


ANÁLISIS DE DATOS PARA EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE ÁREA EL BOLSÓN.

NOTIFICACIONES DE INTENTOS DE SUICIDIO, PLANILLA
DE ESTADÍSTICA PROVINCIAL Y REGISTRO INTERNO DE
ATENCIÓN.

M. Vet. Epidemióloga Marisol Cárdenas
Servicio de Epidemiología HAEB.



INTENTOS DE SUICIDIO

NOTIFICACIONES.



EVENTO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

FICHA AQUÍ

Ministerio de Salud
Argentina

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
FORMULARIO PARA EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA
ACTUALIZACIÓN 31/05/2023

Definición de Caso INTENTO DE SUICIDIO: todo comportamiento para el que existe intención, implícita o explícita, de intencionalidad de privarse la muerte.

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: _____
Provincia: _____ Departamento: _____
Fecha de notificación: ____/____/____ Apellido y nombre del notificador/a: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

(A) notificar en SNV52.0 consignar datos del notificador en el campo "Observaciones del evento"

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

(*) Tipo de documento: D.N.I. DOC EXTRANJERO ROC NI País de emisión: _____
(*) Nombre: _____ (*) Apellido: _____
(*) Sexo según Formulario: Masculino No binario
Género: Mujer Cis Varón Cis Mujer Trans Varón Trans Disconcorda Otro: _____
Etnia: Decimonada/a Sabe/a Casaca/a Guineense/a Vial/a Separada/a Unión Convidencia

(*) Fecha de nacimiento: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)
Provincia de residencia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
Domicilio de residencia (Calle / Manzana): _____ Nº: _____ Pta: _____ Depo: _____ Cód. Postal: _____
Cobertura Social: _____ Situación laboral: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Responsable a Cargo (referente vincular) DNI: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

(A) notificar en SNV52.0 consignar datos de Interés o del Responsable a Cargo en el campo "Observaciones del evento"

CLASIFICACIÓN DE CASO

En este apartado se define en SNV el intento de suicidio, es obligatorio seleccionar los siguientes campos:
(*) Grupo de eventos en SNV52.0: intenciones intencionales
(*) Evento: intento de suicidio

Con Resultado Mortal	<input type="radio"/>
Sin Resultado Mortal	<input type="radio"/>

INFORMACIÓN CLÍNICA

(*) Fecha de primera consulta: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)
(*) Fecha de ocurrencia del evento (SNV 2.0: consignar en "Fecha de inicio de síntomas"): ____/____/____ (DD/MM/AAAA)

Estudio situacional del evento

Ataque o movilidad (SNV 2.0: consignar en sección "signos y síntomas")

Desarrollo, entorpecimiento o rotación	<input type="checkbox"/>	Síntoma vital	<input type="checkbox"/>	Agrupamiento por sumatorio	<input type="checkbox"/>	Saltar desde un lugar elevado	<input type="checkbox"/>
Arrojarse o colgarse desde da objeto en movimiento	<input type="checkbox"/>	Disparo de armas de fuego	<input type="checkbox"/>	Objeto cortante	<input type="checkbox"/>	Subministración de medicamentos	<input type="checkbox"/>

Otro: _____

¿Señal desde ocurrir el evento (SNV 2.0: consignar en sección "signos y síntomas")

Via pública	<input type="checkbox"/>	Vivienda	<input type="checkbox"/>	Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	Establecimiento educativo	<input type="checkbox"/>	Institución reclusiva	<input type="checkbox"/>	Establecimiento de salud	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	----------	--------------------------	------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Otro: _____

¿Fue bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva al momento del evento: SI NO

Sección Comorbilidades

Situaciones clínicas referidas (SNV 2.0: consignar en sección "comorbilidades")

Enfermedad clínica	<input type="checkbox"/>	Enfermedad grave o terminal de referente vincular	<input type="checkbox"/>	Sin antecedentes	<input type="checkbox"/>
Enfermedad terminal	<input type="checkbox"/>	Enfermedad degenerativa	<input type="checkbox"/>	Sin datos	<input type="checkbox"/>

