b>29. TERMINACIÓN</b>			<b>30. SEXO</b>																																																																												
	Nac. vivo 1	Def. fetal* 2	Vaginal 1	Cesárea 2	Masculino 1	Femenino 2	Indeterminado 3																																																																																
1																																																																																							
2																																																																																							
3																																																																																							
4																																																																																							
5																																																																																							

Firma del médico interviniente

Aclaración

# COMO INFORMAR EL DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO Y OTROS DIAGNOSTICOS

El **Diagnóstico principal al egreso** es “la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal”.<sup>1</sup>

La expresión **afección principal** se refiere a lo que el médico considera como la **causa clínicamente más importante** (pronóstico de la enfermedad y vulnerabilidad del paciente). Si hubiera dos o más diagnósticos de igual magnitud, elegir el causante de la utilización de la mayoría de los recursos.

En todo Informe Estadístico de Hospitalización debe informarse un diagnóstico principal y **no** debe haber más de uno en el espacio asignado al mismo.

El diagnóstico principal al egreso está determinado por:

- a. la afección que, **luego de estudiar** al paciente, surge como la principal responsable de la causa de internación,
- b. el proceso diagnóstico y
- c. el tratamiento realizado.

El diagnóstico principal –al momento del egreso del paciente– puede coincidir con el diagnóstico al ingreso.

En **Otros diagnósticos** se debe anotar las otras afecciones o problemas que requirieron atención durante el período de la internación. Esas otras afecciones se definen como “...aquéllas que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de atención y afectaron el tratamiento del paciente”.<sup>1</sup>

Se excluyen los diagnósticos que se relacionan con un episodio anterior y que **no** inciden en el episodio actual, es decir, los diagnósticos previos (antecedentes) a la presente internación y que no se relacionan con la situación actual.

*Otros diagnósticos* del paciente hacen referencia a:

- n las afecciones que coexisten al ingreso,
- n las que se desarrollan durante la internación,
- n las que afectan al tratamiento aplicado o,
- n las que afectan la duración de la internación.

Las patologías que coexisten al ingreso se llaman **co-mor-**

**bilidades**, mientras que las que aparecen durante la internación se llaman **complicaciones**. Las co-morbilidades, (principalmente) y las complicaciones son responsables de un marcado aumento en la utilización de los recursos asistenciales.

## CONSIDERACIONES GENERALES

Los datos del egreso se hacen cada vez más útiles para la investigación sanitaria cuando se informan **todos** los diagnósticos que tengan que ver con ese episodio de internación. Por ello, es importante que el profesional médico informe todos los diagnósticos que considere relevantes. **No** se debe repetir el mismo diagnóstico registrado como principal, en el espacio reservado a *Otros diagnósticos*.

Es importante consignar los diagnósticos lo más detalladamente posible, evitando el uso de abreviaturas o siglas, teniendo en cuenta la topografía (localización) y la etiología, con el objeto de lograr una mejor especificidad en la clasificación del diagnóstico, que conduzcan a estadísticas más precisas.

Los diagnósticos –principal y otros diagnósticos– y los procedimientos registrados en el IEH **deben ser congruentes** con los registrados en la Historia clínica donde estarán debidamente fundamentados.

## ESPECIFICIDAD Y DETALLE

“Cada término diagnóstico debe ser tan informativo como sea posible para que la afección se clasifique en la categoría más apropiada de la CIE”.<sup>1</sup> Por ejemplo:

- n Apendicitis aguda con perforación
- n Catarata diabética, insulino dependiente
- n Pericarditis meningocócica
- n Fractura del cuello del fémur
- n Diabetes gestacional en el embarazo de término

Al registrar el diagnóstico, el médico debe anotar la topografía (localización) de la manera más precisa posible. Por ejemplo:

- n Fractura del tercio medio de húmero derecho

Asimismo, deberá anotar la etiología con la mayor precisión posible. Por ejemplo:

- n Infección urinaria por Escherichia coli

## DIAGNOSTICOS Y SINTOMAS IMPRECISOS

Si no se ha podido establecer un diagnóstico principal al egreso, debe registrarse la información que permita el mayor grado de especificidad y conocimiento sobre la afección que requirió mayores cuidados o investigación. Debe registrar el síntoma, hallazgo anormal o problema, en lugar

1. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud – Décima Revisión -CIE-10-, Volumen 2, página 97.



de calificar un diagnóstico con términos tales como “posible”, “dudoso”, o “sospecha de” y que haya sido considerado pero no establecido<sup>1</sup>. Por ejemplo:

- n Dolor en fosa ilíaca derecha
- n Hematoma en región dorsal

### AFECCIONES DEBIDAS A CAUSAS EXTERNAS

Cuando se produce un egreso por una afección como traumatismo, envenenamiento u otro efecto de una causa externa, debe registrarse como diagnóstico principal, la descripción de la **naturaleza de la lesión**. Por ejemplo:

- n Fractura cerrada de tibia que afecta al tobillo
- n Intoxicación con desinfectante alcalino

**No** debe informarse como diagnóstico principal al egreso la circunstancia o situación que desencadenó una causa externa de traumatismo, envenenamiento u otros efectos adversos, tal como, *caída de un andamio, atrapado por una maquinaria, atropellado por un colectivo, se desplomó una pared que construía*, etc. porque **esto se informa en otro espacio del IEH** (Causa externa de traumatismo, envenenamiento y otros efectos adversos). Debe figurar, como diagnóstico principal de egreso, **la naturaleza de la lesión** tal como *quemadura de la cara, herida del brazo, traumatismo de pierna, intoxicación con fosforados*, etc., tal como ya se mencionó.

### TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS

Cuando se produce un episodio de atención en pacientes que han sido tratados por afecciones que ya no están presentes o activas, pero cuyas **secuelas** son la causa por la cual reciben atención o son investigados en la internación, el diagnóstico principal que se informa es la **secuela**. Por ejemplo:

- n Osteoartritis de la articulación de la cadera debida a una fractura antigua de hace 10 años.

El *Diagnóstico principal al egreso* es la **osteoartritis de la articulación de la cadera** y como *Otros diagnósticos* debe figurar la fractura antigua.

- n Desviación del tabique nasal por fractura de la nariz en la infancia.

El *Diagnóstico principal al egreso* es la **desviación del tabique nasal** y como *Otros diagnósticos* debe registrarse la fractura de nariz en la infancia.

### AFECCIONES MÚLTIPLES

“Cuando un episodio de atención de la salud corresponde a varias afecciones relacionadas, (por ejemplo traumatismos

múltiples, secuelas múltiples de una enfermedad o lesión previa, afecciones múltiples que ocurren en la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), se debe seleccionar como la ‘afección principal’ la que ha sido claramente la más grave y la que ha exigido mayores recursos; las otras deben registrarse como ‘otras afecciones’”.<sup>2</sup>

“Cuando no haya una afección predominante, pueden registrarse como la ‘afección principal’ términos como ‘fracturas múltiples’, ‘traumatismos múltiples del cráneo’, o ‘infecciones múltiples debidas al Sida’, seguidos de una lista de afecciones. “Si hay varias afecciones de tipo múltiple y ninguna de ellas es predominante, debe registrarse solamente un término como ‘traumatismos múltiples’ o ‘traumatismos múltiples por aplastamiento’”.<sup>2</sup>

El listado de afecciones se registrará en *Otros diagnósticos*.

### CONTACTOS CON SERVICIOS DE SALUD POR RAZONES QUE NO SON ENFERMEDADES

En algunos casos se producen episodios de internación en donde no se realiza tratamiento o investigación de una enfermedad o traumatismo.

Puede ser el caso de una persona que no está enferma en el momento y requiere atención limitada o de algunos servicios por una condición presente, donar un órgano, ajuste de un dispositivo protésico. Por ejemplo:

- n Examen de seguimiento de tumor maligno de mamas
- n Niño con antecedentes familiares VIH
- n Cambio de batería de marcapaso cardíaco

Tales circunstancias deberán registrarse como *Diagnóstico principal al egreso*.

### PATOLOGÍAS Y CONDICIONES OBSTÉTRICAS

Una referencia especial merece el registro de las patologías y condiciones obstétricas que se utilizan como diagnóstico principal al egreso. Por ejemplo:

- n Paciente que se interna con un embarazo a término, nace niño vivo de 3 kilos, producto de un parto espontáneo. El *Diagnóstico principal al egreso* que se debe registrar es el embarazo a término y el parto espontáneo en *Procedimientos quirúrgicos y obstétricos*.

- n Luego de la terminación de un embarazo a término con parto espontáneo, se produce un desgarro perineal de tercer grado durante el parto, se registrará como *Diagnóstico principal al egreso* el desgarro perineal de tercer grado durante el parto y la sutura postparto y el parto espontáneo en *Procedimientos quirúrgicos y obstétricos*.

1 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la Salud – Décima Revisión -CIE-10-, Volumen 2, página 98.

2 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud – Décima Revisión -CIE-10-, Volumen 2, página 99.

n Durante el embarazo (antes del inicio del trabajo de parto) una paciente se interna, con una condición aguda, por ejemplo preclampsia, o infección urinaria sintomática. Esta condición debe registrarse como *Diagnóstico principal al egreso*.

- m Embarazo con preclampsia
- m Embarazo con infección urinaria sintomática

n Durante el trabajo de parto o al ingreso de la paciente (previo al nacimiento), hay una patología crónica, por ejemplo diabetes mellitus. Esta afección debe registrarse como *Diagnóstico principal al egreso*.

- m Embarazo con diabetes mellitus

n Cualquiera sea el momento de la gestación, cuando hay patologías agudas y crónicas coexistiendo, por ejemplo infección urinaria y diabetes o hipertensión y retardo del crecimiento fetal, debe registrarse como *Diagnóstico principal al egreso*, la afección aguda y en *Otros Diagnósticos* la crónica.

- m *Diagnóstico principal al egreso*: Embarazo con infección urinaria.

*Otros diagnósticos*: Diabetes

- m *Diagnóstico principal al egreso*: Embarazo con hipertensión.

*Otros diagnósticos*: Retardo del crecimiento fetal

n En el caso de mujeres que tuvieron sus hijos en el domicilio, en la vía pública o son derivadas de otras instituciones e ingresan al establecimiento, deberá figurar como *Diagnóstico principal al egreso* la afección tratada en ese episodio de internación. Por ejemplo:

- m Observación postparto
- m Hemorragia postparto

## COMO INFORMAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS

En aquellos casos donde **no** se realizó ningún procedimiento quirúrgico ni obstétrico debe marcarse con una cruz el casillero NO; el espacio destinado a los procedimientos quedará en blanco.

