



Ministerio
**de Salud
Pública**

Área de Salud
de la Población

Departamento de
Vigilancia en Salud

Normas nacionales para el registro de egresos hospitalarios

Octubre, 2022



msp.gub.uy

Área de Salud de la Población

Dirección: Alfonso, Adriana

Departamento de Vigilancia en Salud

Dirección: Alegretti, Miguel

Asesores

Ferreira, Alicia: Docente de Terminología Médica. Carrera de Licenciatura en Registros Médicos. Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Facultad de Medicina, Universidad de la República.

León, Ima: Dirección de sistemas de información en salud. Dirección General de Salud. Ministerio de Salud Pública.

Autores:

Alegretti, Miguel

Ferreiro, María del Carmen

Gagliano, Gustavo

Griot, Karina

Última actualización 2022:

Integrantes del sector de Vigilancia de enfermedades no transmisibles:

Bittar, Griselda

Griot, Karina

Internos de la Licenciatura en Registros Médicos. Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Índice

Introducción.....	4
Consideraciones y conceptos generales.....	5
Requisitos para el envío de los egresos.....	6
Criterios para la codificación de diagnósticos y procedimientos.....	6
Variables y formato de la planilla de egresos.....	8
Control de calidad de las bases institucionales.....	10
Anexos.....	12
Referencias bibliográficas.....	16

1. Introducción

Con el propósito de fortalecer la función de rectoría, el Ministerio de Salud Pública está realizando esfuerzos para mejorar la calidad de la información requerida para la toma de decisiones en salud.

Los datos de los egresos hospitalarios constituyen una herramienta para la aproximación a la morbilidad, a las necesidades y a las demandas en salud. Asimismo, permiten realizar análisis con diferentes enfoques sobre la situación sanitaria, la gestión y la fiscalización, entre otros.

Estos enfoques implican diferentes conceptualizaciones o definiciones operacionales de los egresos:

- Desde el punto de vista de la gestión como unidad de producción hospitalaria
- Desde el punto de vista epidemiológico como evento de morbilidad que requirió hospitalización.

El presente documento está dirigido a protocolizar el proceso de información de los eventos de morbilidad y no de los egresos como unidad de producción, tal como establece el Sistema Nacional de Información (SINADI).

Anualmente los prestadores de salud deben enviar al Departamento de Vigilancia en Salud información sobre los egresos hospitalarios de los pacientes inscriptos en sus padrones, según el Contrato de Gestión suscrito entre la Junta Nacional de Salud (SNIS) y los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud (Decreto N°81/012) en su quincuagésima disposición general.

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

El objetivo de la presente norma es establecer los requisitos para el registro de los egresos hospitalarios como eventos de morbilidad institucionales y uniformizar aspectos vinculados a: formato, variables, completitud, coherencia interna, adecuación del diagnóstico principal y nivel de detalle de la codificación.

La aplicación de estas normas estará sujeta a modificaciones y actualizaciones ante cambios como la implementación de la historia clínica electrónica nacional u otros que esta Secretaría de Estado considere.

2. Consideraciones y conceptos generales

Un egreso hospitalario (desde la perspectiva de evento de morbilidad) se produce cuando se le otorga el alta hospitalaria al paciente luego de culminado el episodio de morbilidad por el cual estuvo internado en uno o más niveles de atención y en uno o más establecimientos.

El egreso se puede producir por alta a domicilio o fallecimiento.

Tienen obligación de informar los egresos de sus afiliados:

- prestadores integrales de salud del SNIS (IAMC, ASSE, Sanidad Militar, Sanidad Policial, Seguros Privados) según el Decreto N° 81/012
- prestadores parciales (BSE, BPS, Hospital de Clínicas)

Desde la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) la institución prestadora tiene responsabilidad por sus afiliados, tanto se asistan en la propia institución como en otro establecimiento de salud. En consecuencia, los egresos deben codificarse e informarse independientemente del establecimiento en el cual se internó el usuario, por ejemplo, usuarios de un prestador de salud internados en un IMAE o en servicios tercerizados como internaciones psiquiátricas o cuidados intensivos.

Por tanto, es obligación de cada institución contar con la historia clínica de la internación de sus usuarios aunque esta ocurra en otro establecimiento.

La variable “días de estadía” debe calcularse como la diferencia entre la fecha de egreso definitiva (alta o fallecimiento) y la de ingreso que generó el evento de morbilidad, aunque ocurran en diferentes establecimientos. De esta forma, los días de estadía corresponden al tiempo en el cual el usuario estuvo internado por un mismo evento de morbilidad.

