

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
PROGRAMA DEL ESCUDO EPIDEMIOLOGICO – BID
OPS/OMS

SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION EN SALUD -
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA,

SNIS-VE

Segunda Parte
PERFIL DE MORBILIDAD -
GESTION 2004

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS

Dra. Georgina Calvimontes
COORDINADORA NACIONAL DEL SNIS-VE

Dra. Jeannette Aguirre
Responsable de Morbilidad SNIS-VE

Dra. Ana María Suxo
Consultora de OPS/OMS

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

BID – OPS/OMS

ANTECEDENTES

La diversidad de instrumentos utilizados a nivel hospitalario generalmente de tercer nivel está definida por iniciativas de los responsables de servicios, por ende estos responden a cada unidad de atención o especialidad.

De igual manera en los centros de salud y hospitales de 2do. Nivel los programas a través de los instrumentos del SNIS han determinado la sistematización de la información sin reglas convencionales o recomendaciones universales, las normas locales son el marco ideal para crear en el personal de salud (sobre todo enfermeras auxiliares y responsables de estadística) actitudes y destrezas para registrar, sistematizar y compilar la información, como son las IRAs, con o sin Neumonía, EDAs con o sin Deshidratación, Control Prenatal, ITS y en fin otros más, que eventualmente encontramos a pesar de no corresponder el registro en el cuaderno de revisión, estas causas no son clasificadas por la CIE. Por lo mismo cuando el responsable sistematiza la información en general, son datos sujetos a la deducción para agruparlas por sitio anatómico.

Similar situación ocurre con el SUMI, sistema que no sólo exige clasificar la información en paquetes de características mixtas (diagnóstico con procedimientos o complicaciones, procedimientos con síntomas) y con codificación que responde para fines exclusivamente administrativos – financieros. Por lo mencionado, esta información tampoco es rescatable, si queremos analizar la morbilidad en general.

En relación a las variables edad y sexo, datos que no se recolectaron en todos los servicios, porque existe una anarquía en la determinación de grupos etareos, por ejemplo en algunos establecimientos clasifican la edad según grupos etáreos del cuaderno del SNIS, con una marca sin la especificidad. Por lo tanto, al contar con la información en todas las regionales, estas variables no son sujetas de comparación, para los fines correspondientes, sólo se analizarán en casos aislados y de los centros donde ha sido posible rescatar la información.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS

El Perfil de Morbilidad se ha estructurado considerando las siguientes características:

PRINCIPALES CAUSAS	DATO RECOLECTADO	AREA	NIVEL DE ATENCION
EN CONSULTA EXTERNA	DIAGNOSTICO ESPECIFICO	URB RURAL	PRIMER SEGUNDO TERCER
EN HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO ESPECIFICO DE EGRESO	URB RURAL	SEGUNDO TERCER
EN ATENCION DE EMERGENCIAS	DIAGNOSTICO ESPECIFICO DE INGRESO O DE REFERENCIA	URB	TERCER

Existe variabilidad en la identificación de las principales causas de morbilidad, para el análisis por departamento.

Se respetaron las 10 o las 15 principales causas según la presentación de cada establecimiento.

Para la compilación a nivel nacional se ha tomado como base las 10 principales causas diagnósticas y con fines de presentación en el presente trabajo se ha tomado en cuenta la concentración porcentual que representa cada causa sobre el total de registros analizados.

Esta estructura constituye una primera aproximación del Perfil de Morbilidad por departamentos, áreas urbana - rural, por sexo - edad y niveles de atención, estructura que en lo posterior deberá identificar la especificidad en la calidad del registro del dato esencial “el Diagnóstico”.

OBJETIVO GENERAL

Contar con información sobre la estructura de morbilidad por niveles de atención, según grupos de edad y sexo, en base a los registros existentes en los establecimientos del sistema de salud y aplicación de otros propuestos según la complejidad y capacidad tecnológica de los servicios de salud.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

BID – OPS/OMS

METODOLOGIA

Se diseñaron instrumentos de sistematización para los registros de Morbilidad, por grupo etáreo, sexo y para 3 tipos de atención: Consulta Externa, Hospitalización y Emergencias.

Luego de validar los mismos, se enviaron los instrumentos a cada una de las regionales al tiempo de comunicarles el propósito del trabajo e iniciar el ejercicio de sistematización, sobre todo en el primer nivel de atención.

Para identificar el perfil de morbilidad a nivel nacional, se ha tomado en cuenta la disponibilidad de los registros de morbilidad en cada uno de los servicios visitados sean estos hospitales o centros de salud.

REGISTROS REVISADOS

a. EN CENTROS DE SALUD

- 1 CUADERNO 1 DE CONSULTA EXTERNA DEL SNIS
- 2 REGISTRO DIARIO DE CONSULTAS

b. EN HOSPITALES DE 2do. y 3er. NIVEL

- 2 RESUMEN DIARIO DE CONSULTAS
- 3 REGISTRO COMPUTARIZADO SIH (SISTEMA DE INFORMACION HOSPITALARIA)
- 4 OTROS

Para la selección de los servicios visitados, se planificó cubrir las 9 regionales, tomando en consideración los hospitales de mayor referencia (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz) y hospitales de tercer nivel y básicos (Beni, Pando, Oruro, Potosí, Tarija y Chuquisaca). Así mismo se ha tomado en cuenta una red urbana y otra rural para la muestra de las áreas que representan. Con relación al área rural se ha definido visitar los municipios de mayor población.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS

RELACION DE ESTABLECIMIENTOS VISITADOS SEGÚN DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO	URB / RURAL	MUNICIPIO	ESTABLECIMIENTO
LA PAZ		LA PAZ	HOSPITAL GENERAL DE CLINICAS
		EL ALTO	HOSPITAL HOLANDES HOSPITAL COREA HOSPITAL LOS ANDES
	RURAL	CARANAVI	HOSPITAL BASICO
COCHABAMABA	URB	CERCADO	HOSPITAL GENERAL VIEDMA GASTROENTEROLOGICO GERMAN URQUIDI CENTRO DE SALUD
	RURAL	QUILLACOLLO	HOSPITAL BASICO
SANTA CRUZ	URB	STA. CRUZ	HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS HOSPITAL JAPONES HOSPITAL DE NIÑOS HOSPITAL PERCY BOLAND CENTRO DE SALUD
	RURAL	MONTERO	CENTRO DE SALUD
TARIJA	URB	TARIJA	H. BASICO SAN JUAN DE DIOS
	RURAL	YACUIBA	HOSPITAL BASICO
ORURO	URB	ORURO	H. BASICO SAN JUAN DE DIOS CENTRO DE SALUD
	RURAL	CHALLAPATA	HOSPITAL BASICO
POTOSI	URB	POTOSI	H. GENERAL BRACAMONTE CENTRO DE SALUD
	RURAL	VILLAZON	HOSPITAL BASICO
CHUQUISACA	URB	SUCRE	H. GENERAL SANTA BARBARA CENTRO DE SALUD
	RURAL	MONTEAGUDO	CENTRO DE SALUD
BENI		TRINIDAD	H. BASICO GERMAN BUSH
		RURENABAQUE	HOSPITAL BASICO
PANDO	URB	COBIJA	H. BASICO ROBERTO GALINDO CENTRO DE SALUD
9 REGIONALES	9 URB 7 RURALES	18 MUNICIPIOS	1 HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONAL 7 HOSPITALES DE 3er. NIVEL 7 HOSPITALES DE 2do. NIVEL 5 HOSPITALES BASICOS 8 CENTROS DE SALUD ENTRE URB Y RURALES

Lamentablemente, las regionales no respondieron a la solicitud por no encontrar información accesible y disponible de acuerdo a los requerimientos, situación que demandó la planificación del trabajo de campo, desarrollada por 3 profesionales técnicos del SNIS central.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS

TRABAJO DE CAMPO

OBJETIVOS

1. RECOLECTAR INFORMACIÓN DE LOS REGISTROS DE MORBILIDAD DE LA GESTIÓN 2004, EN UN TRABAJO CONJUNTO CON LOS RESPONSABLES DEL SNIS REGIONAL Y ESTADÍSTICOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS
2. INICIAR EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA DEL SUBSISTEMA DE MORBILIDAD PARA INCORPORAR AL SNIS

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

- 1 Entrevista al personal directivo, gerentes de red y personal de estadística rescatando experiencia, inquietudes y saberes sobre el tema
- 2 Revisión de registros o fuentes de datos para la morbilidad vigentes
- 3 Ejercicio en los centros mencionados del flujo de la información en el proceso de sistematización y consolidación en los instrumentos propuestos
- 4 Recolección y/o revisión de la morbilidad registrada y/o sistematizada para la gestión 2004
- 5 Consenso y validación de los procesos de sistematización y consolidación con el fin de fortalecer el SNIS – VE
- 6 Se ha puesto en consideración la propuesta del subsistema de morbilidad integrante del SNIS – VE en los SEDES
- 7 Se ha validado el instrumento de sistematización y consolidación de las primeras quince (15) causas de morbilidad por grupos etéreos y sexo, en base al trabajo ya iniciado por algunas SEDES.
- 8 Se ha identificado, un flujo de la información según niveles y tipos de atención, el mismo garantiza el seguimiento del dato esencial (Diagnóstico)
- 9 Se ha propuesto la incorporación como normativa desde el SEDES, el manejo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición (CIE – 10) para las agrupaciones y codificaciones de la morbilidad

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

BID – OPS/OMS

10 Se ha establecido el compromiso del envío de la información mensual (Anexo 1) sobre las 15 principales causas de morbilidad de hospitales y redes desde el mes de septiembre con seguimiento y asesoramiento del SNIS departamental

SITUACION ENCONTRADA

Se identificaron dos situaciones:

1. En establecimientos de tercer nivel donde sistematizaban la información de morbilidad anualmente, por iniciativa del responsable de Estadística, con el fin de contar con información, que eventualmente era solicitada por la dirección, para tomar decisiones, mejorar registros y analizar alguna (s) causa (s) que llamaba la atención como en el caso de la regional de Cochabamba. Esta tarea se facilitaba en los hospitales por el uso del paquete informático del Sistema de Información Hospitalaria vigente por más de una década, a nivel nacional.

En esta situación, nuestro trabajo se enfocaba al análisis del flujo de la sistematización, partiendo desde la revisión de las historias clínicas hasta los resúmenes diarios o mensuales vigentes en cada establecimiento, además en algunos casos se accedía a toda la base de datos sujetos de revisión.

2. En establecimientos de segundo nivel y centros de salud urbano/rural, donde se cuenta sólo con el registro en el Cuaderno 1 de Consulta Externa del SNIS, la información de hospitales de segundo nivel, sólo rescata la información para indicadores identificados en el formulario de Producción del SNIS.

En esta situación, nuestro trabajo estaba dirigido a tomar un la muestra representativa y se tabulaba (el 30% en el mejor de los casos) la información recolectada de la totalidad de cuadernos de Consulta Externa del SNIS de la gestión 2004, el trabajo no ha logrado su propósito en algunos establecimientos por pérdidas de los registros, mal estado de conservación y guardadas bajo llave, que ni la presencia y exigencia de los responsables del SNIS regional lograba revertir la situación para acceder a los mismos.

En estos establecimientos, se validaron los instrumentos de sistematización que se implementarán en el registro de morbilidad. La falta de datos como sexo y especificación de la edad o grupo etareo, entre otros no ha permitido recolectar la totalidad de la información según los instrumentos diseñados.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

BID – OPS/OMS

Luego, en ambas situaciones (Hospitales de tercer nivel y centros de salud), el Sistema de Información Hospitalaria (SIH) y el Estadístico VI respectivamente, han resistido al tiempo y se han convertido en medios (computarizado y manual) para sistematizar la morbilidad, esta vigencia no institucionalizada ha permitido contar con información referida a la identificación de las primeras 10 causas de morbilidad. En el caso del SIH la transcripción del diagnóstico es codificada, situación determinada por el transcriptor clasificando generalmente por sitio anatómico sin ninguna especificidad.

El Estadístico VI (vigente sólo en el primer nivel de atención de la regional La Paz), es un instrumento que facilita la sistematización de la morbilidad por edad, sexo, primera o segunda consulta y rescata el diagnóstico identificado por el profesional médico y el transcriptor intenta codificar según la CIE que dispone en el establecimiento.

También evidenciamos las destrezas desarrolladas por los estadísticos y transcriptores en la traducción del registro del diagnóstico, debido a la ilegibilidad que se denota en todos los niveles de atención (rural, urbana) y lo más crítico, es la existencia de Historias Clínicas incompletas, sin nombres, apellidos y sin rúbrica.