Otro (especificar cuál): _____

¿Presenta alguna condición discapacitante: SI NO

¿Antecedentes de consumo problemático previo (SNV 2.0: consignar en sección "comorbilidades")

Alcohol	<input type="checkbox"/>	Cocaína	<input type="checkbox"/>	Psicofármacos, anestésicos NO recetados	<input type="checkbox"/>	Sin antecedentes	<input type="checkbox"/>
Mérfuama	<input type="checkbox"/>	Otros de diseño	<input type="checkbox"/>	Psicofármacos, anestésicos recetados por profesional de la salud	<input type="checkbox"/>	Sin datos	<input type="checkbox"/>

Otro: _____

Sección Diagnóstico Referido

Problemática de salud mental: SI NO

Sección Tratamiento (Intervención del intento de suicidio)

Por utilidad clínica: SI NO
Por problemáticas de salud mental: SI NO

Sección Intervención

Intervenido SI NO Fecha: ____/____/____ HT: SI NO Fecha: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)
Atención Respiratoria Médica SI NO Fecha: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)
Fallecido SI NO Fecha: ____/____/____ (DD/MM/AAAA) (si el FALLECIMIENTO ocurre durante la intervención y antes de notificar en SNV, cambiar la clasificación del caso a "con resultado Mortal" registrando la entienda en esta misma ficha.)

Firma y aclaración del notificador/a: _____

Distribución de casos de intento de suicidio según sexo.

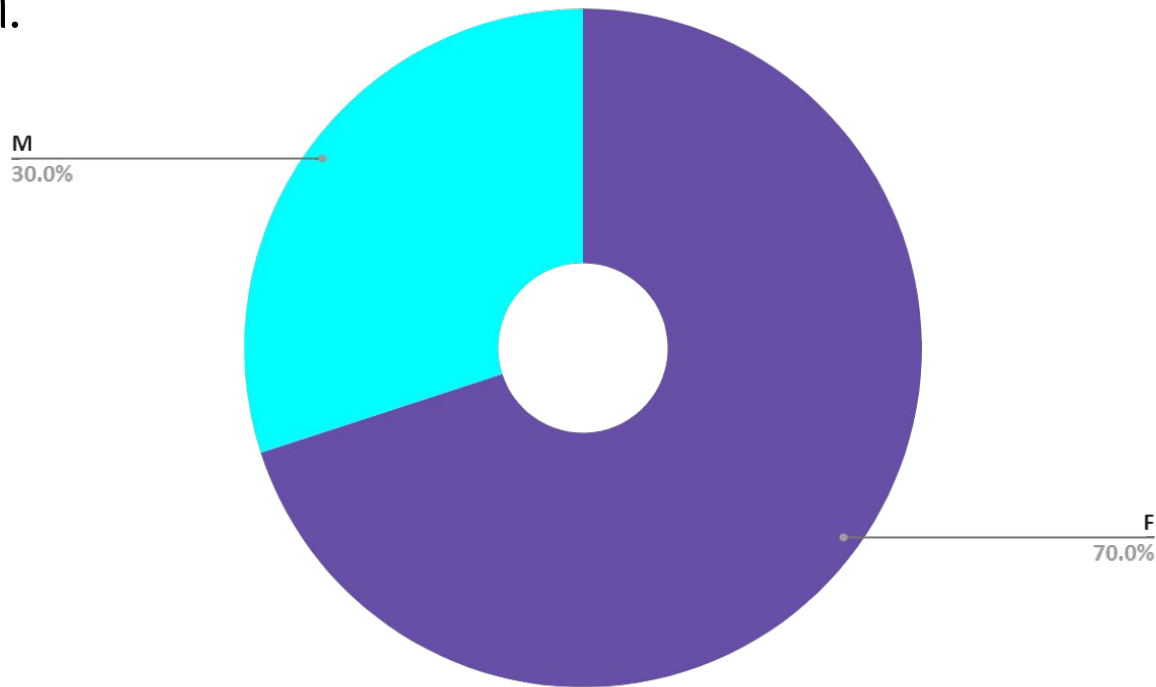
Hospital de Área El Bolsón.