Se excluyen como egresos hospitalarios:

- los pacientes asistidos en forma ambulatoria, en emergencia e internación domiciliaria
- los correspondientes a los códigos Z37 (“producto del parto”) y Z38 (“nacido vivo según lugar de nacimiento”)

3. Requisitos para el envío de los egresos

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

Los prestadores que cuentan con sedes secundarias deben enviar la información unificada en un solo archivo.

La base de datos debe enviarse utilizando la plataforma web a la que se accede con una clave institucional, creada para preservar la seguridad y confidencialidad de los datos.

4. Criterios para la codificación de diagnósticos y procedimientos

La codificación de diagnósticos se realizará utilizando la “Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud”, Décima Revisión (CIE-10), Edición 2018.

La codificación de procedimientos se realizará de acuerdo a la lista de procedimientos en Medicina de la “Clasificación Internacional de Enfermedades”, Novena revisión, Modificación clínica (CIE9-MC), Vol. 3, Edición 2009.

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

- Los registros de egresos codificados con los códigos del cap. XIX (S00-T98), deben contar con un código adicional que especifique el mecanismo o intencionalidad.
- El mecanismo o intencionalidad de la lesión debe registrarse en la columna "causa externa" ubicada a continuación del diagnóstico principal.
- Los códigos del cap. XX (V01-Y98) no deben figurar como diagnóstico principal sino que deben estar como adicionales a códigos del cap. XIX en la columna "causa externa"
 - No deben figurar como causas externas los códigos de "Factores suplementarios relacionados con causas de morbilidad y de mortalidad clasificadas en otra parte" (Y90 - Y98)
 - No deben figurar como causas externas los códigos no aplicables a Uruguay: X34, X35, Y36, Y35.1, Y35.4, Y35.5
- Los registros de egresos cuyo código principal es daga, deben contar con un código adicional asterisco cuando corresponda.
- No incluir la daga o el asterisco en la celda correspondiente al código (por ej.: cuando el código es D77*, en la celda debe figurar únicamente D77).
- No deben figurar como códigos principales los agentes infecciosos (B95-B97) sino que deben estar como adicionales a un diagnóstico.
- En el caso de egresos fallecidos, la codificación debe responder a las reglas para morbilidad.

Algunos aspectos importantes a tener en cuenta para la codificación con la CIE9-MC:

- Si el paciente tuvo una intervención quirúrgica durante el episodio de internación, este debe figurar como procedimiento principal.
- Si el paciente tuvo dos o más intervenciones quirúrgicas durante el episodio, el procedimiento principal debe ser el de mayor complejidad y/o de mayor duración.

- Si el paciente no tuvo intervenciones quirúrgicas (ni por vía endoscópica), el procedimiento principal a codificar será otro, por ejemplo, si estuvo en asistencia ventilatoria mecánica este procedimiento será considerado como el principal (códigos 96.70, 96.71 96.72, según duración).

5. Variables y formato de la planilla de egresos

Los egresos deben estar registrados en una planilla de cálculo (Excel o Calc) en una única hoja, que debe tener como primera fila aquella en la que conste el nombre de las variables en el orden establecido. No agregar filas con títulos, logos, etc.

En la siguiente tabla se muestran las variables solicitadas, las condiciones y formato de la planilla de cálculo.

Variable	Condiciones	Formato de celda	Ejemplo
Tipo documento	Texto en mayúsculas, sin tilde. Documento uruguayo "CI", otro país emisor de documento "EXTRANJERO"	Texto	EXTRANJERO
Documento	Sin puntos ni guiones, incluyendo el dígito verificador, todo en la misma celda	Numérico	12345678
Primer nombre	Texto en mayúsculas sin tilde	Texto	MARIA
Segundo nombre	Texto en mayúsculas sin tilde	Texto	
Primer apellido	Texto en mayúsculas sin tilde	Texto	PEREZ
Segundo apellido	Texto en mayúsculas sin tilde	Texto	
Sexo ¹	Si corresponde al sexo femenino deberá figurar "F"; sexo masculino "M" (en mayúscula)	Texto	F
Fecha de nacimiento	Registrar día y mes con dos dígitos, año con cuatro dígitos	Formato fecha dd/mm/aaaa	01/08/1964
Edad	En años. Si el paciente es menor de 1 año deberá figurar "0"	Numérico	52