En la revisión del diagnóstico, se ha tomado en cuenta las irregularidades del llenado de los registros, las mismas que constituyeron las exclusiones para la tabulación y estas fueron por orden de importancia:

- √ Ilegibilidad
 - √ Uso de siglas poco utilizadas, conocidas o sin norma de aplicación
 - √ Signos y síntomas
 - √ Solicitudes o diagnóstico de exámenes auxiliares (Laboratorio, Rx, Ecografía y otros)
 - √ Control del niño sano, como primer registro en el diagnóstico
 - √ Control Prenatal, como primer registro en el diagnóstico
 - √ Procedimientos de curación
 - √ Procedimientos de cirugía
- } “Ambos tienen otro cuaderno para ser registrados”

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

BID – OPS/OMS

En algunos hospitales (Oruro, Potosí, Beni y Pando) carecen de un sistema computarizado y manual, en estos lugares se ha tomado en cuenta el trabajo que realizaron los estadísticos, quienes aplicaron reglas casi comunes:

- √ Elaboración de una plantilla de no más de 40 – 50 diagnósticos más frecuentes según criterio personal, el mismo que sirve para tabular los datos
- √ Clasificar la información organizando por sitio anatómico
- √ Utilizar el rubro Mal Definidas, para los datos ilegibles, los no clasificados, historias incompletas y los no identificados en la plantilla de trabajo

UNIDAD DE ANALISIS

El dato esencial para identificar la Morbilidad es el Diagnostico, registrado en las Historias Clínicas, en el Cuaderno 1 del SNIS y en el Registro Diario de Consultas.

Lamentablemente este dato “muere” en el proceso de sistematización, en diferentes momentos y diferentes circunstancias.

Ante esta situación y para no perder el dato, el responsable de estadística, aplica primero la deducción por el origen de la generación del dato, generalmente por servicios (medicina, cirugía, pediatría gineco – obstetricia y otros) y la segunda opción que tiene es codificar la causa por sitio anatómico, alternativa que no exige especificidad.

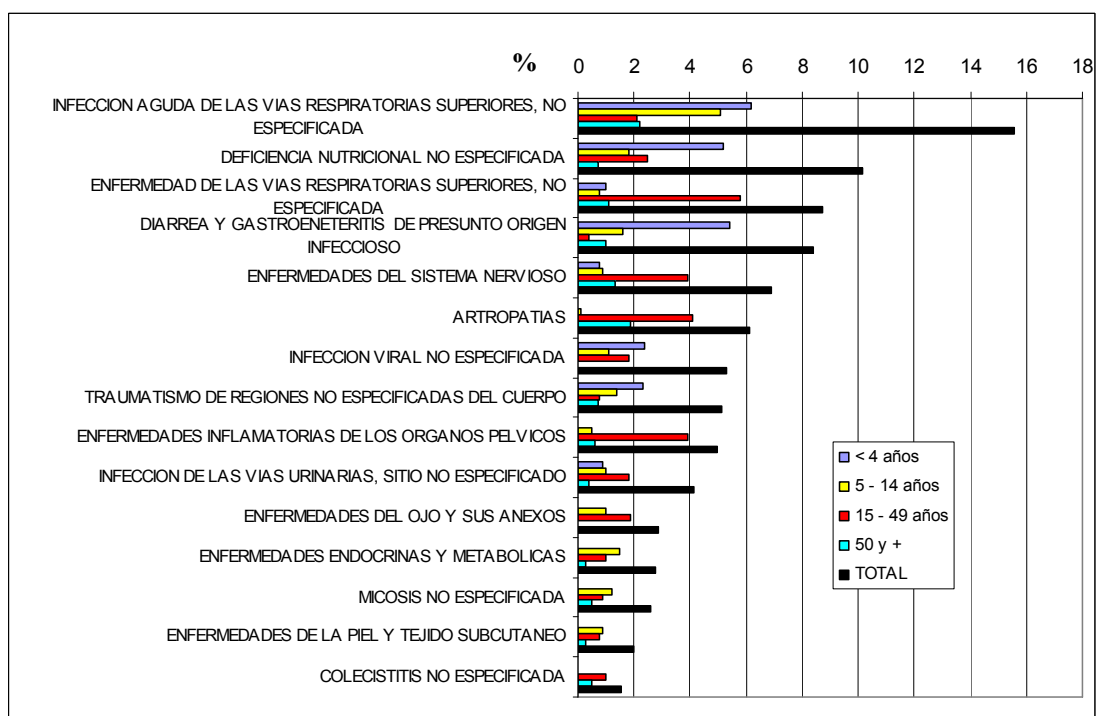
La comparabilidad de información entre regionales con relación al dato esencial, se enfrentaba con la realidad de contar con una información específica del mismo (Resfrío Común) e información clasificada en grandes agrupaciones por sitio anatómico (Enfermedades Agudas del Sistema Respiratorio), por lo tanto para el análisis regional se ha conservado la diversidad de sistematización de la información y para nivel nacional se ha incorporado el diagnóstico específico a las grandes agrupaciones identificadas en la Estructura Básica de la CIE.

En conclusión, para el presente trabajo se ha identificado como Unidad de Análisis:

- 1 A nivel regional; Diagnóstico Específico y Agrupaciones de Enfermedades por Sitio Anatómico
- 2 A nivel Nacional; Agrupaciones de Enfermedades por Sitio Anatómico

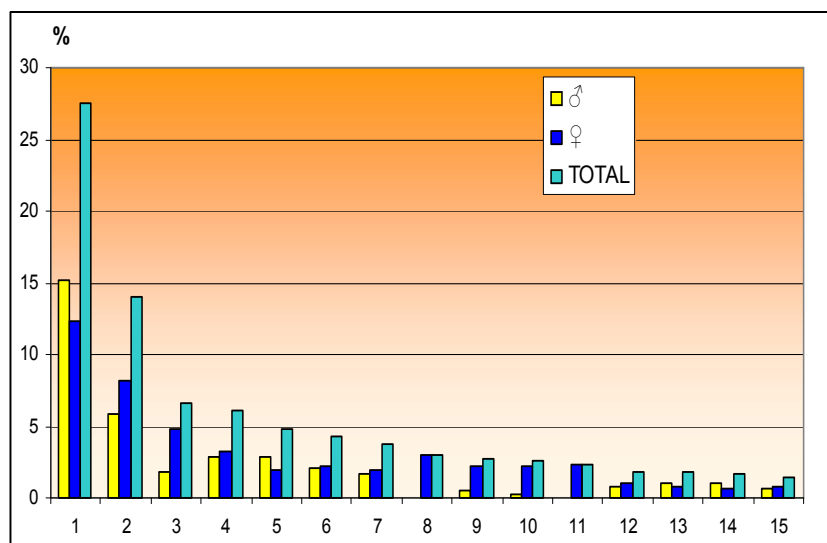
**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA
 AREA URBANA – BOLIVIA, GESTION 2004**



MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS

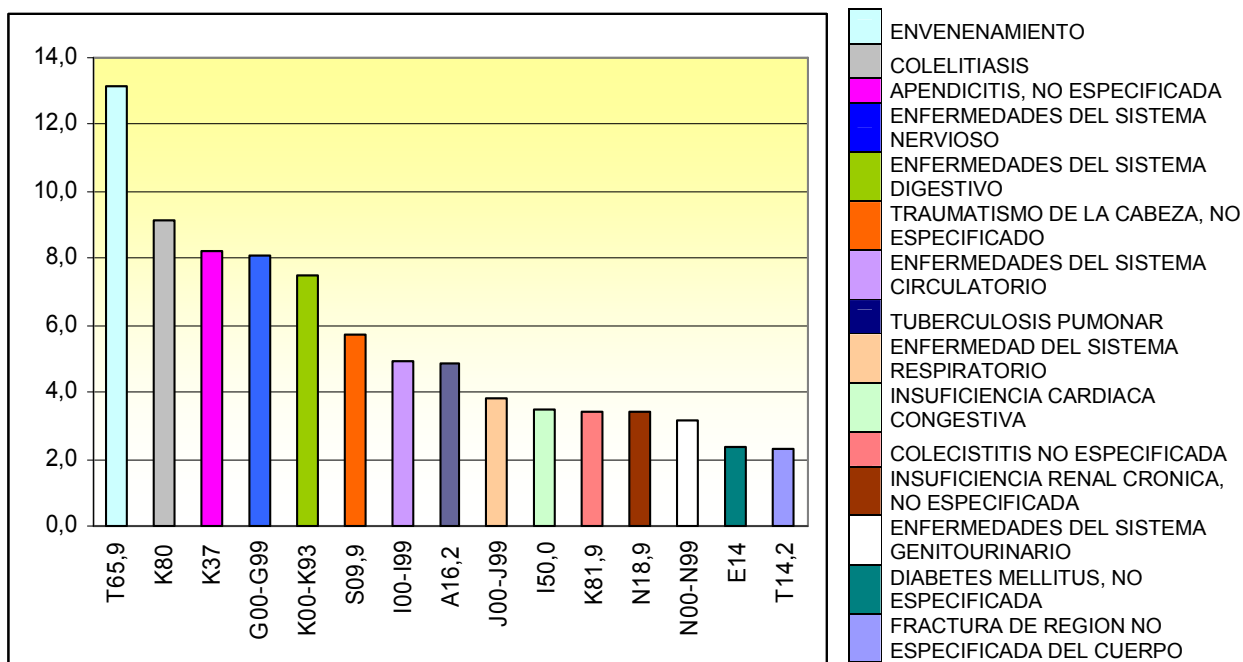
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA
AREA RURAL – BOLIVIA, GESTION 2004



1	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE SITIOS MULTIPLES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES
2	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
3	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
4	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
5	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES
6	DEFICIENCIA NUTRICIONAL NO ESPECIFICADA
7	GASTRITIS NO ESPECIFICADA
8	MENSTRUACION IRREGULAR, NO ESPECIFICADA
9	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
10	FRACTURA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
11	HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
12	COLECISTITIS NO ESPECIFICADA
13	NEUMONIA NO ESPECIFICADA
14	BRONQUITIS NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA
15	ARTROPATIAS

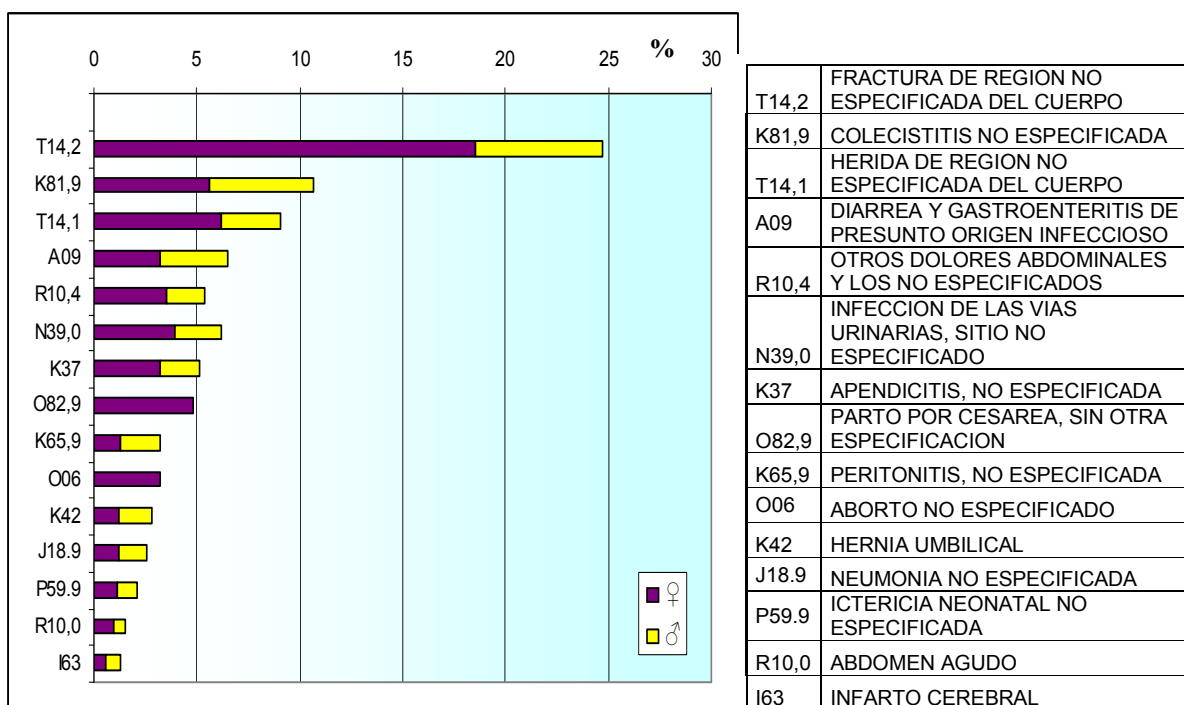
**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