En aquellos casos donde se realizó algún procedimiento se debe marcar con una cruz el casillero SI, especificando el procedimiento efectuado. Se registrarán los procedimientos quirúrgicos y obstétricos realizados durante la presente internación, que impliquen el uso de quirófano o sala de partos o sala de procedimientos o que requieran la administración de anestesia general, aunque se realicen fuera de los locales mencionados.<sup>1</sup>

Estos procedimientos deben tener relación con el *Diagnóstico principal al egreso* (en los ejemplos figura entre paréntesis).

Procedimientos quirúrgicos tales como:

- n Hernioplastia (Hernia inguinal derecha)
- n Colonoscopia (Pólipo colorectal)
- n Biopsia hepática (Hepatitis crónica)
- n Reducción de fractura expuesta de tibia (Fractura expuesta de tibia)
- n Cateterismo cardíaco (Enfermedad coronaria)

Procedimientos obstétricos tales como:

- n Parto espontáneo (Embarazo pretérmino)
- n Cesárea (Presentación podálica)
- n Fórceps (Trabajo de parto obstruido debido a rotación incompleta de la cabeza fetal)
- n Alumbramiento manual (Retención de la placenta, sin hemorragia)
- n Legrado (Aborto incompleto)

Toda la información requerida debe estar registrada reflejando el proceso de atención que realizó el profesional médico, quien es el único que puede clarificar el procedimiento realizado, indicando los detalles que aseguren la oportuna resolución de los problemas que podrían presentarse en la etapa de la codificación.

El proceso de revisión de historias clínicas le permite al médico aclarar dudas sobre procedimientos realizados a un paciente internado, antes de finalizar el IEH correspondiente.

<sup>1</sup> A los fines de la administración del establecimiento u otras razones se pueden registrar otros procedimientos que no se hayan realizado bajo las circunstancias antedichas. En este caso se recomienda agregar un ítem que se denomine "Otros procedimientos", acordando esta situación con el Area de Estadística.

## COMO INFORMAR OTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE PROLONGAN LA INTERNACION (caso judicial o social)

Una vez que el médico tratante le da de alta al paciente, si existiera alguna circunstancia que prolongue la estadía por **causas no médicas**, debe registrarse el motivo que produjo la misma en el ítem *Otras circunstancias que prolongan la internación*. Por ejemplo:

- n Paciente (con alta médica) que no cuenta con recursos para volver a su hogar (caso social)
- n Paciente (con alta médica) que no cuenta con familiares que lo acompañen (caso social)
- n Paciente (con alta médica) que debe permanecer en el establecimiento por disposición del juez interviniente en la causa (caso judicial).
- n Puérpera (con alta médica) que permanece internada en el establecimiento acompañando a neonato internado (caso social).

Es importante que el profesional médico tratante registre siempre, en la Historia clínica, la fecha del alta médica así como la circunstancia que prolonga la internación.

## COMO INFORMAR LA CAUSA EXTERNA DE TRAUMATISMO, ENVENENAMIENTO Y OTROS EFECTOS ADVERSOS

Cuando se produce un egreso por alguna afección relacionada con una causa externa, debe registrarse como *Diagnóstico principal al egreso*, la descripción de la **naturaleza de la lesión** y en el ítem “Causa externa de traumatismo, envenenamiento y otros efectos adversos”, se debe indicar, si el *diagnóstico principal al egreso* fue:

1. Producido por<sup>1</sup>
  - n Accidente
  - n Lesión autoinfligida
  - n Agresión
  - n Se ignora

En “Lesión autoinfligida” se incluye el intento de suicidio.

En “Agresión” se incluye el intento de homicidio.

La alternativa “Se ignora” se aplica cuando se desconoce la intencionalidad.

Consignar **sólo una** alternativa.

2. Lugar donde ocurrió
  - n Domicilio particular
  - n Vía pública
  - n Lugar de trabajo
  - n Otro

En Lugar donde ocurrió, la alternativa “Otro” incluye cualquier otro lugar no contemplado en las alternativas anteriores (ejemplo: hogar de ancianos, club deportivo, escuela, etc).

Consignar **sólo una** alternativa.

3. Cómo se produjo

Describir las circunstancias o situación en que aconteció el hecho, por ejemplo: *caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación (por agroquímicos, sicotrópicos, etc), quemaduras por incendio de vivienda, etc.*

Por ejemplo: Fractura de cuello de fémur debida a caída de una escalera en su casa

El *Diagnóstico principal al egreso* es la *fractura de cuello de fémur*.

La **causa externa** de traumatismo, envenenamiento y otros efectos adversos, se registra de la siguiente manera:

1. **Producido por:** *Accidente*
2. **Lugar donde ocurrió:** *Domicilio particular*
3. **Cómo se produjo:** *Caída de una escalera*

La causa externa **sólo queda definida** cuando se informan correctamente los puntos 1, 2 y 3.

<sup>1</sup> Consignar sólo si la causa externa fue accidental o intencionalmente infligida.

# COMO INFORMAR LOS DATOS DEL EVENTO OBSTETRICO

Cuando se informa un egreso por terminación de embarazo se deben completar los **Datos del Evento Obstétrico** que figuran en el IEH.