¹ Sexo biológico

Departamento	Registrar departamento de residencia del paciente (mayúsculas sin tilde)	Texto	RIO NEGRO
Fecha de ingreso	Registrar día y mes con dos dígitos, año con cuatro dígitos	Formato fecha dd/mm/aaaa	01/08/2015
Fecha de egreso	Registrar día y mes con dos dígitos, año con cuatro dígitos	Formato fecha dd/mm/aaaa	09/08/2015
Días de estadía	Número de días entre la fecha de ingreso y egreso. Si la persona egresa el mismo día que ingresó registrar 1	Numérico	10
Diagnóstico principal según CIE-10	Registrar el diagnóstico principal según la CIE-10 (en mayúscula, sin espacio, ni barras, coma, asterisco ni guiones, usar solamente punto cuando corresponda). Todos los caracteres en la misma celda	Texto	S42.0
Causa externa	Registrar código correspondiente a causa externa, solamente en los casos en que en diagnóstico primario se haya indicado código del capítulo XIX. Todos los caracteres en la misma celda.	Texto	V01.2
Diagnóstico complementario de la CIE-10	Registrar un código complementario cuando el diagnóstico principal corresponde a: - un código coma - una enfermedad infecciosa que requiera especificar el agente (B95-B97)	Texto	G02.1
Diagnósticos secundarios o de comorbilidades según CIE-10	Registrar otro código cuando el paciente tiene otros diagnósticos además del principal. Todos los caracteres en la misma celda. Enviar tantos códigos como la institución registre, en columnas separadas.	Texto	V80.1
Procedimiento principal según CIE-9MC	Registrar el código de procedimiento de acuerdo a la CIE-9MC (sin espacio, barras ni guiones, usar solamente punto).	Texto	42.54
Otros procedimientos según CIE-9MC	Registrar otro código de procedimiento (sin espacio, barras ni guiones, usar solamente punto). Enviar hasta 5 columnas separadas.	Texto	04.11
Condición al egreso	Alta o fallecido (en mayúscula).	Texto	FALLECIDO

Se agregan 2 columnas:

- “Tipo documento” donde se consignará si el documento indicado en la siguiente columna corresponde a CI o documento extranjero.
- “Causa externa”, ubicada a continuación de “Diagnóstico principal según CIE-10”, la cual se utilizará únicamente para consignar códigos suplementarios a los S y T del diagnóstico principal.

6. Control de calidad de las bases institucionales

Una vez recibida la base de datos de cada institución, el Departamento de Vigilancia en Salud realizará el control de calidad de cada una de acuerdo a un protocolo elaborado para tal fin y según los resultados se informará su aceptación o se podrá solicitar su revisión.

Los aspectos a tener en cuenta serán:

6.1. Presentación de las variables y formato

Se verificará que todas las variables que fueron solicitadas se encuentren en el orden predeterminado y según el formato requerido.

6.2. Completitud de algunas variables

Se entiende por tal que deben contener el dato completo en el 100% de los registros, en las siguientes variables: Tipo de documento, documento, sexo, edad, diagnóstico principal según la CIE-10.

6.3. Unificación de evento sanitario

Se controlará que para el mismo documento no existan fechas consecutivas de Egreso e Ingreso. Aquellos que generen alerta se enviarán a las instituciones para su verificación.

6.4. Adecuación del diagnóstico principal

6.4.1 Se controlará que los egresos correspondientes a los códigos R y Z no superen el 5% del total de egresos

6.4.2 Se controlará que no existan egresos de recién nacidos sanos, quienes están en internación conjunta con la madre (Z37 y Z38)

6.4.3 Se controlará que el código T14 "Traumatismos de regiones no especificadas del cuerpo", no supere el 1% de los registros de códigos del cap. XIX

6.5. Nivel de detalle de la codificación

La codificación CIE-10 debe incluir 4 caracteres (letra, dos dígitos, punto y un dígito) cuando corresponda. Es admitido como máximo un 5% de egresos con 3 caracteres (sin tomar en cuenta los códigos que no tienen más de 3).

6.6. Control de la variable edad

La edad debe estar comprendida entre 0 y 110 años. Fuera de este rango se generará una alerta para verificar el valor consignado.

6.7. Control de los días de estadía

Los días de estadía deben estar comprendidos entre 1 y 365 días. Fuera de este rango se generará una alerta para verificar el valor consignado.

6.8. Consistencia de sexo – diagnóstico principal

En este sentido se tendrán en cuenta las categorías limitadas a un sexo según las recomendaciones de la CIE-10, Vol. 2. (Anexos 1 y 2)

6.9. Consistencia de sexo – procedimiento

Se tendrán en cuenta los procedimientos limitados a un sexo según la CIE-9MC. (Anexo 3)

7. Condición al egreso

Se especificará la condición en la que finaliza el período de internación hospitalaria registrado en la fila.

8. Anexos

Anexo 1. Códigos sólo aplicables al sexo masculino.