**PRINCIPALES CAUSAS DE HOSPITALIZACION DE TERCER NIVEL
 BOLIVIA, GESTION 2004**



**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

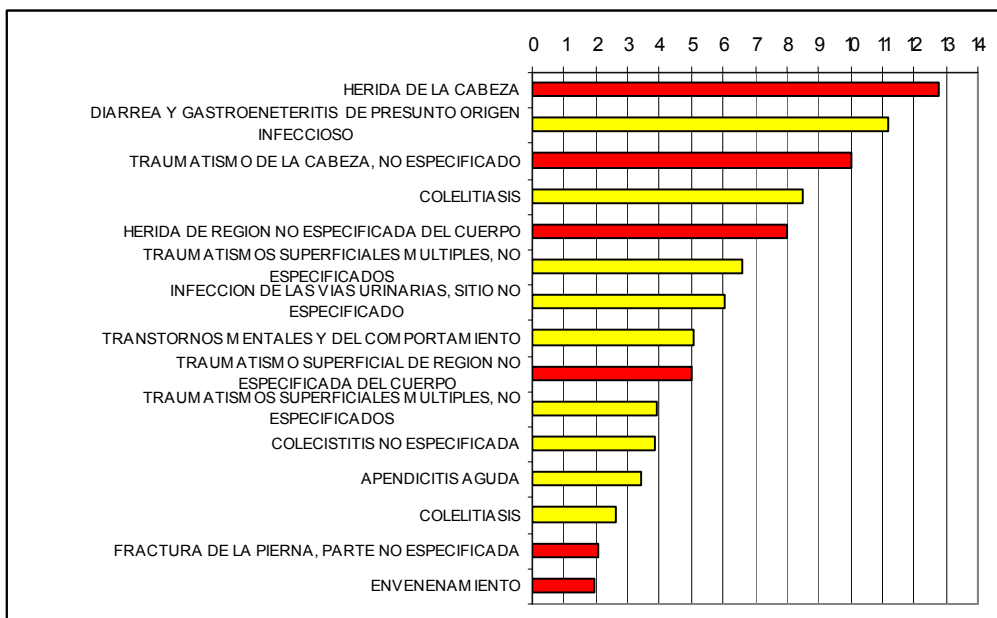
**PRINCIPALES CAUSAS DE HOSPITALIZACION, POR SEXO,
 EN SEGUNDO NIVEL, BOLIVIA, GESTION 2004**



T14,2	FRACTURA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
K81,9	COLECISTITIS NO ESPECIFICADA
T14,1	HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
R10,4	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
N39,0	INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
K37	APENDICITIS, NO ESPECIFICADA
O82,9	PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACION
K65,9	PERITONITIS, NO ESPECIFICADA
O06	ABORTO NO ESPECIFICADO
K42	HERNIA UMBILICAL
J18,9	NEUMONIA NO ESPECIFICADA
P59,9	ICTERICIA NEONATAL NO ESPECIFICADA
R10,0	ABDOMEN AGUDO
I63	INFARTO CEREBRAL

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

**PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION EN EMERGENCIAS DE LOS
 HOSPITALES DE TERCER NIVEL, BOLIVIA, GESTION 2004**



6 de 15 principales causas de atención en emergencias, son producto de algún tipo de violencia, situación reflejada a nivel nacional sin la especificidad de la causa, en la regional de Cochabamba, se analizaron las probables causas de las HERIDAS, (5ta. Causa de atención) siendo el 96 % causadas por arma blanca y el 4% por arma de juego, el sexo más afectado es el masculino en el grupo atareo de 20 – 44 años.

Con relación al registro de traumatismos, el tipo de lesión en región especificada y la causa de la misma contribuirían a focalizar las intervenciones.

En algunas regionales (Chuquisaca, Pando), se evidencia el Control Prenatal como atención de Emergencias, en estas circunstancias sin dudar de la demanda urgente de la paciente, es importante registrar el motivo real de la consulta.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS

SEDES LA PAZ

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL DE CLINICAS, GESTION 2004

Nº	DIAGNOSTICO	CIE 10	TOTAL	
			Nº	%
1	DORSALGIA	M54,0	812	2,9
2	VERRUGAS VIRICAS	B07,0	728	2,6
3	HIPERTENSION ESENCIAL	I10	650	2,3
4	ACNE	L70,0	551	1,9
5	ARTRITIS REUMATOIDE	M06,0	543	1,9
6	COLELITIASIS	K80,0	497	1,7
7	DIABETES MELLITUS	E11,0	488	1,7
8	OTROS TRASTORNOS DEL OIDO EXTERNO	H61,0	457	1,6
9	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	N39,0	449	1,6
10	OTROS TRASTORNOS DE LA NARIZ	J34,0	375	1,3
11	FRACTURA HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA	S02,0	365	1,3
12	OTROS TRASTORNOS DE LA PIGMENTACION	L81,0	362	1,3
13	OTRAS DERMATITIS	L30,0	341	1,2
14	SINUSITIS CRONICA	J32,0	334	1,2
15	OTITIS MEDIA SUPURATIVA AGUDA	H66,0	330	1,2
SUBTOTAL			7282	25,6
MAL DEFINIDAS			1334	4,7
RESTO DE CAUSAS			19821	69,7
TOTAL			28437	100

Fuente: Sistemas de Informática, Hospital de Clínicas, gestión 2004

La agrupación de causas es una alternativa para identificar las 10 o 15 principales, de esta manera evitaríamos la sistematización anárquica demostrada en el presente cuadro, diagnósticos específicos entre agrupaciones. Es recomendable que el resto de causas junto a las mal definidas no sobrepase el 30 % del total de registros.

Si bien, la codificación permite clasificar las enfermedades o los problemas de salud registrados, el registro incompleto, el mal registro, el uso de siglas, o el uso de nomenclatura no identificada por la CIE, no es sujeto de clasificación obligatoria, si se han agotado los recursos para especificar el mismo. Esta es responsabilidad del profesional médico.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS

PRINCIPALES CAUSAS DE HOSPITALIZACION
HOSPITAL DE CLINICAS, GESTION 2004

Nº	DIAGNOSTICO	CIE 10	TOTAL	
			Nº	%
1	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	K80.1	330	5,4
2	ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR Y EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS	X68	158	2,6
3	DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	J34,2	119	1,9
4	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	K35,9	112	1,8
5	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA	N18,9	90	1,5
6	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	N40,0	89	1,4
7	COLELITIASIS	K80	88	1,4
8	ENF. HEPATICA ALCOHOLICA, NO ESPECIFICA	K10,9	83	1,3
9	FRACTURAS DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA	S82,8	83	1,3
10	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO	C53,9	74	1,2
11	APENDICITIS AGUDA	K35,0	72	1,2
12	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA	K40,9	66	1,1
13	VOLVULO	K56,2	58	0,9
14	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	E11,9	56	0,9
15	INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL	N18,0	53	0,9
SUBTOTAL			1531	24,9
MAL DEFINIDAS			3	0,0
RESTO DE CAUSAS			4624	75,1
TOTAL			6158	100

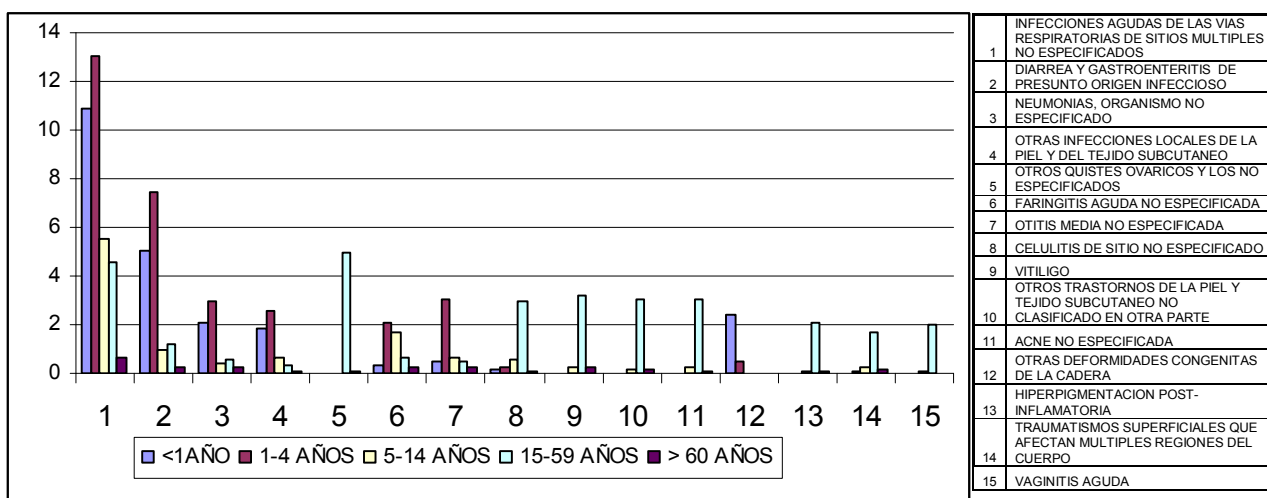
Fuente: Sistemas de Informática, Hospital de Clínicas, gestión 2004

Del total registrado 6 ■ son por enfermedades no transmisibles, 4 ■ por resolución quirúrgica del sistema digestivo y el resto no dejan de registrarse las causas provocadas por algún tipo de violencia, estas tienen una incidencia mayor en el grupo de 20 – 44 años.

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

SEDES LA PAZ – EL ALTO

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, CONSULTA EXTERNA, SEGÚN
 GRUPOS ETAREOS, HOSPITAL HOLANDES, GESTION 2004**



Fuente: Estadística HMBH, gestión 2004

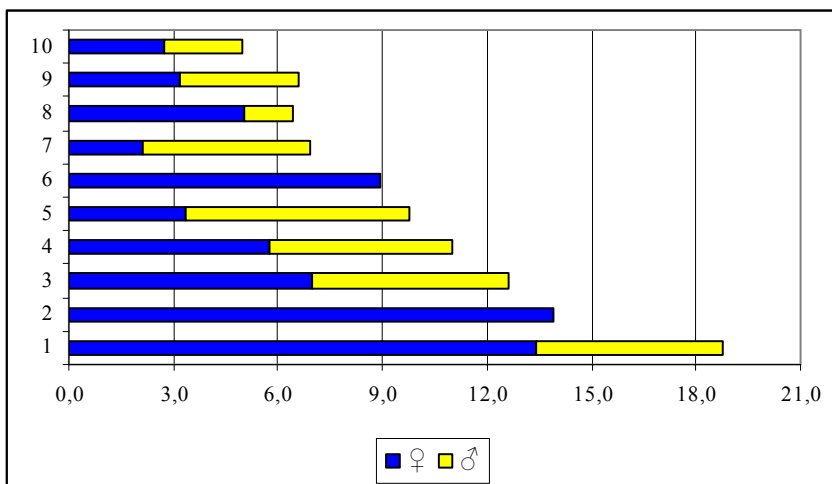
El intento de agrupar las enfermedades, no se ha aplicado con todas las causas, si se registran “Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias de Sitios Múltiples, no especificados” (Primer Lugar), es de inferir que la “Faringitis Aguda, no especificada” (Sexto Lugar) se agrupe en la primera.

Cuando los registros describen la especificidad es importante rescatar esta información en el proceso de sistematización, en caso de encontrar información variada, se opta por la agrupación.

El diagnóstico de Vaginitis Aguda (15 – 59 años), por evidencia clínica es un problema generalmente asociado a otro de mayor trascendencia (o es consecuencia de), en estos casos es importante describir el diagnóstico principal y el secundario, sin dejar de aplicar las reglas recomendadas por la CIE.

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA
 POR SEXO, HOSPITAL COREA, GESTION 2004**



Fuente: Sistema de Información Clínico Estadístico, Hospital Corea, gestión 2004.

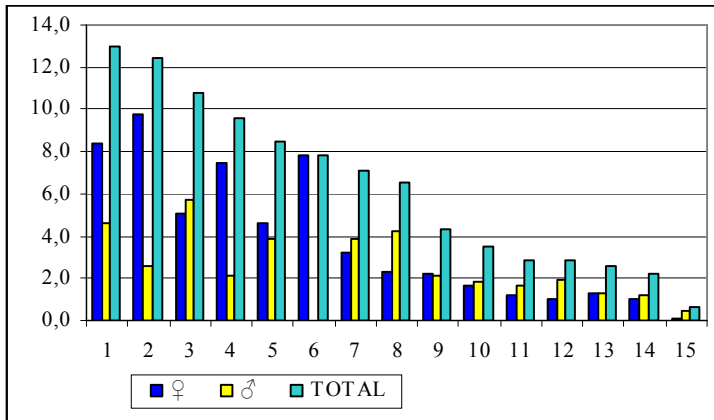
1	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO
2	PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD POR OTRAS CIRCUNSTANCIAS
3	HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
4	ATENCION DE PUERPERIO
5	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES
6	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
7	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES
8	ATENCION PARA LA ANTICONCEPCION
9	DEFORMIDADES CONGENITAS DE LA CADERA
10	HERIDA DE LA CABEZA
11	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)
12	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO

El Hospital Corea, de segundo nivel de atención del distrito 2, de la ciudad de El Alto, registra entre sus primeras causas a la “Supervisión de Embarazo normal, no especificado” y “Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias”, el presente gráfico rescata información a partir de la tercera causa, en el entendido de que el trabajo intenta perfilar la morbilidad en base a los registros de Diagnóstico principal y secundario y no así del motivo de consulta.