La **Fecha de terminación del embarazo** debe ser registrada en forma numérica con dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro para el año. La forma numérica para días y meses del 1 a 9 debe tener un cero como primer dígito. Ejemplo 01, 02, 03, etc. Para el año se registran los cuatro dígitos.

En el caso de aborto retenido o dudas de la terminación en embarazos precoces, se registrará la fecha de la intervención evacuadora, si la hubiera, o de la que el médico tratante considere como eliminación completa, si fuera espontánea o no quirúrgica. Lo mismo cabe aplicar a las defunciones fetales.

La **Edad gestacional (en semanas)** se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. Anotar en semanas completas. Debe llenarse tanto para el nacido vivo como para la defunción fetal, cualquiera sea la edad gestacional y el peso. Se recomienda verificar siempre este dato con el que figura en la Historia clínica o con otros registros disponibles en el establecimiento de salud.

La **Paridad** se refiere al número total de nacimientos (vaginales o por cesárea) vivos o muertos que una mujer ha tenido anteriores al presente embarazo. Quienes tuvieron un embarazo triple anterior al presente egreso tuvieron tres nacimientos y se considera paridad 03. Se debe diferenciar **paridad de gestación** que es el número total de embarazos (e incluye al presente). En el primer caso, se trataría de paridad 03 y gestación 02.

En el caso de un egreso por parto de una mujer que no ha tenido embarazos anteriores y en consecuencia, ni nacimientos vivos ni muertos, la paridad es 0 y la gestación es 01.

El **Tipo de parto** se refiere al presente egreso y debe marcarse con una cruz si es un parto simple o múltiple.

- n Simple: cuando nace un único producto de la gestación (vivo o muerto)
- n Múltiple: cuando nacen dos o más productos de la gestación (vivos o muertos).

Registrar todas las defunciones fetales, cualquiera sea el peso o la edad gestacional.

El **Peso al nacer en gramos** es la primera medición del peso del feto o del recién nacido hecha después del nacimiento. También debe llenarse en caso de abortos. Consignar el peso del nacido vivo o de la defunción fetal en gramos.

**Nota:** para los nacidos vivos, el peso al nacer debe ser medido

preferentemente dentro de la primera hora de vida, antes de que ocurra cualquier pérdida significativa de peso.

La **Condición al nacer** hace referencia a si el producto de la concepción es un nacido vivo o una defunción fetal.

*Nacido vivo:* a los efectos del registro estadístico en la República Argentina, se empleará la siguiente definición recomendada por la Organización Mundial de la Salud-OMS:-

Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción, que después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un **nacido vivo**.

*Defunción fetal:* A los efectos del registro estadístico en la República Argentina, se empleará la siguiente definición de defunción fetal recomendada por la Organización Mundial de la Salud -OMS:-

Es la muerte de un producto de la concepción, antes de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

**Nota:** observar que de acuerdo con esta definición todo producto de la concepción que al ser separado de la madre no presenta signos de vida es una defunción fetal. Los abortos también son defunciones fetales.

La **Forma de terminación del parto** puede ser:

- n Vaginal
- n Cesárea

Para el **Sexo** las alternativas a registrar son:

- n Masculino
- n Femenino
- n Indeterminado

La alternativa "Indeterminado" está reservada exclusivamente para aquellos casos en que el nacido vivo o muerto se encuentre afectado por alguna patología que no permite la determinación del sexo al momento del egreso de la madre.

En el cuadro que figura en el IEH se debe registrar la información del neonato, producto del actual evento obstétrico. Si se trata de un parto simple (vaginal o por cesárea), se utilizará el primer renglón; en los partos múltiples se utilizará uno para cada feto.

# EJEMPLOS PARA ORIENTAR EL LLENADO DE LA INFORMACION MEDICA DEL INFORME ESTADISTICO DE HOSPITALIZACION -IEH- AL EGRESO

En cada ejemplo sólo se reproduce la parte del formulario *Informe Estadístico de Hospitalización -IEH-*, en donde se deben registrar los datos. A tal fin, en el formulario ejemplificatorio de este documento se ha resaltado con color los ítems involucrados en los ejemplos.

**Caso 1.** Niño de 8 meses de edad que presenta opistótonos, rigidez de nuca, vómitos, fiebre, convulsiones, reflejos hiperactivos, signos de Kernig y Brudzinski positivos y rash cutáneo. Se hace diagnóstico de meningitis. El examen de líquido cefalorraquídeo permite diagnosticar meningitis viral por influenza.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Meningitis viral por influenza</i>	<b>CODIGOS</b> 
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... ..... ..... .....	           
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) ..... ..... .....	           

**Caso 2.** Niño de 2 años de edad que es tratado en forma ambulatoria por un cuadro de infección gastrointestinal; luego aparece ictericia, púrpura y anuria. Se interna. En los exámenes complementarios se encuentra anemia hemolítica grave y trombocitopenia. Además presenta insuficiencia renal. Se diagnostica síndrome urémico hemolítico. Se realiza hemodiálisis.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Síndrome urémico hemolítico</i>	<b>CODIGOS</b> 
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... ..... ..... .....	           
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) ..... ..... .....	           