SE 14 a SE 31 2023.

N: 11.

SIN RESULTADO
MORTAL **10**

CON RESULTADO
MORTAL **1**



Mecanismo de ejecución y lugar de ocurrencia de casos de intento de suicidio.

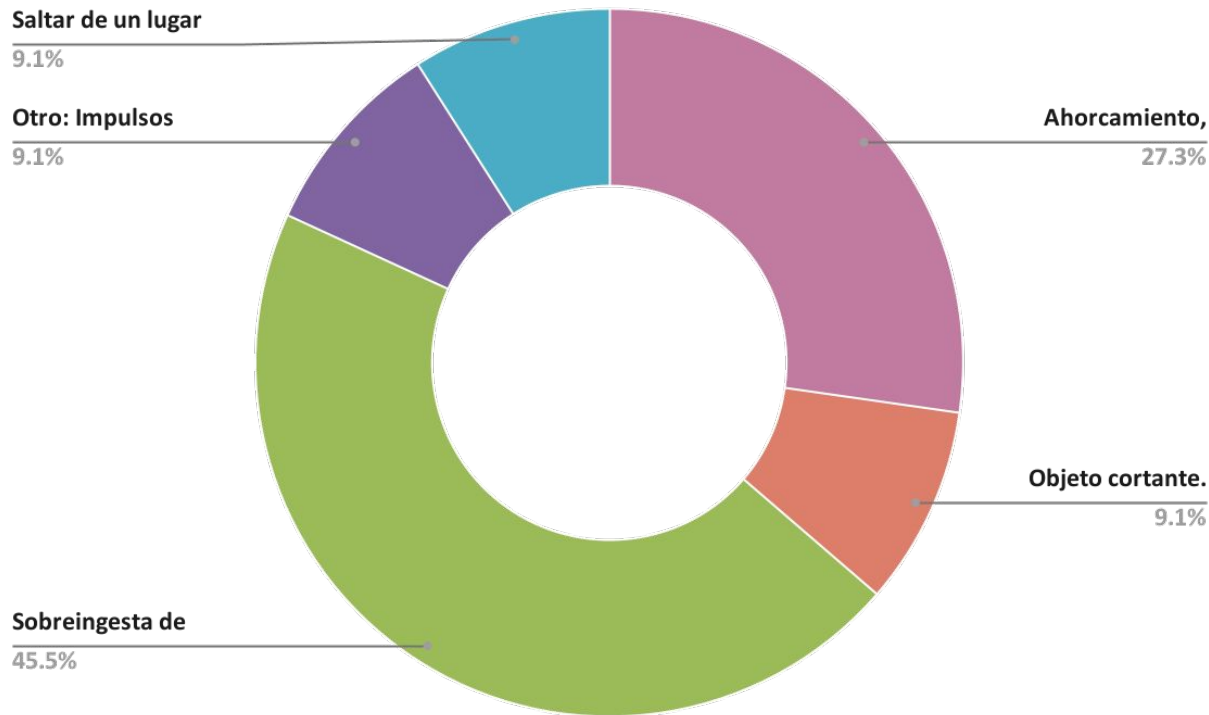
Hospital de Área El Bolsón.

SE 14 a SE 31 2023.

N: 11.

LUGAR DE
OCURRENCIA:

VIVIENDA
100%



Domicilio y edad de casos de intentos de suicidio.

Hospital de Área El Bolsón.

SE 14 a SE 31 2023.

N: 11.