Llama la atención el hecho de registrar “Atención del puerperio”, “Atención para la Anticoncepción”, motivos de consultas propias de un primer nivel de atención, (no con carácter exclusivo), que no contribuyen a perfilar la morbilidad.

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA POR SEXO,
 HOSPITAL DE CARANAVI, GESTION 2004**



Fuente: Cuadernos 1 de Consulta Externa, Gestión 2004.

1	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
2	HERIDA CORTANTE
3	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
4	CONTUSION
5	FRACTURA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
6	MASTITIS
7	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE SITIOS MULTIPLES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES
8	UROLITIASIS
9	ARTRITIS REUMATOIDE
10	COLELITIASIS
11	ESCABIOSIS
12	HERPES ZOSTER
13	COLECISTITIS
14	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO
15	MALARIA

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS

PRINCIPALES CAUSAS DE HOSPITALIZACION
HOSPITAL DE CARANAVI, GESTION 2004

Nº	DIAGNOSTICO	CIE 10	TOTAL	
			Nº	%
1	PUERPERIO FISIOLÓGICO *		381	24,3
2	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE SITIOS MÚLTIPLES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	J06,8	83	5,3
3	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09	68	4,3
4	ABORTO INCOMPLETO RESUELTO, AMEU, **	O06,3	61	3,9
5	PARTO EUTÓXICO ***	O80,9	34	2,2
6	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	N39,0	32	2,0
7	CESAREA ****	O82,9	25	1,6
8	HERIDA CORTANTE	T14,1	16	1,0
9	FRACTURA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	T14,2	13	0,8
10	ABSCESO	L02,9	9	0,6
SUBTOTAL			722	46,0
MAL DEFINIDAS			370	23,6
RESTO DE CAUSAS			477	30,4
TOTAL			1569	100

Fuente: Estadístico VI, Hospital Caranavi, gestión 2004

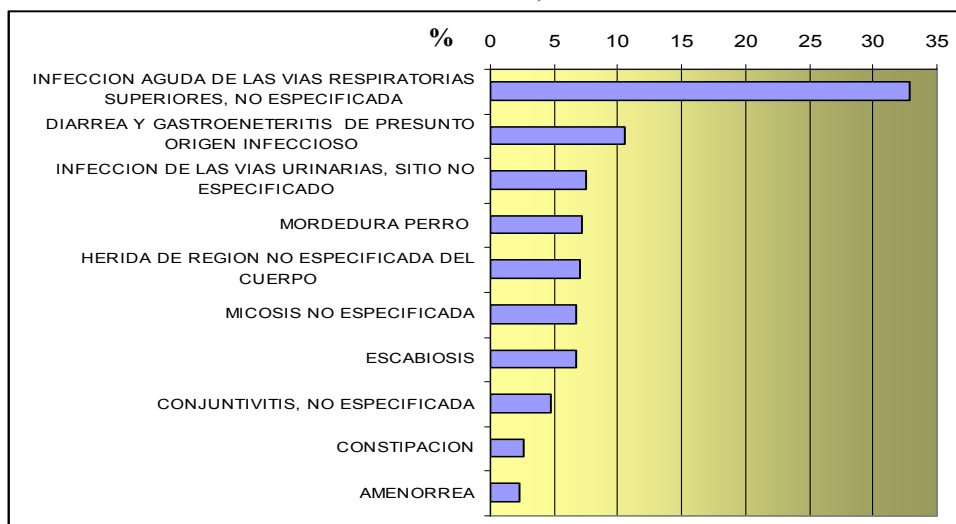
- * LA ATENCION DE LA ETAPA PUERPERAL SIN COMPLICACION NO CLASIFICA LA CIE.
- ** ABORTO INCOMPLETO COMPLICADO
- *** PARTO UNICO ESPONTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION
- **** PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACION

Ante la ausencia de normas en el registro del diagnóstico, los requerimientos de información según programas de salud, se imponen para llenar este espacio, es por esa razón que frecuentemente encontraremos denominativos de procedimientos (Cesárea, AMEU), de la etapa reproductiva en la salud de la mujer (Puerperio fisiológico) y otros registros que se deben considerar en una etapa consecutiva a la identificación del diagnóstico.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS

SEDES COCHABAMBA

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA URBANA
SEDES COCHABAMBA, GESTION 2004



Fuente: Cuadernos 1 de Consulta Externa, gestión 2004

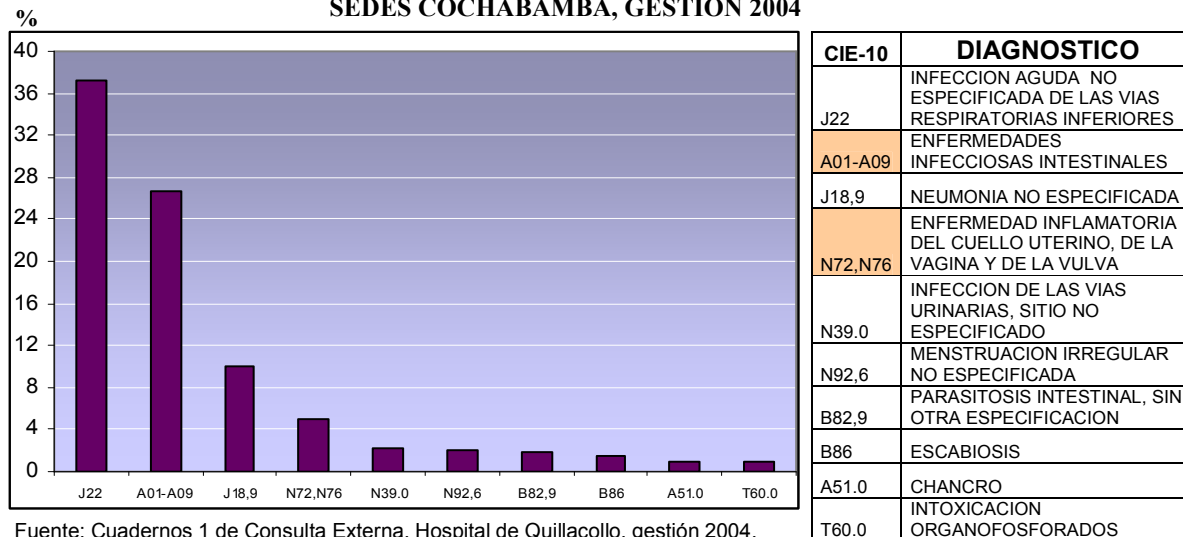
Las dos primeras agrupaciones de causas, reflejan las IRAs y EDAs respectivamente, en la tercera agrupación el ITU (Infección del Tracto Urinario) es la sigla más utilizada en el registro de las afecciones urinarias.

Considerando que es un primer nivel de atención y las principales causas son afecciones agudas, el registro del diagnóstico clínico, debe ser lo más específico posible, en una primera consulta.

Con relación a enfermedades no transmisibles, el momento de la primera consulta no es la más indicada para identificar el diagnóstico definitivo, en el entendido de que el patrón de la enfermedad, exige seguimiento y/o el apoyo de exámenes auxiliares.

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA RURAL
 SEDES COCHABAMBA, GESTION 2004**



Fuente: Cuadernos 1 de Consulta Externa, Hospital de Quillacollo, gestión 2004.

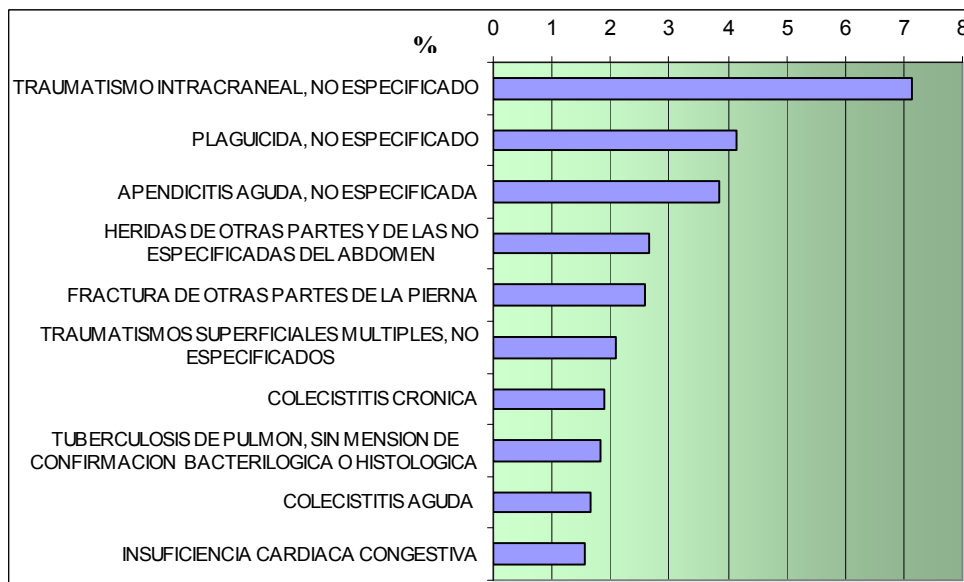
Existen dos agrupaciones que abarcan un sin número de problemas de salud, en los registros revisados emplean terminología poco específica para identificar el diagnóstico.

Con relación a enfermedades infecciosas intestinales, que se presentan con mayor concentración entre los 5 – 15 años de edad, es de suponer que se presentan desde las enfermedades infecciosas intestinales, hasta las Intoxicaciones Alimentarias Bacterianas.

El programa de atención a la mujer cuenta con normas y protocolos de atención, la aplicación de los mismos, conduce a registrar el Diagnóstico específico, dato esencial requerido para estructurar la morbilidad.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES BID – OPS/OMS

PRINCIPALES CAUSAS DE HOSPITALIZACION, HOSPITAL VIEDMA, SEDES COCHABAMBA, GESTION 2004



Fuente: Unidad de Estadística, Hospital VIEDMA, gestión 2004.

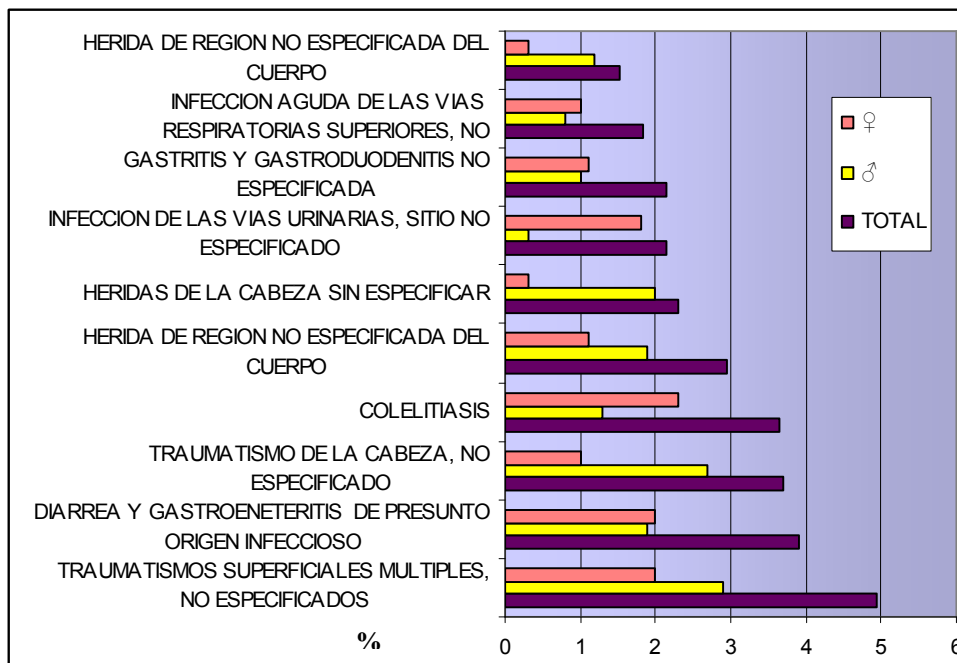
A pesar de las bondades de la CIE, no es recomendable cambiar el diagnóstico con el fin de encontrar un código, si bien es rescatable el esfuerzo de los hospitales en codificar las enfermedades, en este proceso se distorsiona el dato real, por falta de asesoramiento y control.