Se considera procedimiento quirúrgico a la canalización vascular y no a la hemodiálisis que es un procedimiento no quirúrgico. (Ver ítem **Cómo informar los procedimientos quirúrgicos y obstétricos**).

**Caso 3.** Hombre de 37 años de edad que ingresa con dolor abdominal, cefalea y vómitos. Luego de estudiarlo, se diagnostica colecistitis aguda.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Colecistitis aguda</i>	<b>CODIGOS</b> 
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... ..... ..... .....	                         
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) ..... ..... .....	             

Dado que se pudo determinar el diagnóstico principal al egreso, los síntomas dolor abdominal, cefalea y vómito no se registran en el IEH

**Caso 4.** Niño de 5 años de edad con desnutrición de segundo grado que ingresa con un cuadro de deshidratación, diarrea y vómitos. Se le realizan estudios de laboratorio y tratamiento médico. Se hace diagnóstico de enteritis debida a adenovirus.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Enteritis debida a adenovirus</i>	<b>CODIGOS</b> 
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... <i>Desnutrición de segundo grado</i> ..... ..... .....	                         
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) ..... ..... .....	             

**Caso 5.** Hombre de 28 años de edad con VIH positivo que ingresa con dolor perineal y suprapubiano, con disuria, polaquiuria y síndrome febril. Al tacto rectal se encuentra la próstata aumentada de tamaño, dolorosa y al comprimirla sale secreción purulenta, con diagnóstico de prostatitis aguda. A las pocas horas de su internación hace una retención aguda de orina. Del examen microscópico de la secreción se hizo el diagnóstico etiológico de gonococia. Se efectuó un sondeo vesical y luego una ecografía con la que se diagnosticó un absceso prostático.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Absceso prostático de origen gonocócico</i>	<b>CODIGOS</b> 
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... <i>VIH positivo</i> ..... ..... .....	                         
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) ..... ..... .....	             

**Caso 6.** Niña de 9 meses de edad, alimentada con leche materna exclusivamente, se interna con hipotonía, palidez marcada y sueño excesivo. Se le realiza examen clínico, análisis de laboratorio, y se diagnostica anemia por deficiencia de hierro. Se constata que la niña no había recibido una administración profiláctica de hierro ni se habían incorporado alimentos. Presenta, además, lesiones en piel compatibles con escabiosis.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Anemia por deficiencia de hierro</i>	<b>CODIGOS</b> 
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... <i>Escabiosis</i> ..... ..... .....	                         
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) ..... ..... .....	             

**Caso 7.** Mujer de 18 años de edad que ingresa con dolor en fosa ilíaca derecha, vómitos y fiebre. Se le realiza análisis de laboratorio y otros estudios. Se diagnostica apendicitis aguda y se opera.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Apendicitis aguda</i>	<b>CODIGOS</b> 
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... ..... ..... .....	                         
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) <i>Apendicectomía</i> ..... .....	             

**Caso 8.** Mujer de 55 años que se interna para tratamiento de carcinoma de tiroides. Al examen presenta ganglios involucrados por lo que se decide intervenirla quirúrgicamente. Se practica una tiroidectomía total y disección radical de cuello.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Carcinoma de tiroides</i>	<b>CODIGOS</b> 
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... ..... ..... .....	                         
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) <i>Tiroidectomía total con disección radical de cuello</i> ..... .....	             

**Caso 9.** Niño de 10 años de edad que presenta diplopía, obesidad, agrandamiento de mamas y genitales pequeños. Con estudios especiales se diagnostica craneofaringioma y se realiza remoción quirúrgica del tumor.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Craneofaringioma</i>	CODIGOS 
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... ..... .....	             
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) <i>Extirpación de tumor hipofisario</i>	             

**Caso 10.** Mujer de 47 años de edad, obesa, con antecedentes de dispepsia biliar y cólico hepático. Consulta por dolor en el abdomen superior, vómitos y fiebre. Se decide su internación para estudio y tratamiento. Se realizan los exámenes correspondientes y se diagnostica colecistitis aguda. Se inicia tratamiento médico. A las 36 horas no se observa mejoría por lo que se decide efectuar colecistectomía tradicional.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Colecistitis aguda</i>	CODIGOS 
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... <i>Obesidad</i> ..... .....	             
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) <i>Colecistectomía tradicional</i>	             

**Caso 11.** Mujer de 49 años se interna con diagnóstico de tumor maligno de colon descendente. Se decide intervención quirúrgica. Luego de la cirugía y antes de producirse el egreso, se detecta una metástasis en hígado, por lo que es derivada a un centro de mayor complejidad para su tratamiento.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Tumor maligno de colon descendente</i>	CODIGOS 
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... <i>Metástasis hepática</i> ..... .....	             
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) <i>Extirpación de tumor de colon</i>	             



**Caso 12.** Hombre de 54 años con antecedentes de diabetes mellitus (no insulino dependiente) que presenta gangrena en pie derecho. Se interna para tratamiento quirúrgico (amputación transmetatarsiana) demorándose la intervención por un cuadro hipertensivo.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Gangrena diabética no insulino dependiente en pie derecho</i>	<b>CODIGOS</b> 
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... <i>Hipertensión arterial</i> ..... .....	           
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) <i>Amputación transmetatarsiana</i> ..... .....	           