PROMEDIO:

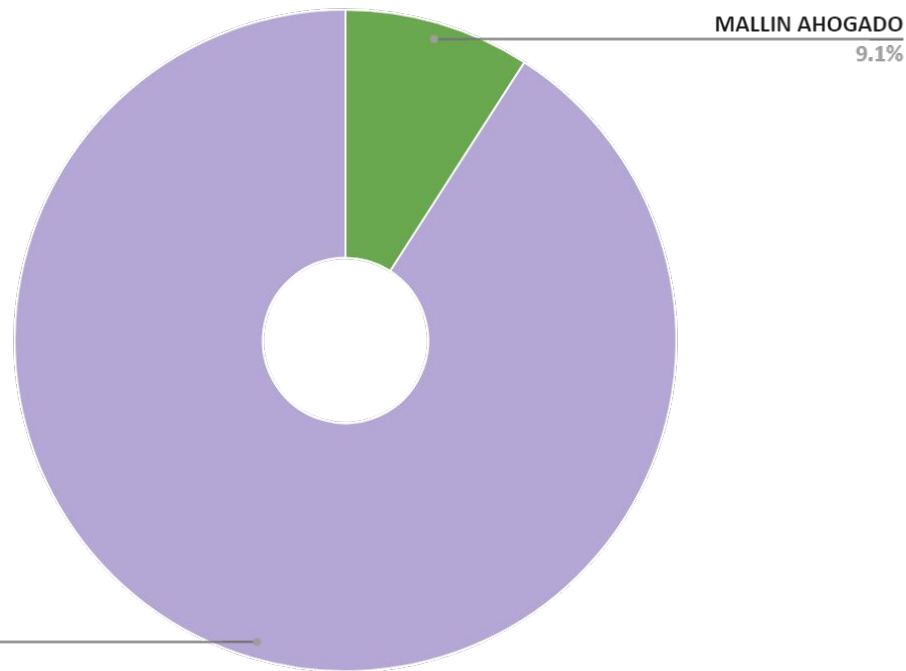
35 años

MODA:

16 años

RANGO:

15 A 69 años





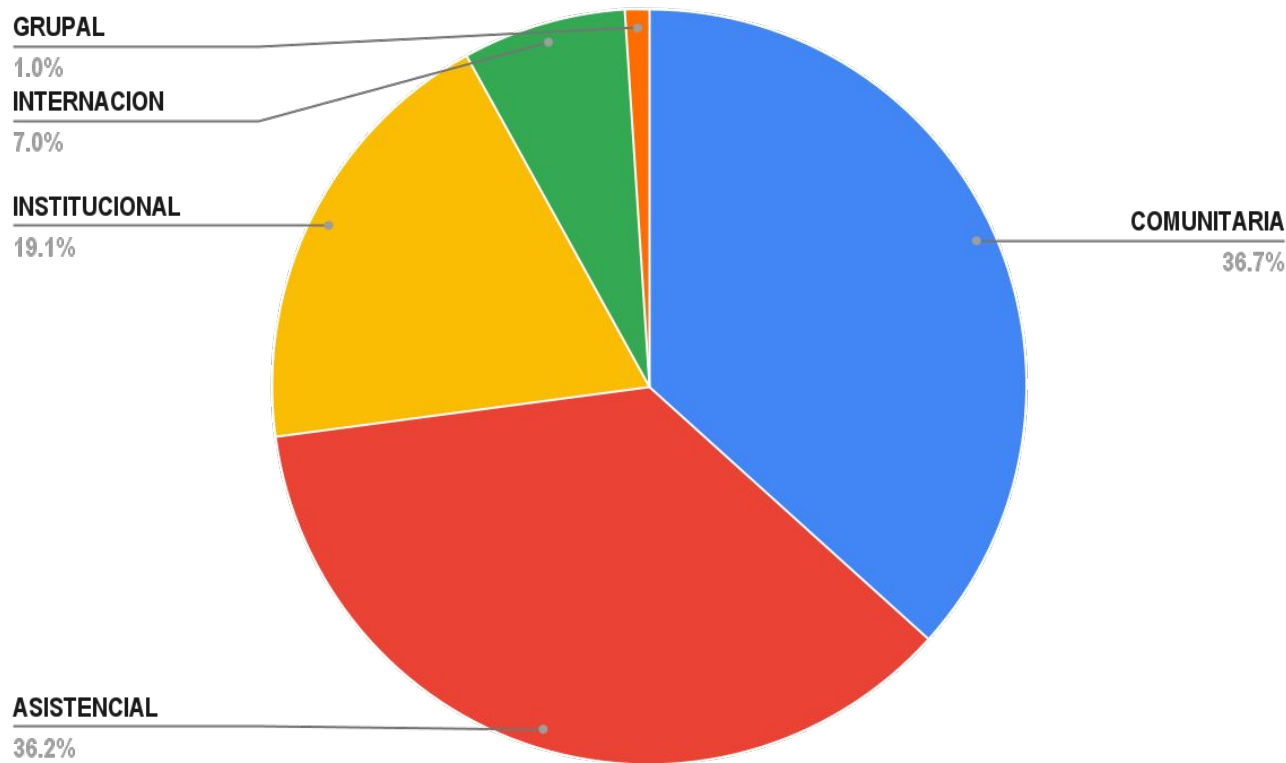
ESTADÍSTICAS PROVINCIALES

Consolidado de Consultas y
Actividades de Salud Mental



Proporción de actividades realizadas según dimensión.

Servicio de Salud
Mental HAEB.
Junio y Julio 2023.
N: 718.



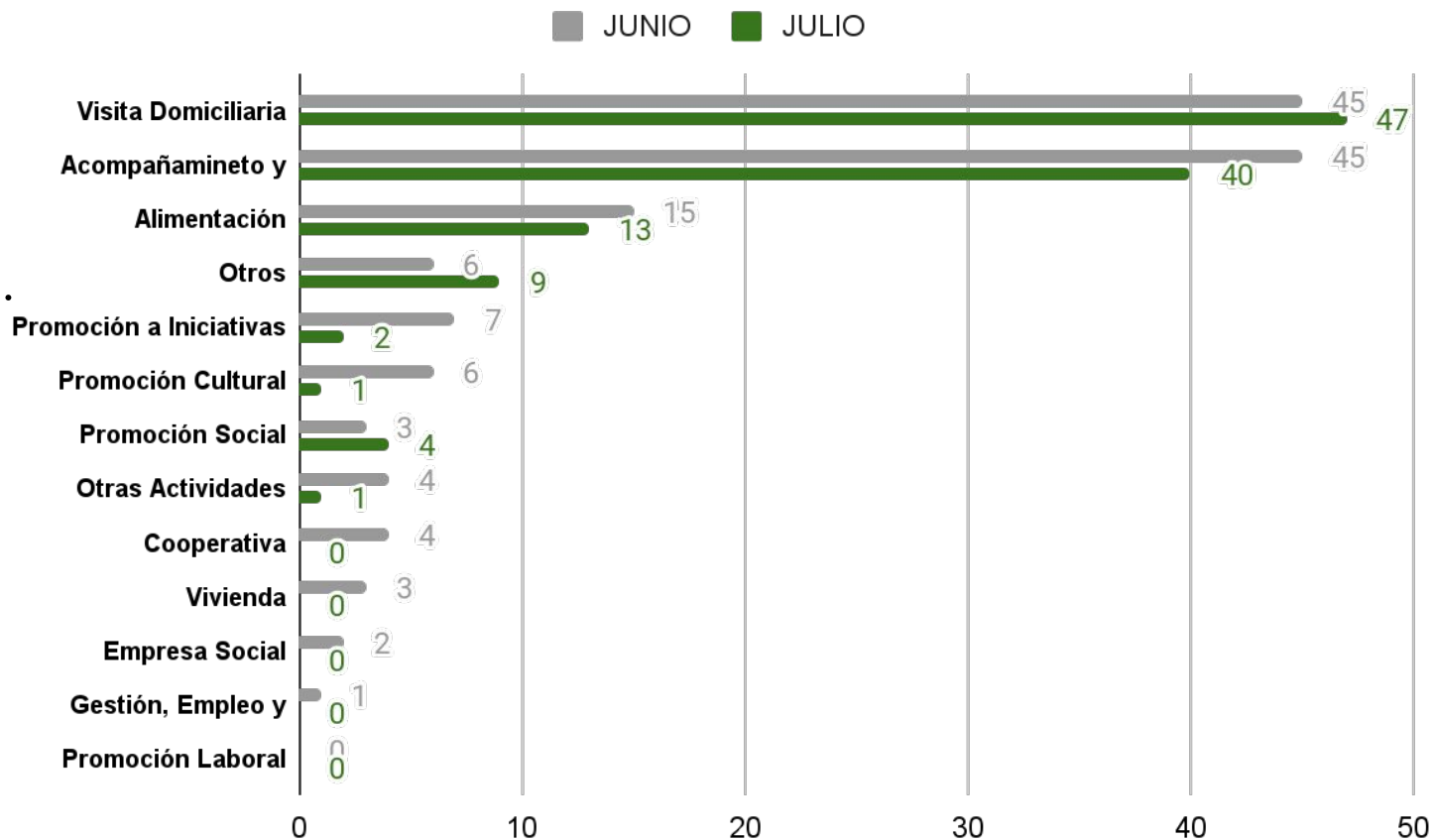
Cantidad y tipo de actividad comunitaria.