Sobre la base de la identificación de las primeras causas de hospitalización, hemos compatibilizado el código y el diagnóstico registrado, las diferencias se presentan como sigue:

CODIGO DEFINIDO POR ESTADISTICA	DIAGNOSTICOS DEFINIDOS POR ESTADISTICA	DIAGNOSTICOS IDENTIFICADOS EN LA CIE SEGÚN CODIGO
S06,9	TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO (TEC)	TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO
T60,9	INSECT.ORG.FOSFORADO Y CARBAMATOS	PLAGUICIDA, NO ESPECIFICADO
K35,9	APENDICITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
S31,8	HERIDAS OTRAS PARTES, NO ESP. DEL ABDOMEN	HERIDAS DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL ABDOMEN
S82,8	FRACTURA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA	FRACTURA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA
T00,9	POLICONTUSION	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS
K81,1	COLECISTITIS CRONICA	COLECISTITIS CRONICA
A16,2	TUBERCULOSIS	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENSION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA
K81,0	COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA	COLECISTITIS AGUDA
I50,0	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

**PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION EN EMERGENCIAS,
 HOSPITAL VIEDMA, SEDES COCHABAMBA, GESTION 2004**



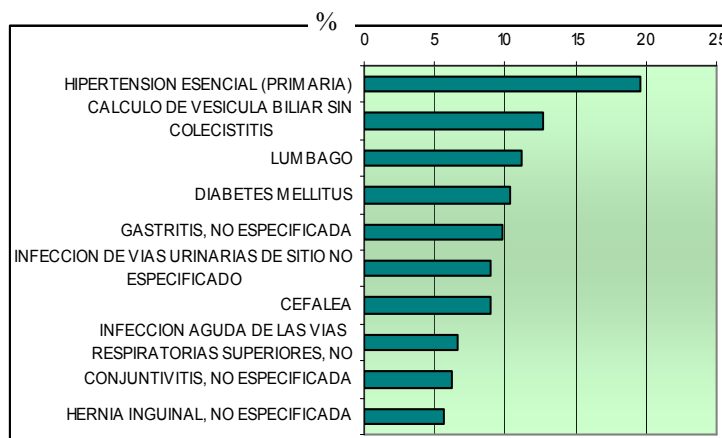
Fuente: Unidad de Estadística, Hospital VIEDMA, gestión 2004.

Con el fin de rescatar la experiencia en el uso de la CIE, es importante tomar en cuenta también las recomendaciones de registro y tabulación que hace mención el texto, de esta manera rescataremos mayor información para agrupar las enfermedades o problemas de salud y abarcaremos al menos con un 70% del total de registros, para estructurar el perfil de morbilidad.

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS**

SEDES SANTA CRUZ

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA,
SEDES SANTA CRUZ, GESTION 2004**



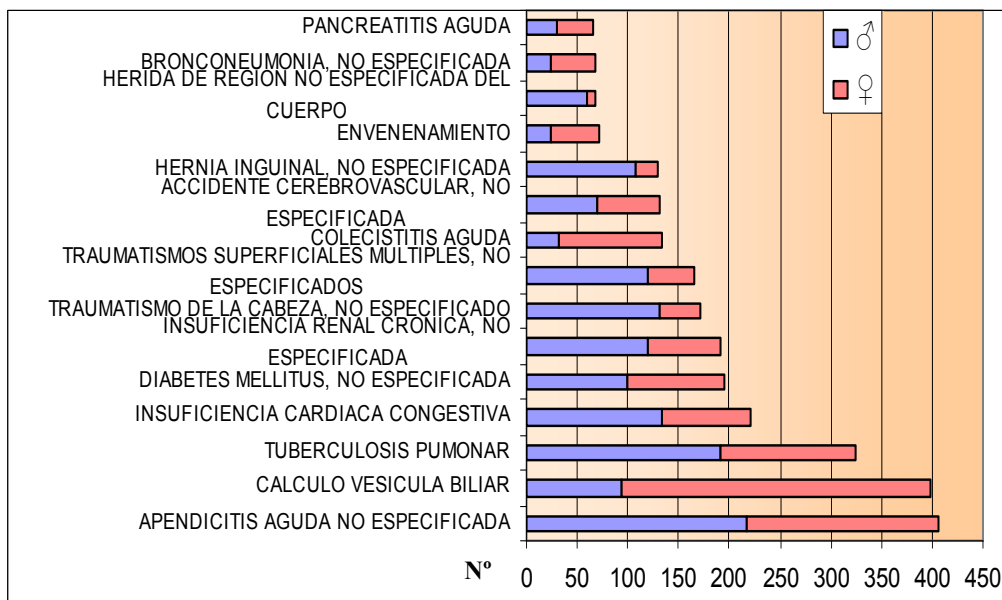
Fuente: Estadística, hospital San Juan de Dios, gestión 2004

Considerando que el hospital de tercer nivel tiene la capacidad resolutoria cuanti y cualitativa de los problemas de salud que se presentan, es de esperar que el perfil de morbilidad refleje diagnósticos precisos. En el caso de la “CEFALEA” (7mo. lugar) representa, junto a otros síntomas, problemas de análisis epidemiológico, estructurales organizativos y capacidades del RRHH que registra y sistematiza la información.

Esta situación traduce la falta de control no sólo en el RRHH, sino en la utilización de la información para tomar decisiones.

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

**PRINCIPALES CAUSAS DE HOSPITALIZACION, POR SEXO
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SEDES SANTA CRUZ, GESTION 2004**



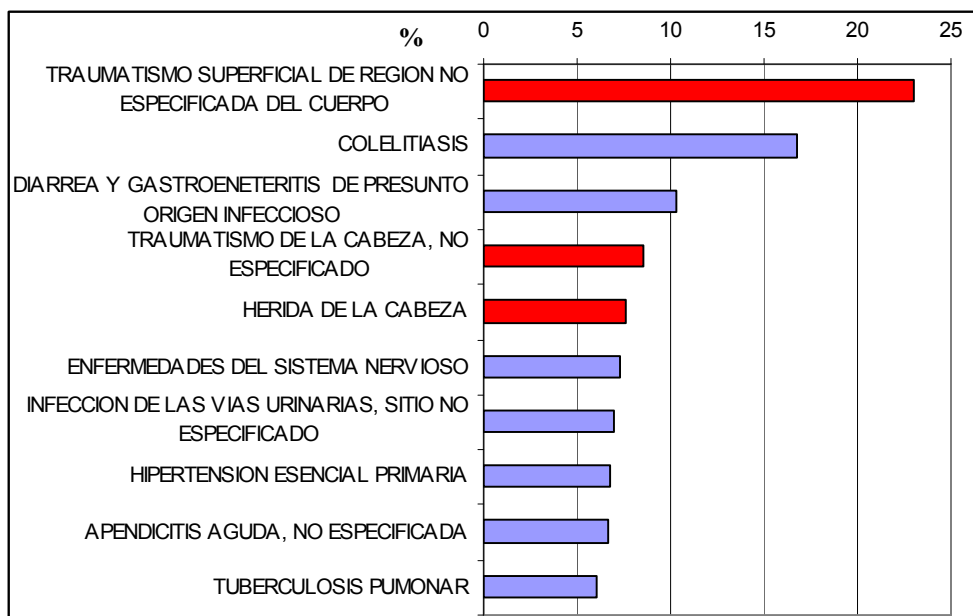
Fuente: Estadística, hospital San Juan de Dios, gestión 2004

El grupo etareo mas afectado es el de 21 – 40 años en las primeras tres causas y en los Traumatismos múltiples.

Se registran 5 causas de las 15, como enfermedades no transmisibles y 4 causas por problemas originados por algún tipo de violencia.

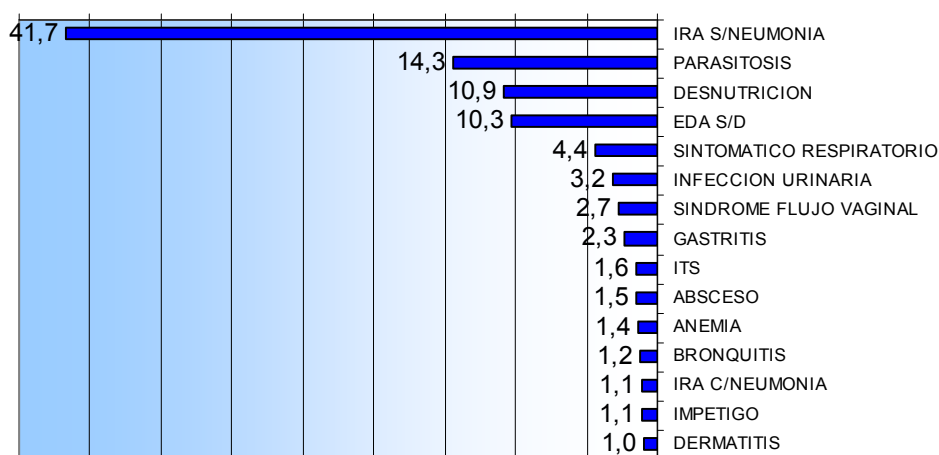
**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

**PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION DE EMERGENCIAS,
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SEDES SANTA CRUZ, GESTION 2004**



Fuente: Estadística, hospital San Juan de Dios, gestión 2004

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA, EN PORCENTAJE,
 RED RURAL MONTERO, SEDES SANTA CRUZ, GESTION 2004**



Fuente: Estadística, Red Montero, gestión 2004

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS

SEDES CHUQUISACA

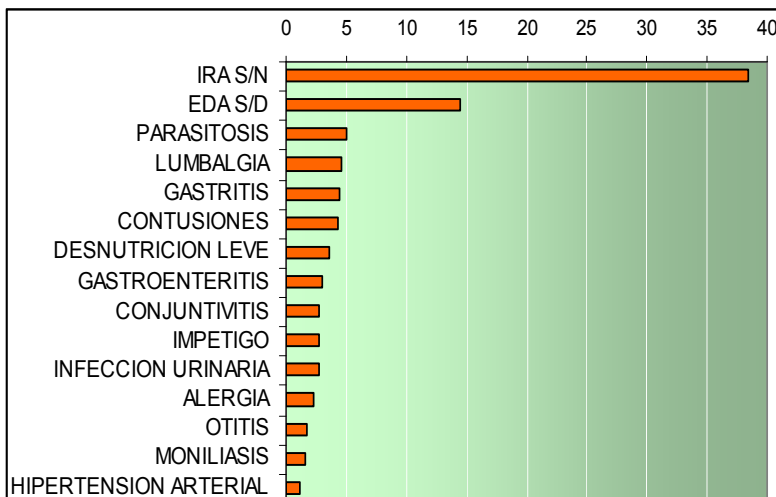
**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA, SEGÚN SEXO,
HOSPITAL SANTA BARBARA, SEDES CHUQUISACA, GESTION 2004**

N°	DIAGNOSTICO	CIE 10	TOTAL	
			N°	%
1	ENFERMEDAD DEL SISTEMA RESPIRATORIO	J00-J99	3562	15,99
2	ENVENENAMIENTO	T65,9	3254	14,61
3	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09	2336	10,49
4	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	L00-L99	1505	6,76
5	ENFERMEDADES DE OJOS Y ANEXOS	H00-H59	1405	6,31
6	ENFERMEDADES DEL OIDO Y APOFISIS MASTOIDES	H60-H95	1046	4,70
7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N00-N99	683	3,07
8	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	G00-G99	614	2,76
9	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	I00-I99	512	2,30
10	ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y METABOLICAS	E00-E35, E50-E90	94	0,42
SUBTOTAL			15.011	67,4
RESTO DE CAUSAS			7.266	32,62
TOTAL			22.277	100,0

Fuente: Estadística, Hospital Santa Bárbara, gestión 2004.

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA, AREA RURAL
 SEDES CHUQUISACA, GESTION 2004**



Fuente: Estadística, Red Sudanés, gestión 2004

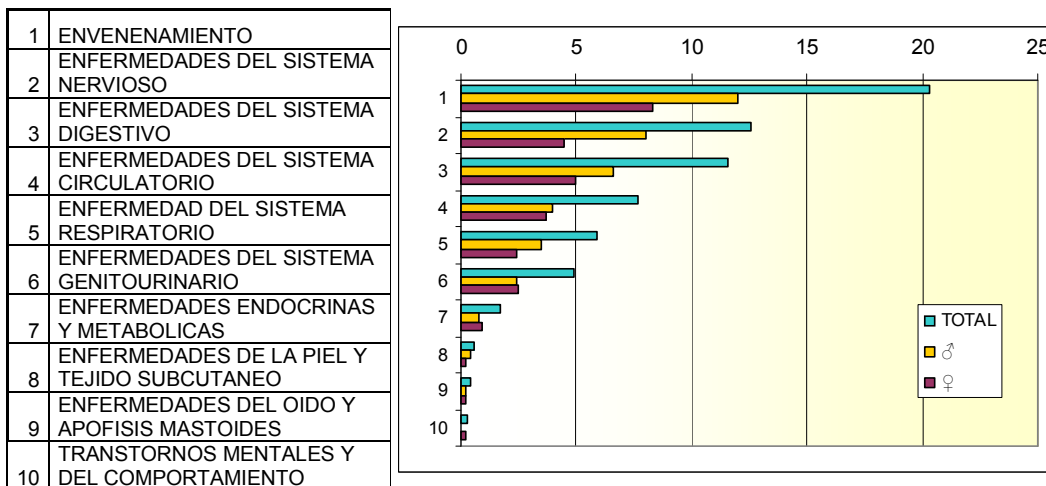
A pesar de las observaciones para precisar el Diagnóstico, se considera que el trabajo de sistematización es rescatable, la identificación del sexo y la edad completaría la estructura de morbilidad esperada.