**Caso 13.** Mujer de 45 años que presenta anemia, fiebre, mal estado general, hemorroides internas prolapsadas. Se realiza escisión quirúrgica, con amplia disección y sutura. En el postoperatorio presenta una crisis asmática.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Hemorroides prolapsadas</i>	<b>CODIGOS</b> 
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... <i>Asma</i> ..... .....	           
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) <i>Hemorrroidectomía</i> ..... .....	           

**Caso 14.** Paciente de 30 años que ingresa con quemaduras que abarcan el 15% en cara y cuello provocado al trabajar en un taller con soldadura autógena. Se le efectúa traqueostomía, se coloca sonda urinaria permanente, se realiza tratamiento del medio interno. Se lo traslada al quirófano para extirpación e injertos inmediatos. Egresa con diagnóstico de quemadura en cara y cuello de tercer grado.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Quemadura en cara y cuello de tercer grado</i>	<b>CODIGOS</b> 
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... ..... .....	           
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) <i>Injerto de piel</i> ..... .....	           

<b>22. CAUSA EXTERNA DE TRAUMATISMO, ENVENENAMIENTO Y OTROS EFECTOS ADVERSOS</b>		
<b>Producido por</b> Accidente 1 <input checked="" type="checkbox"/> Lesión autoinfligida 2 <input type="checkbox"/> Agresión 3 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	<b>2. Lugar donde ocurrió</b> Domicilio particular 1 <input type="checkbox"/> Vía pública 2 <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo 3 <input checked="" type="checkbox"/> Otro 4 <input type="checkbox"/>	<b>3. Cómo se produjo.</b> Describir las circunstancias o situación en que aconteció el hecho, por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por agroquímicos, psicotrópicos, etc. <i>Por soldadura autógena mientras trabajaba en un taller</i>

Observe que en “Procedimientos quirúrgicos y obstétricos” no se incluyó la traqueostomía ni el sondaje vesical. Esto es porque la definición dice: “... que impliquen el uso de quirófano o sala de partos o sala de procedimientos o que requieran la administración de anestesia general aunque se realicen fuera de los locales mencionados”. (Ver Item **Cómo informar los procedimientos quirúrgicos y obstétricos**). Puede suponerse que en el caso que se presenta, estos procedimientos se realizaron en la ambulancia o en la guardia previo a la internación del paciente.

**Caso 15:** Mujer de 82 años de edad es traída por un vecino que refiere que la encontró tirada en el jardín de su domicilio. Ingresa en mal estado general, cianótica y con signos vitales débiles como consecuencia de hipotermia grave. La paciente aclara que se cayó en el jardín en un día de muy baja temperatura. Se observa, además, que presenta un cuadro de arteriosclerosis y arritmia cardíaca.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Hipotermia grave</i>	CODIGOS  _ _ _ _ _ _ _
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... <i>Arteriosclerosis</i> <i>Arritmia cardíaca</i>	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos)	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _

<b>22. CAUSA EXTERNA DE TRAUMATISMO, ENVENENAMIENTO Y OTROS EFECTOS ADVERSOS</b>		
<b>Producido por</b>	<b>2. Lugar donde ocurrió</b>	<b>3. Cómo se produjo.</b> Describir las circunstancias o situación en que aconteció el hecho, por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por agroquímicos, psicotrópicos, etc.
Accidente 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Domicilio particular 1 <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Se cayó en el jardín exponiéndose a frío extremo</i>  _ _ _ _ _ _ _
Lesión autoinfligida 2 <input type="checkbox"/>	Vía pública 2 <input type="checkbox"/>	
Agresión 3 <input type="checkbox"/>	Lugar de trabajo 3 <input type="checkbox"/>	
Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	Otro 4 <input type="checkbox"/>	

**Caso 16.** Hombre de 32 años de edad, ingresa a la guardia con herida sangrante, punzocortante tóracoabdominal izquierda producida por agresión con una sevillana mientras caminaba en la calle. Se realiza tratamiento quirúrgico, en el transcurso del cual se procedió a suturar y reparar la lesión gástrica y diafragmática.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Herida punzocortante gástrica y diafragmática</i>	CODIGOS  _ _ _ _ _ _ _
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... ..... .....	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos)	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _

<b>22. CAUSA EXTERNA DE TRAUMATISMO, ENVENENAMIENTO Y OTROS EFECTOS ADVERSOS</b>		
<b>Producido por</b>	<b>2. Lugar donde ocurrió</b>	<b>3. Cómo se produjo.</b> Describir las circunstancias o situación en que aconteció el hecho, por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por agroquímicos, psicotrópicos, etc.
Accidente 1 <input type="checkbox"/>	Domicilio particular 1 <input type="checkbox"/>	<i>Mientras caminaba en la calle fue agredido con una sevillana</i>  _ _ _ _ _ _ _
Lesión autoinfligida 2 <input type="checkbox"/>	Vía pública 2 <input checked="" type="checkbox"/>	
Agresión 3 <input checked="" type="checkbox"/>	Lugar de trabajo 3 <input type="checkbox"/>	
Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	Otro 4 <input type="checkbox"/>	