Servicio de Salud

Mental HAEB.

Junio (n: 141) y

Julio (n: 117) 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de planilla de consolidación de resumen diario mensual.

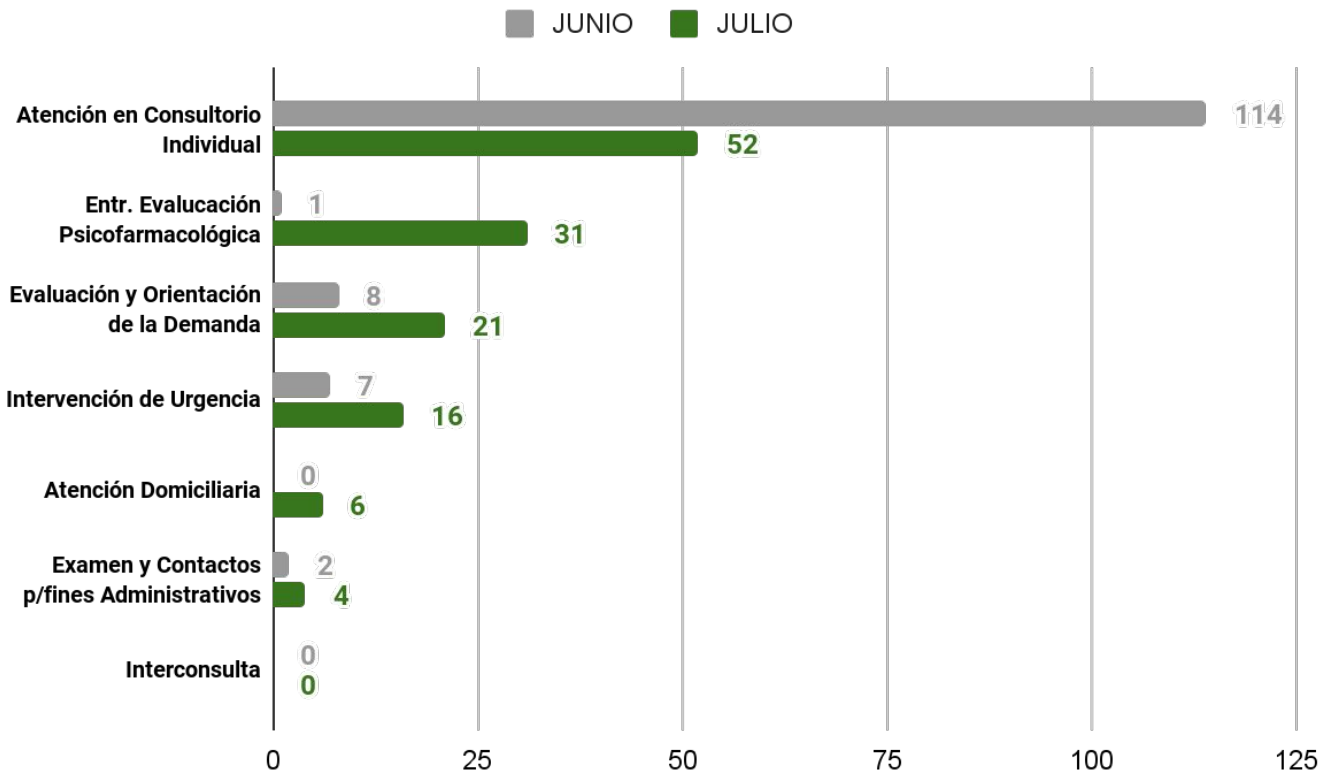
Cantidad y tipo de actividad asistencial individual.