Códigos	Descripción
B26.0	Orquitis por parotiditis
B37.4 N51.2	Candidiasis de otras localizaciones urogenitales: balanitis debida a cándida
C60-C63	Tumores malignos de los órganos genitales masculinos
D07.4D07.6	Carcinoma in situ del pene, carcinoma in situ de la próstata, carcinoma in situ de otros órganos genitales masculinos y de los no especificados
D17.6	Tumor benigno lipomatoso del cordón espermático
D29.-	Tumor benigno de los órganos genitales masculinos
D40.-	Tumor de comportamiento desconocido de órganos genitales masculinos
E29.-	Disfunción testicular
E89.5	Hipofunción testicular consecutiva a procedimientos
F52.4	Eyaculación precoz
I86.1	Várices escrotales
L29.1	Prurito escrotal
N40-N51	Enfermedades de los órganos genitales masculinos
Q53-Q55	Testículo no descendido, hipospadias, otras malformaciones congénitas de los órganos genitales masculinos
R86	Hallazgos anormales en muestras tomadas de órganos genitales masculinos
S31.2-S31.3	Herida del pene, herida del escroto y de los testículos
S37.8	Traumatismo de otros órganos pélvicos
Z12.5	Examen de pesquisa especial para tumor de la próstata

Anexo 2. Códigos sólo aplicables al sexo femenino.

Códigos	Descripción
A34	Tétanos obstétricos
B37.3 N77.1	Candidiasis de la vulva y de la vagina
C51-C58	Tumores malignos de los órganos genitales femeninos
C79.6	Tumor maligno secundario del ovario
D06.	Carcinoma in situ del cuello del útero
D07.0D07.3	Carcinoma in situ del endometrio, carcinoma in situ de la vulva, carcinoma in situ de la vagina, carcinoma in situ de otros sitios de órganos genitales femeninos y de los no especificados
D25-D28	Leiomioma de útero, otros tumores benignos del útero, tumor benigno del ovario, tumor benigno de otros órganos genitales femeninos y de los no especificados
D39	Tumor de comportamiento incierto o desconocido de los órganos genitales femeninos
E28	Disfunción ovárica
E89.4	Insuficiencia ovárica consecutiva a procedimientos
F52.5	Vaginismo no orgánico
F53.	Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificadas en otra parte
I86.3	Várices de la vulva
L29.2	Prurito vulvar
L70.5	Acné excoriado de la mujer joven
M80.0M80.1	Osteoporosis postmenopáusica con fractura patológica, Osteoporosis postoooforectomía con fractura patológica
M81.0M81.1	Osteoporosis postmenopáusica sin fractura patológica, Osteoporosis postoooforectomía sin fractura patológica
M83.0	Osteomalacia puerperal
N70-N98	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos, enfermedades no inflamatorias de los órganos genitales femeninos
N99.2-N99.3	Adherencias postoperatorias de la vagina, prolapso de la cúpula vaginal después de histerectomía

O00-O99	Embarazo, parto y puerperio
P54.6	Hemorragia vaginal neonatal
Q50-Q52	Malformaciones congénitas de los ovarios, de las trompas de Falopio y de los ligamentos anchos, malformaciones congénitas del útero y del cuello uterino, otras malformaciones congénitas de los órganos genitales femenino
R87	Hallazgos anormales en muestras tomadas de órganos genitales femeninos
S31.4	Herida de la vagina y de la vulva
S37.4-S37.6	Traumatismo de ovario, traumatismo de la trompa de Falopio, traumatismo del útero
T19.2-T19.3	Cuerpo extraño en vulva y vagina, cuerpo extraño en útero [cualquier parte]
T83.3	Complicación mecánica de dispositivo anticonceptivo intrauterino
Y76.	Dispositivos ginecológicos y obstétricos asociados con incidentes adversos
Z01.4	Examen ginecológico (general) (de rutina)
Z12.4	Examen de pesquisa especial para tumor de cuello uterino
Z30.1	Inserción de dispositivo anticonceptivo (intrauterino)
Z30.3	Extracción menstrual
Z30.5	Supervisión del uso de dispositivo anticonceptivo (intrauterino)
Z31.1	Inseminación artificial
Z31.2	Fecundación in vitro
Z32-Z36	Examen y prueba del embarazo, estado del embarazo, incidental, supervisión de embarazo normal, supervisión de embarazo de alto riesgo, pesquisas prenatales
Z39	Examen y atención del postparto
Z43.7	Atención de vagina artificial
Z87.5	Historia personal de complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio
Z97.5	Presencia de dispositivo anticonceptivo (intrauterino)

Anexo 3. Códigos de procedimientos de acuerdo al sexo.

Códigos	Descripción
60-64	Operaciones sobre órganos masculinos
65-71	Operaciones sobre órganos genitales femeninos
72-75	Procedimientos obstétricos

9. Referencias bibliográficas

1. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión. (Publicación Científica; 554) Washington, D.C.: OPS, 1995.
2. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión. Modificación Clínica. Editado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014.



Avenida 18 de Julio 1892,
Montevideo, Uruguay.
Tel.: 1934.



msp.gub.uy