ALTERNATIVA DE CODIFICACION	
ENFERMEDAD DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	J39,9
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09
PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	B82,9
LUMBALGIA	M54,5
GASTRITIS	K29,7
TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	T14,0
DESNUTRICION LEVE	E44,1
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09
CONJUNTIVITIS, NO ESPECIFICADA	H10,9
IMPETIGO	L01
INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	N39,0
ALERGIA NO ESPECIFICADA	T78,4
OTITIS MEDIA NO ESPECIFICADA	H66,9
CANDIDIASIS NO ESPECIFICADA	B37,9
HIPERTENSION ESENCIAL	I10

Se destaca el registro de “Desnutrición” como principal causa, llama la atención, siendo que el mismo generalmente se registra como segundo diagnóstico.

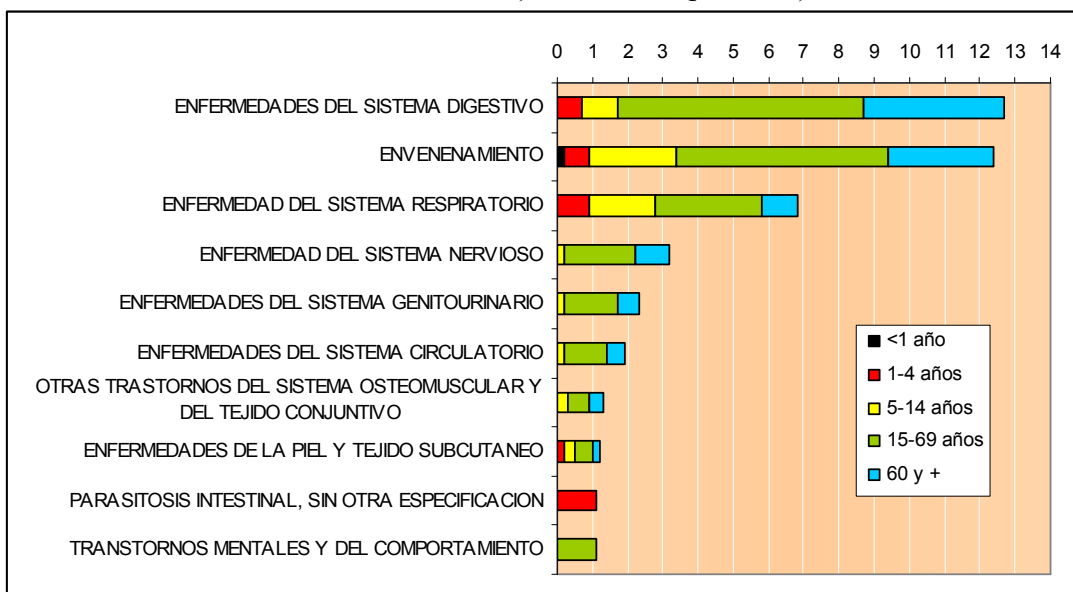
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES BID – OPS/OMS

PRINCIPALES CAUSAS DE HOSPITALIZACION, SEGÚN SEXO, HOSPITAL SANTA BARBARA, SEDES CHUQUISACA, GESTIÓN 2004



Fuente: Estadística, Hospital Santa Bárbara, gestión 2004

PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION EN EMERGENCIAS HOSPITAL SANTA BARBARA, SEDES CHUQUISACA, GESTIÓN 2004



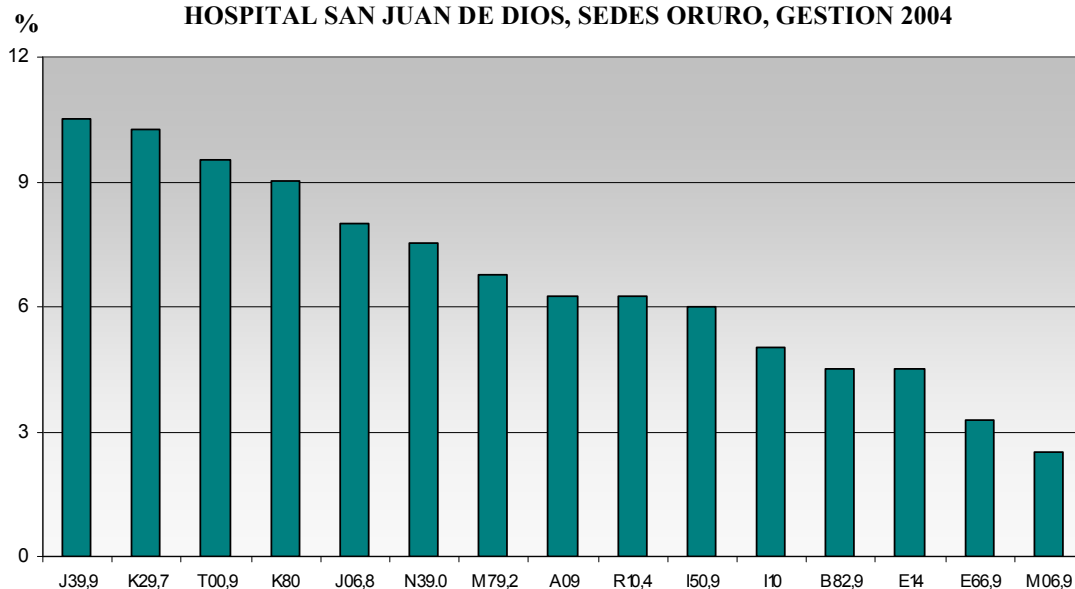
Fuente: Estadística, hospital Santa Bárbara, gestión 2004.

La clasificación en grandes grupos por sitio anatómico, es una característica de la regional Chuquisaca, es importante especificar las causas, como paso subsiguiente para diseñar las listas cortas con las enfermedades y/o problemas más frecuentes.

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

SEDES ORURO

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA,
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SEDES ORURO, GESTION 2004**

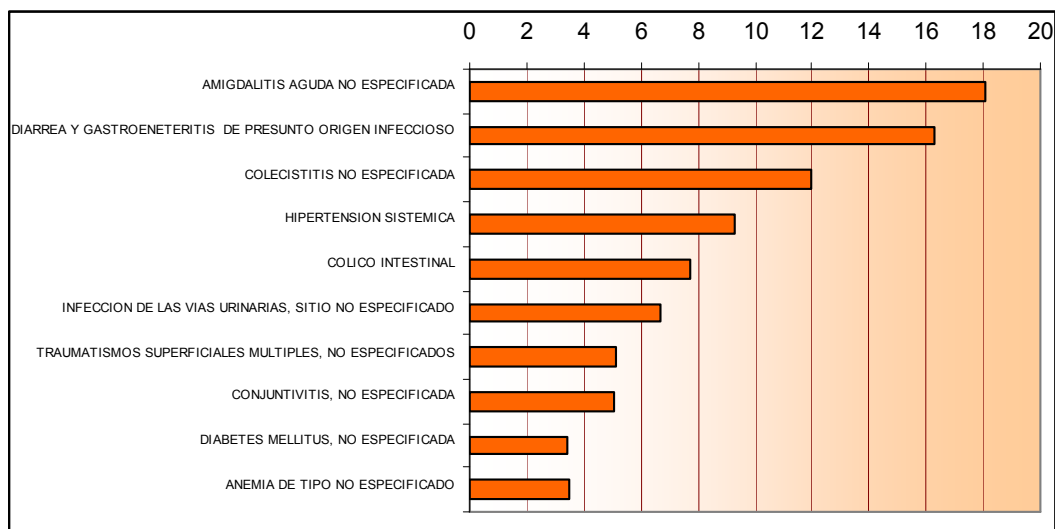


Fuente: Registro de Consultas, hospital San Juan de Dios, gestión 2004.

CIE	DIAGNOSTICO
J39,9	ENFERMEDAD DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA
K29,7	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA
T00,9	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS
K80	COLELITIASIS
J06,8	FARINGOAMIGDALITIS
N39,0	INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
M79,2	NEURITIS
A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
R10,4	COLICO INTESTINAL
I50,9	INSUFICIENCIA CARDIACA NO ESPECIFICADA
I10	HIPERTENCION ARTERIAL SISTEMICA
B82,9	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
E14	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA
E66,9	OBESIDAD
M06,9	ARTRITIS REUMATOIDEA

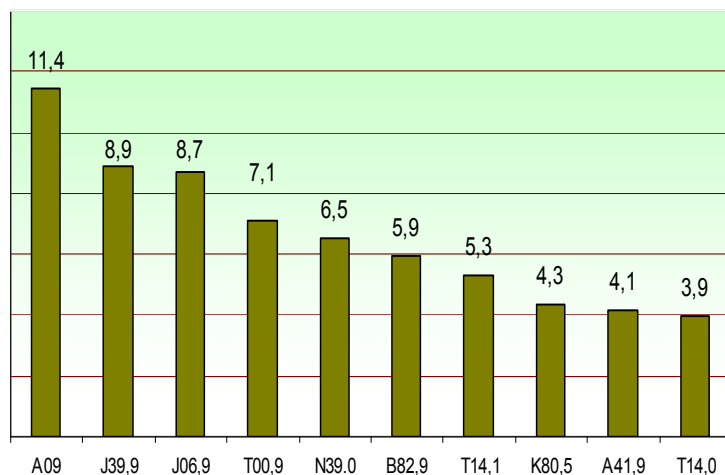
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES BID – OPS/OMS

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA, AREA URBANA, SEDES ORURO, GESTION 2004



Fuente: Cuadernos 1 de Consulta Externa, Asistencia Pública, gestión 2004.

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA, AREA RURAL, SEDES ORURO, GESTION 2004



DIAGNOSTICO	CIE
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09
ENFERMEDAD DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	J39,9
INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	J06,9
TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS	T00,9
INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	N39,0
PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	B82,9
HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	T14,1
COLICO BILIAR	K80,5
SEPTICEMIA	A41,9
TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	T14,0

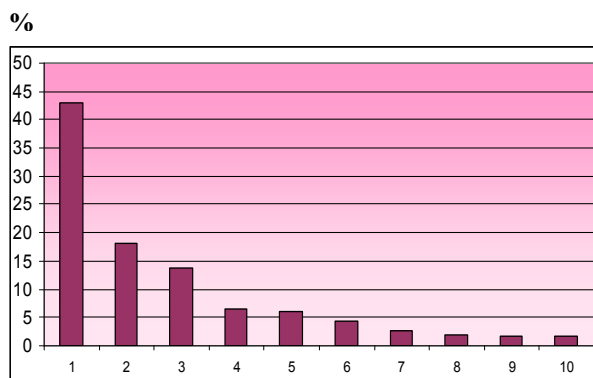
Fuente: Cuaderno 1 de Consulta Externa, hospital de Challapata, gestión 2004.

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

SEDES POTOSI

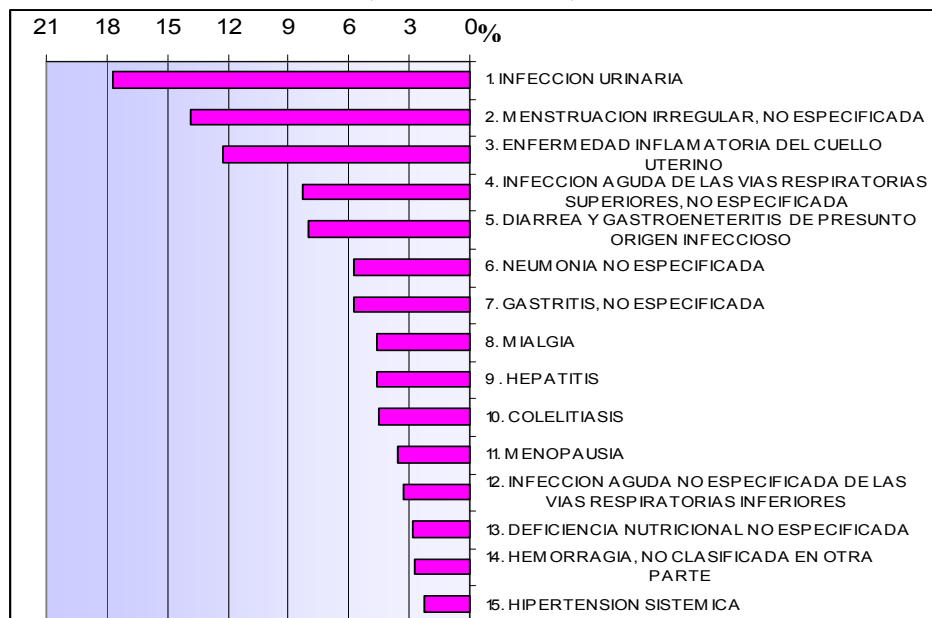
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
 EN CONSULTA EXTERNA URBANA, SEDES POTOSI, GESTION 2004**

Nº	DIAGNOSTICO	CIE 10
1	ENFERMEDAD DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	J39,9
2	DEFICIENCIA NUTRICIONAL NO ESPECIFICADA	E63,9
3	ENFERMEDAD DEL INTESTINO NO ESPECIFICADA	K63,9
4	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	J22
5	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LOS ORGANOS PELVICOS FEMENINOS	N70-N77
6	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09
7	INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	N39.0
8	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	L00-L99
9	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	B82,9
10	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	H00-H59



Fuente: Estadística, hospital Daniel Bracamonte, gestión 2004.