**Caso 17.** Mujer de 65 años de edad. Ingresa con fractura de cuello de fémur izquierdo, producida por una caída en la calle debida a pavimento irregular. Presenta contusiones en el codo y el brazo homolateral. Se realiza reducción abierta de la fractura con fijación interna y yeso.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Fractura de cuello de fémur izquierdo</i>	CODIGOS  _ _ _ _ _ _ _
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> <i>Contusiones en el codo y el brazo izquierdo</i>	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) <i>Reducción abierta de fractura con fijación interna</i>	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _

<b>22. CAUSA EXTERNA DE TRAUMATISMO, ENVENENAMIENTO Y OTROS EFECTOS ADVERSOS</b>		
<b>Producido por</b>	<b>2. Lugar donde ocurrió</b>	<b>3. Cómo se produjo.</b> Describir las circunstancias o situación en que aconteció el hecho, por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por agroquímicos, psicotrópicos, etc.
Accidente 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Domicilio particular 1 <input type="checkbox"/>	<i>Se cayó en la calle al tropezar con pavimento irregular</i>
Lesión autoinfligida 2 <input type="checkbox"/>	Vía pública 2 <input type="checkbox"/>	
Agresión 3 <input type="checkbox"/>	Lugar de trabajo 3 <input checked="" type="checkbox"/>	
Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	Otro 4 <input type="checkbox"/>	

**Caso 18.** Mujer de 22 años de edad que ingresa el día 7-10-2004, tercigesta, con embarazo de 37 semanas, contracciones y 3cm. de dilatación, habiendo tenido dos partos anteriores simples. A las cinco horas es trasladada a la sala de partos, donde se produce un parto espontáneo con retención de placenta, sin hemorragia, por lo que se realiza un alumbramiento manual. El producto de la concepción nace vivo, con 2.760 gramos de peso y de sexo masculino.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Retención de placenta, sin hemorragia</i>	CODIGOS  _ _ _ _ _ _ _
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> <i>Embarazo de 37 semanas</i>	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) <i>Parto espontáneo Alumbramiento manual</i>	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _

DATOS DEL EVENTO OBSTETRICO (Incluidos los del producto de la gestación)

<b>23. FECHA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO</b> Día Mes Año  0 7   1 0   2 0 0 4	<b>24. EDAD GESTACIONAL</b>  3 7  semanas	<b>25. PARIDAD</b>  0 2  Total de nacimientos (vaginales o por cesárea), vivos o muertos, anteriores al presente.				
<b>26. TIPO DE PARTO</b> Simple 1 <input checked="" type="checkbox"/> Múltiple 2 <input type="checkbox"/>	CADA RENGLON CORRESPONDE A UN PRODUCTO DEL EVENTO OBSTETRICO ACTUAL					
	<b>27. PESO AL NACER EN GRAMOS</b>	<b>28. CONDICIÓN AL NACER</b>	<b>29. TERMINACIÓN</b>	<b>30. SEXO</b>		
	Nac. vivo 1	Def. fetal * 2	Vaginal 1 Cesárea 2	Masculino 1	Femenino 2	Indeterminado 3
1	2760	X	X	X		
2						
3						
4						
5						

\* Incluye abortos.

Parto espontáneo debe ser considerado como procedimiento y no como diagnóstico. Se sugiere, en cada caso, indicar si se trata de un embarazo pretérmino o de término, y la edad gestacional.

**Caso 19.** Mujer de 25 años de edad primigesta. Ingresa el 10-02-2004 con embarazo de 33 semanas y amenaza de parto pretérmino. Al día siguiente tiene el parto espontáneo con niño vivo, de sexo femenino con 1780 gramos de peso.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Embarazo de 33 semanas</i>	CODIGOS  _ _ _ _ _ _ _
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> .....	_ _ _ _ _ _ _
.....	_ _ _ _ _ _ _
.....	_ _ _ _ _ _ _
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) <i>Parto espontáneo</i>	_ _ _ _ _ _ _
.....	_ _ _ _ _ _ _
.....	_ _ _ _ _ _ _

DATOS DEL EVENTO OBSTETRICO (Incluídos los del producto de la gestación)

<b>23. FECHA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO</b> Día Mes Año 11 02 2004	<b>24. EDAD GESTACIONAL</b> 33 semanas	<b>25. PARIDAD</b> 00 Total de nacimientos (vaginales o por cesárea), vivos o muertos, anteriores al presente.					
<b>26. TIPO DE PARTO</b> Simple 1 <input checked="" type="checkbox"/> Múltiple 2 <input type="checkbox"/>	CADA RENGLON CORRESPONDE A UN PRODUCTO DEL EVENTO OBSTETRICO ACTUAL						
	<b>27. PESO AL NACER EN GRAMOS</b>	<b>28. CONDICIÓN AL NACER</b>					
		<b>29. TERMINACIÓN</b>					
		<b>30. SEXO</b>					
	Nac. vivo 1	Def. fetal* 2	Vaginal 1	Cesárea 2	Masculino 1	Femenino 2	Indeterminado 3
1	1780	X	X			X	
2							
3							
4							
5							
	* Incluye abortos.						

Parto espontáneo debe ser considerado como procedimiento y no como diagnóstico.  
Se sugiere, en cada caso, indicar si se trata de un embarazo pretérmino o de término, y la edad gestacional.