Servicio de Salud

Mental HAEB.

Junio (n: 132) y

Julio (n: 130) 2023.



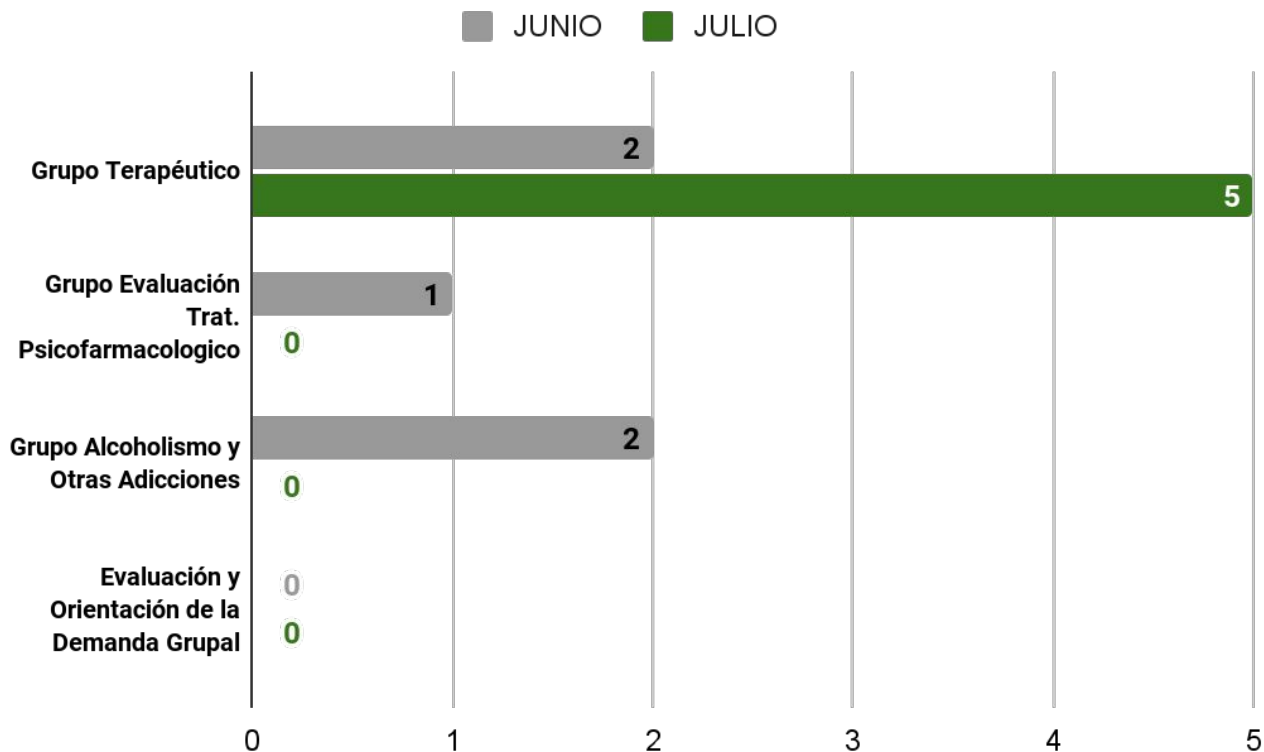
Cantidad y tipo de actividad grupal.