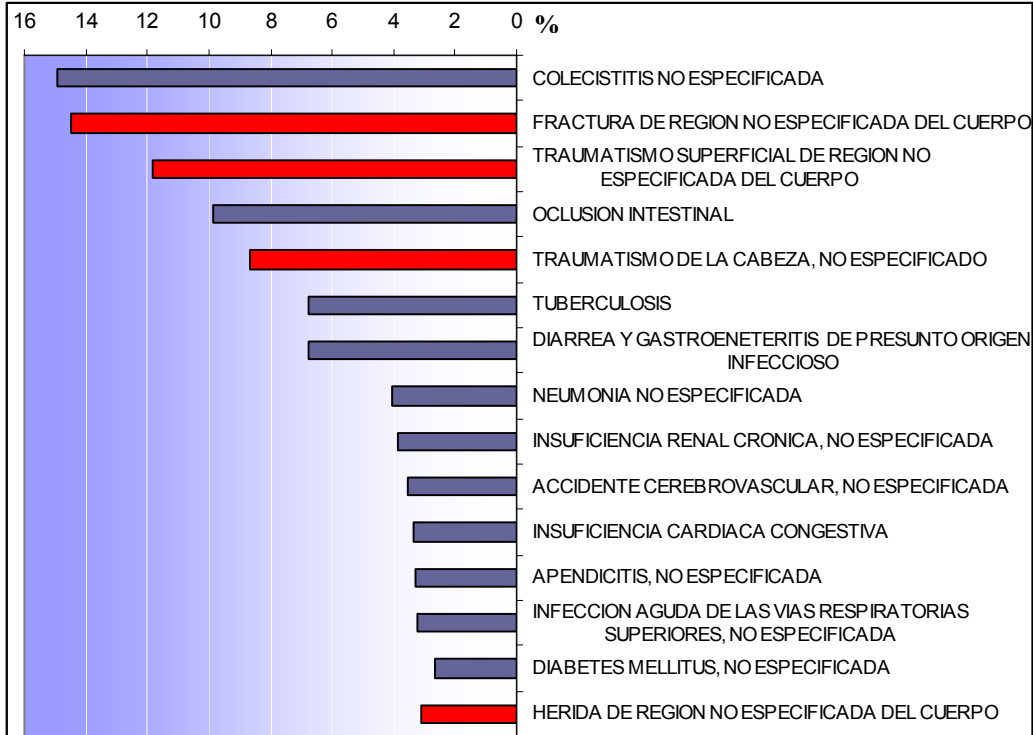
**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA,
 AREA RURAL, SEDES POTOSI, GESTION 2004**



Fuente: Cuadernos 1 de Consulta Externa, Red Puna, gestión 2004.

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS**

**PRINCIPALES CAUSAS DE HOSPITALIZACION
HOSPITAL DANIEL BRACAMONTE, SEDES POTOSI, GESTION 2004**

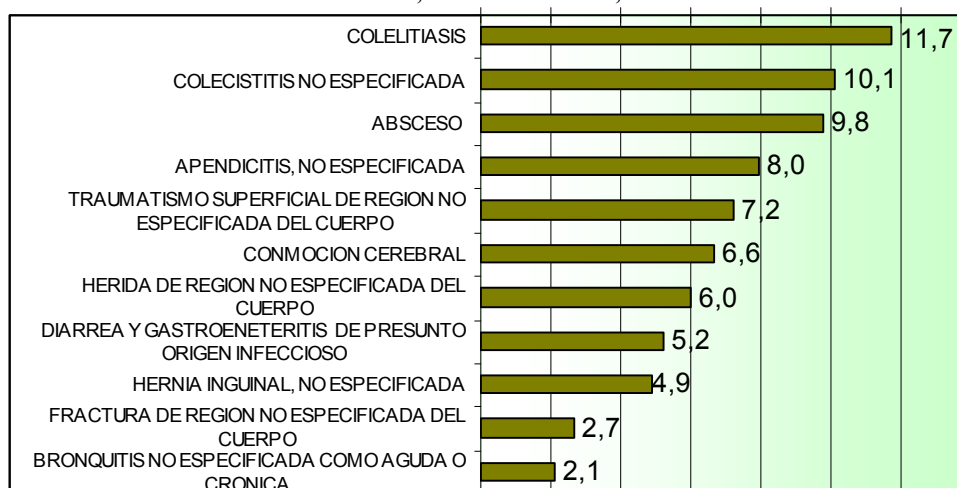


Fuente: Estadística, hospital Daniel Bracamonte, gestión 2004.

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

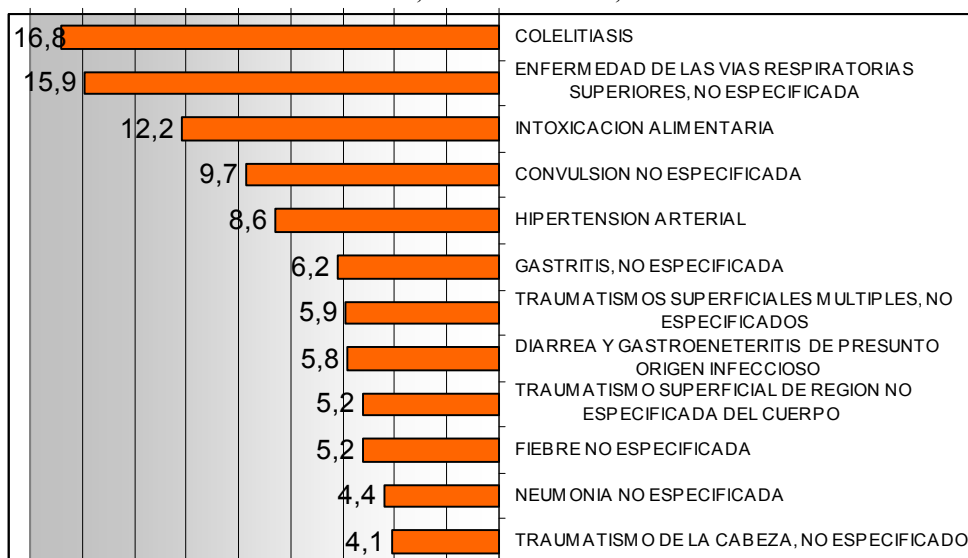
SEDES TARIJA

**PRINCIPALES CAUSAS DE HOSPITALIZACION
 SAN JUAN DE DIOS, SEDES TARIJA, GESTION 2004**



Fuente: Estadística, hospital San Juan de Dios, gestión 2004.

**PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION EN EMERGENCIAS
 SAN JUAN DE DIOS, SEDES TARIJA, GESTION 2004**

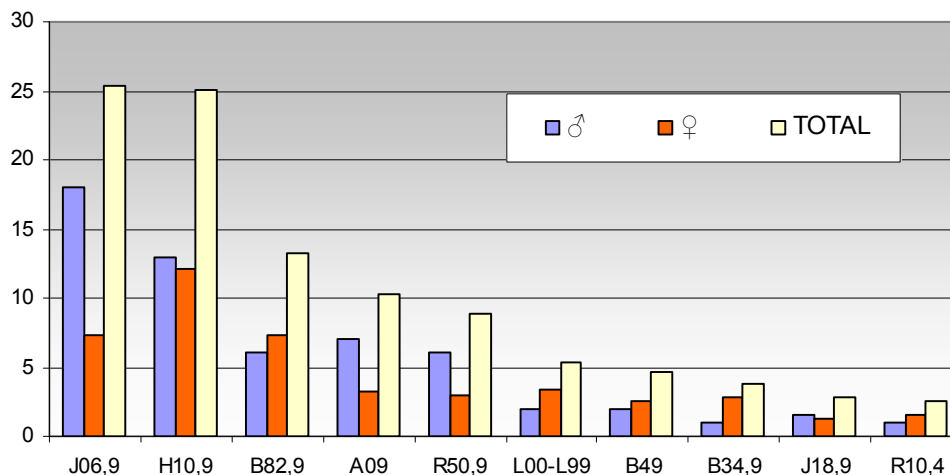


Fuente: Estadística, hospital San Juan de Dios, gestión 2004.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS

SEDES BENI

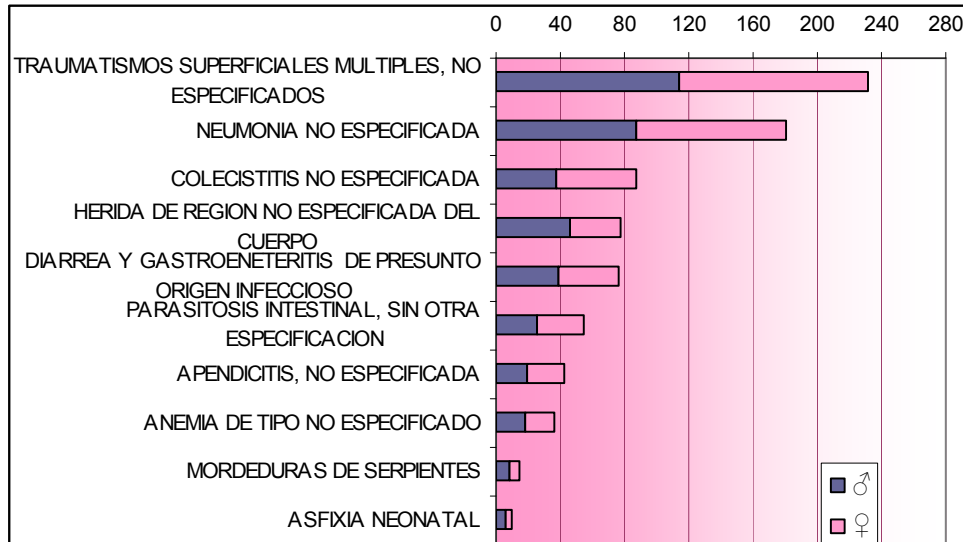
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA,
SEDES BENI, GESTION 2004**



DIAGNOSTICO	CIE 10
INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	J06,9
CONJUNTIVITIS, NO ESPECIFICADA	H10,9
PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	B82,9
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09
FIEBRE NO ESPECIFICADA	R50,9
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	L00-L99
MICOSIS NO ESPECIFICADA	B49
INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	B34,9
NEUMONIA NO ESPECIFICADA	J18,9
COLICOABDOMINAL	R10,4

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA,
 HOSPITAL DE RURENABAQUE, SEDES BENI, GESTION 2004**

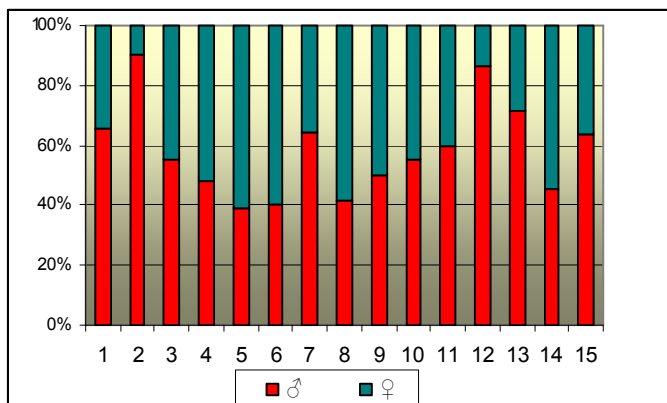


Fuente: Estadística, hospital de Rurenabaque, gestión 2004.