**Caso 20.** Mujer de 24 años de edad con embarazo de 28 semanas, amenaza de parto pretérmino e infección urinaria. La paciente es diabética, se decide su internación para estudio y tratamiento. Se le realizan análisis de laboratorio, otros estudios y tratamiento médico.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Embarazo con infección urinaria</i>	CODIGOS  _ _ _ _ _ _ _
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> .....	_ _ _ _ _ _ _
<i>Amenaza de parto pretérmino</i>	_ _ _ _ _ _ _
<i>Diabetes mellitus</i>	_ _ _ _ _ _ _
.....	_ _ _ _ _ _ _
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos)	_ _ _ _ _ _ _
.....	_ _ _ _ _ _ _
.....	_ _ _ _ _ _ _

**Caso 21.** Joven de 16 años de edad, primigesta, que ingresa el día 25-03-2004 con embarazo a término, de 39 semanas de gestación, en trabajo de parto, pasa directamente a la sala de partos. Se produce parto espontáneo y al salir la cabeza fetal, ocurre un desgarro perineal de tercer grado. Se realiza sutura postparto después de haber tenido un niño vivo, de sexo masculino con 3.000 gramos de peso. La paciente es dada de alta médica el 28-03-2004, pero por ser menor de edad el juez dispone su permanencia en el establecimiento hasta tanto se expida al respecto. La paciente es recién autorizada a salir del establecimiento cinco días después.

<b>17. DIAGNOSTICO PRINCIPAL AL EGRESO</b> (Causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación) <i>Desgarro perineal de tercer grado</i>	<b>CODIGOS</b> _____
<b>18. OTROS DIAGNOSTICOS</b> ..... <i>Embarazo de 39 semanas</i> ..... .....	_____ _____ _____
<b>19. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y OBSTETRICOS</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> (Especificar el o los procedimientos) ..... <i>Parto espontáneo</i> <i>Sutura desgarro perineal</i> .....	_____ _____ _____
<b>20. OTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE PROLONGAN LA INTERNACION</b> (caso social o judicial) <i>Por disposición del juez interviniente en la causa, por ser menor de edad</i>	<b>21. DÍAS DE ESTADA POR OTRAS CIRCUNSTANCIAS</b> [ 0 ] [ 0 ] [ 5 ]

DATOS DEL EVENTO OBSTETRICO (Incluidos los del producto de la gestación)

<b>23. FECHA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO</b> Día Mes Año [ 2 ] [ 5 ] [ 0 ] [ 3 ] [ 2 ] [ 0 ] [ 0 ] [ 4 ]	<b>24. EDAD GESTACIONAL</b> [ 3 ] [ 9 ] semanas	<b>25. PARIDAD</b> [ 0 ] [ 0 ] Total de nacimientos (vaginales o por cesárea), vivos o muertos, anteriores al presente.																																																														
<b>26. TIPO DE PARTO</b> Simple 1 <input checked="" type="checkbox"/> Múltiple 2 <input type="checkbox"/>	CADA RENGLON CORRESPONDE A UN PRODUCTO DEL EVENTO OBSTETRICO ACTUAL <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">27. PESO AL NACER EN GRAMOS</th> <th colspan="2">28. CONDICIÓN AL NACER</th> <th colspan="2">29. TERMINACIÓN</th> <th colspan="3">30. SEXO</th> </tr> <tr> <th>Nac. vivo 1</th> <th>Def. fetal* 2</th> <th>Vaginal 1</th> <th>Cesárea 2</th> <th>Masculino 1</th> <th>Femenino 2</th> <th>Indeterminado 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>3000</td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> * Incluye abortos.				27. PESO AL NACER EN GRAMOS	28. CONDICIÓN AL NACER		29. TERMINACIÓN		30. SEXO			Nac. vivo 1	Def. fetal* 2	Vaginal 1	Cesárea 2	Masculino 1	Femenino 2	Indeterminado 3	1	3000	X		X		X			2									3									4									5								
	27. PESO AL NACER EN GRAMOS	28. CONDICIÓN AL NACER				29. TERMINACIÓN		30. SEXO																																																								
		Nac. vivo 1	Def. fetal* 2	Vaginal 1	Cesárea 2	Masculino 1	Femenino 2	Indeterminado 3																																																								
1	3000	X		X		X																																																										
2																																																																
3																																																																
4																																																																
5																																																																

Parto espontáneo debe ser considerado como procedimiento y no como diagnóstico.

Se sugiere, en cada caso, indicar si se trata de un embarazo pretérmino o de término, y la edad gestacional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

OPS/OMS: “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud – Décima Revisión”. Publicación Científica N° 554. Washington, D.C., 1995.

OPS: “Implementación de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud – Décima Revisión (CIE-10)”. Boletín Epidemiológico, Vol. 18, N° 1, marzo de 1997.

OPS: “Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9 y CIE-10): impacto en las estadísticas de salud”. Boletín Epidemiológico, Vol. 17, N° 2, julio de 1996.

Ministerio de Salud y Ambiente - Dirección de Estadísticas e Información de Salud: -DEIS-: “Sistema Estadístico de Salud. Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud - Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) Aprobados de Interés Nacional.- Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) Recomendados de Interés Jurisdiccional”. Serie 1 N° 14, Septiembre de 2004.

DIRECCION DE ESTADISTICAS  
E INFORMACION DE SALUD

COMISION NACIONAL DE CLASIFICACION  
DE ENFERMEDADES

DIRECCION NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL -  
PROGRAMA MATERNO INFANTIL Y NUTRICION