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

SEDES PANDO

**PRINCIPALES CAUSAS DE HOSPITALIZACION, SEGÚN SEXO,
 HOSPITAL GALINDO, SEDES PANDO, GESTION 2004**

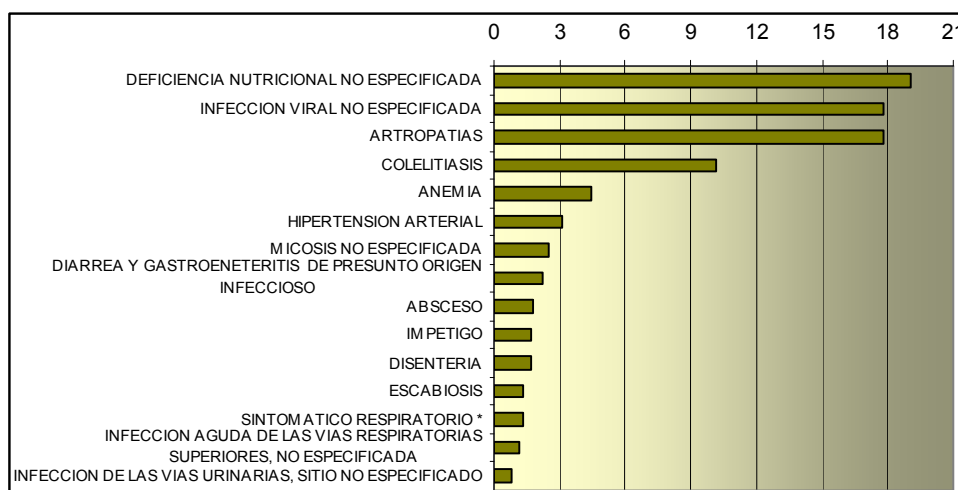


1	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
2	ENVENENAMIENTO
3	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO
5	COLECISTITIS NO ESPECIFICADA
6	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO
7	APENDICITIS AGUDA
8	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA
9	INFECCIONES AGUDAS Y CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS
10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO
11	HERNIA ABDOMINAL
12	EFEECTO TOXICO DEL CONTACTO CON ANIMALES VENENOSOS
13	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
14	MALARIA VIVAX
15	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Fuente: Estadística, hospital Galindo, gestión 2004.

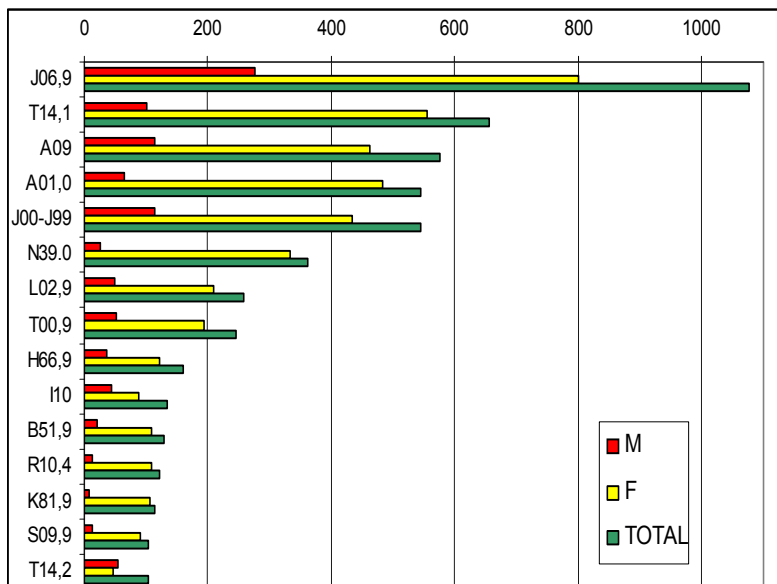
**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA,
 SEDES PANDO, GESTION 2004**

Fuente: Estadística, hospital Galindo, gestión 2004.



**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
 BID – OPS/OMS**

**PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION EN EMERGENCIAS, POR SEXO,
 HOSPITAL GALINDO, GESTION 2004**



CIE -10	DIAGNOSTICO
J06,9	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA
T14,1	HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
A01,0	FIEBRE TIFOIDEA
J00-J99	ENFERMEDAD DEL SISTEMA RESPIRATORIO
N39,0	INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
L02,9	ABSCESO
T00,9	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS
H66,9	OTITIS MEDIA, NO ESPECIFICADA
I10	HIPERTENSION SISTEMICA
B51,9	MALARIA VIVAX
R10,4	COLICOABDOMINAL
K81,9	COLECISTITIS NO ESPECIFICADA
S09,9	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
T14,2	FRACTURA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

Fuente: Estadística, hospital Galindo, gestión 2004.

El trabajo de campo desarrollado en la regional de Pando, ha permitido identificar los problemas de registro de la información en los diferentes instrumentos de captura del dato, evidenciándose, que el factor tiempo determina la calidad del registro.

Los intentos de informatizar los registros, iniciativa de Medicus Mundi, permite disminuir la repetición de registros y salvo situaciones (corte de energía eléctrica, o problemas del equipo informático), se contaría con información sistematizada, con el respectivo control de la calidad cualitativa en la descripción del diagnóstico., procesos que están en pleno desarrollo

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
---------------------	------------------------

GENERALES

<p>El Perfil de Morbilidad, presentado está estructurado en base a información de una muestra representativa para hacer las inferencias a nivel nacional, regional y por niveles de atención.</p>	<p>Tomar como línea de base, para la vigilancia centinela determinando tendencias y factores de riesgo, de por lo menos las 15 principales causas de consulta externa, hospitalización y atención en emergencias.</p>
<p>La información disponible de morbilidad hospitalaria, carece de control de calidad, en el registro, en la sistematización y en la presentación si es el caso, por lo mismo, la comparabilidad de datos ha estado sujeta en la agrupación de enfermedades por sitio anatómico, perdiendo de esta manera la especificidad del dato esencial, el Diagnóstico.</p>	<p>La última revisión de la CIE, recomienda la aplicación de reglas para la codificación de causas, además de ofrecer una amplia gama de posibilidades, la codificación alfa-numérica con tres o cuatro caracteres permite identificar la especificidad de la causa.</p>
<p>En la variable edad, no se logró sistematizar por el uso diverso de grupos etareos en cada regional, sujeta generalmente a requerimiento de los programas y a la iniciativa del responsable de estadística que adopta un determinado rango que le facilita el trabajo de sistematización.</p>	<p>Aplicar los grupos etareos identificados en la propuesta del subsistema de morbilidad, los mismos responden a grupos focalizados por los programas para su intervención.</p>
<p>No es novedoso el hecho de encontrar hombres embarazados o con amenaza de aborto, hecho evidenciado en la revisión de la variable Sexo. Por esta situación y por la falta de identificación de la variable en los registros, no ha sido posible inferir en todas las regionales y niveles de atención.</p>	<p>Con relación a la variable sexo es de considerar esta situación, para un mayor control en la transcripción, en el entendido de tener sólo dos alternativas de clasificación de datos (♂ o ♀).</p>
<p>El intento de codificar con la décima o novena revisión el diagnóstico, es una tarea que obliga a los responsables del mismo, a encasillar el diagnóstico identificado por los profesionales médicos según la CIE, o por la falta de especificidad del dato, utilizan grandes agrupaciones; en ambas situaciones la tarea de codificar promueve la distorsión del dato esencial.</p>	<p>Es recomendable, que el profesional médico o responsables en registrar el dato esencial (Diagnóstico o motivo de consulta), describan la especificidad de la naturaleza de la afección principal, con la alternativa de identificar secundariamente las causas externas que determinaron el hecho. Por ejemplo: “Fractura de tercio inferior de tibia, por accidente de tránsito”, “Heridas múltiples de la cabeza, por agresión con objeto cortante”.</p>

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS

<p>Las 10 o 15 principales causas sistematizadas por los hospitales, representan en el mejor de los casos al 30% del total de registros, el resto es clasificado como “Demás Causas” y “Mal Definidas”, hecho no válido para el análisis, porque se deduce que la variabilidad de diagnósticos identificados o carecen de especificidad o la aparición de hechos aislados es tan grande que debiera ser motivo de intervención prioritaria por la política de salud.</p>	<p>Diseñar listas cortas para cada nivel y en cada regional, de causas mas frecuentes, las mismas orientaran la codificación de los registros, la tarea de codificación debe realizarla el médico que registra el dato esencial, como una forma de corroborar la información.</p>
<p>En la revisión de los registros de Centros de Salud, y en los Resúmenes Diarios de Consulta en los hospitales, se evidencia que existen datos con diferentes características a relevar como: la ilegibilidad, el uso de siglas, de sinónimos de enfermedades (Enf. de Hansen), procedimientos y otros que determinan las “Demás Causas” y/o las “Mal Definidas”.</p>	
<p>El SUMI ha logrado en un corto tiempo que el profesional médico aplique normas de registro con codificación propia para enfermedades y para procedimientos, situación que permite afinar el dato de producción con fines administrativos financieros.</p>	
<p>Los programas de salud, si bien impactaron en la atención de los problemas de salud, impactaron también en el personal de salud, en aplicar normas de registro de la información con siglas o nombres que no se ajustan a la CIE. En la actualidad existe una tendencia a organizar los registros por programas y controlar la información según las IRAs., EDAs., ITS, Control Prenatal, Crecimiento del Niño Sano y en lugares epidémicos el registro de las enfermedades transmisibles, escapan de los registros de consulta externa, internaciones o de atención en emergencias y se prioriza el llenado de los formularios de notificación semanal.</p>	<p>Los programas deben adecuar las normas de registro de datos, tomando en cuenta las recomendaciones internacionales.</p> <p>La tendencia del uso de un solo registro para la captura del dato (Historia Clínica), para la sistematización (Cuadernos del SNIS) debe rescatarse promoviendo la adecuación permanente de los mismos a los requerimientos de las programas y no el diseño de otros salvando las inadecuaciones de estos instrumentos.</p>
<p>No se ha evidenciado impacto de los Comités conformados y funcionando en la Revisión del Expediente Clínico o de Auditoria Médica, instancias donde debieran revisar el dato esencial del diagnóstico.</p>	<p>Continuar con el fortalecimiento en la gestión hospitalaria e implementar la conformación y funcionamiento de similares instancias para las redes de salud, con un importante seguimiento a las decisiones tomadas. El ASIS funcionando constituiría el espacio ideal para iniciar el seguimiento a estas actividades.</p>

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
---------------------	------------------------

PERFIL DE MORBILIDAD

<p>El Perfil de Morbilidad registra la incidencia y prevalencia de enfermedades agudas que afectan al sistema respiratorio y digestivo en más de un tercio del total del registro de las principales causas; los menores de 5 años de ambos sexos constituyen el grupo más afectado.</p>	<p>Es necesario incorporar la información secundaria, complementada con la causa externa del daño, así el registro no sólo cumpliría con el análisis de la cobertura.</p>
<p>Los traumatismos en general, constituyen el segundo tercio de las principales causas, traduciendo el momento epidemiológico de causas producidas por un descontrolado desarrollo social.</p>	<p>Aunque la hipótesis de que las causas externas a los traumatismos pasan por las diferentes formas de violencia, accidentes y otros, es importante registrar como Motivo de Consulta o Diagnóstico, la naturaleza de la lesión que ha ocasionado el daño y secundariamente especificar la causa externa esto con fines de asistencia emergente/urgente o preventiva respectivamente.</p>
<p>Las Infecciones de las vías urinarias con una concentración mayor en mujeres, ocupan entre las principales causas, como motivo de consulta externa, hospitalización y atención de emergencias</p>	<p>Analizar la presentación frecuente de estas infecciones y sobre todo en mujeres en edad reproductiva, este dato incide en el subregistro del “Aborto, sin ninguna especificación”, información que tiene un importante componente médico legal.</p>
<p>Las enfermedades transmisibles se registran entre las principales causas en agrupaciones, con variaciones según la región.</p> <p>El registro regular de las mismas, no esta disponible en su totalidad en los cuadernos y registros de consulta externa, hospitalización y atención de emergencias, debido a la priorización del llenado del formulario de notificación semanal.</p>	<p>Mejorar el seguimiento en el registro de los cuadernos o instrumentos correspondientes según el tipo de atención (Consulta Externa, Internación y Emergencias).</p> <p>Si la notificación semanal permite tomar decisiones, la información regular mensual permite analizar datos en general, como el Perfil de Morbilidad.</p>
<p>Las enfermedades agudas y crónicas no transmisibles, ocupan el resto de causas. Si bien la transición epidemiológica describe el estadio de la presentación de estos problemas de salud, como resultado del control de enfermedades transmisibles e infecciosas agudas, en Bolivia, aún no podemos definir esta situación, por la excesiva información mal registrada, no sistematizada y menos analizada.</p>	<p>Incorporar a nivel hospitalario el seguimiento y control del registro de las Enfermedades no Transmisibles más frecuentes, diseñando Listas Cortas de base para ser adecuadas en cada establecimiento.</p>

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
BID – OPS/OMS

<p>La intervención de los programas en salud dirigidos a disminuir la morbi – mortalidad de las principales causas registradas, conlleva al sub o mal registro de la información de otras causas motivo de consulta.</p>	<p>El análisis de problemas de salud en un contexto general, permite la interrelación del análisis epidemiológico no excluyente, de esta forma admitiremos que no sólo somos un país multi y pluricultural, sino que las enfermedades y problemas de salud son tan diversos pero no aislados, en consecuencia es de esperar que la aparición de unos condiciona la desaparición y aparición de otros, o viceversa; las condicionantes o determinantes para las apariciones o desapariciones también son parte de la interrelación, por lo tanto el SNIS debe promover la premisa de integrar la información sin perder su especificidad para el registro de la Morbilidad.</p>
--	--