Servicio de Salud

Mental HAEB.

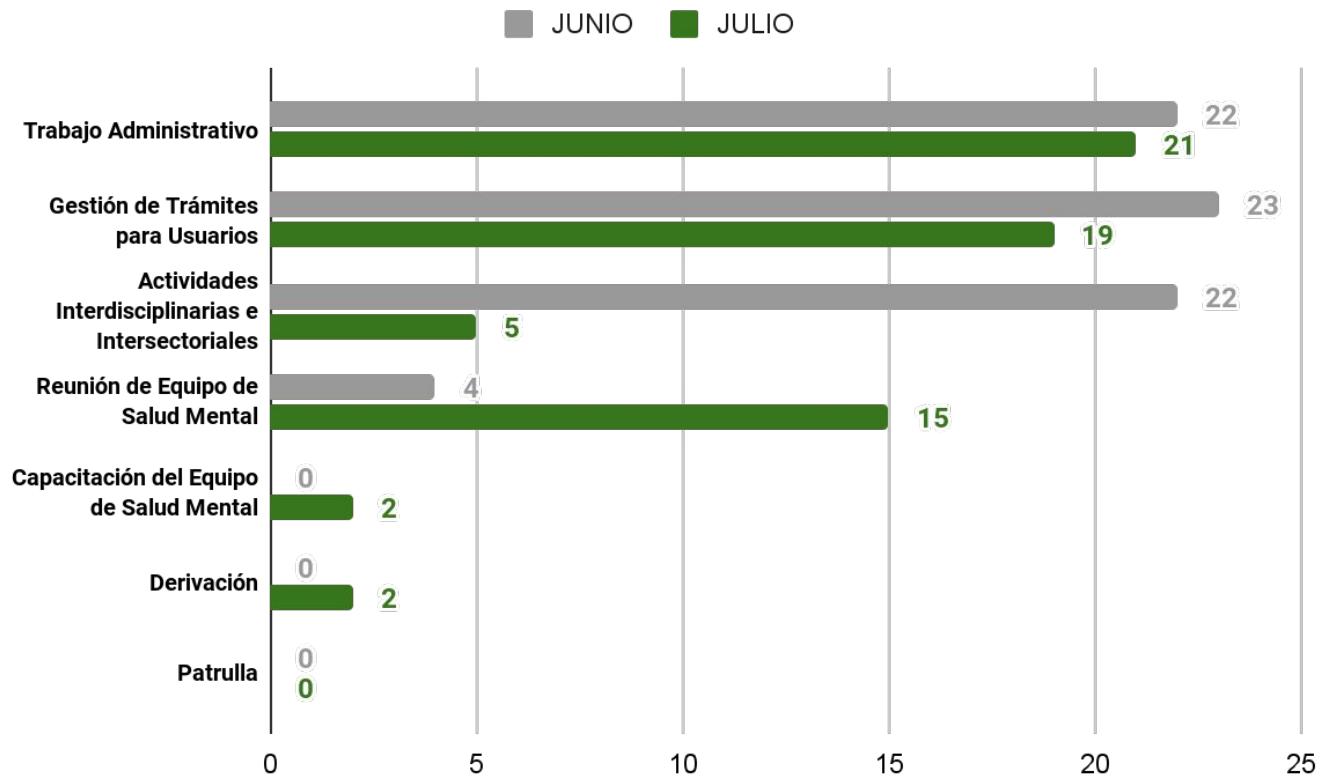
Junio (n: 5) y

Julio (n: 5) 2023.



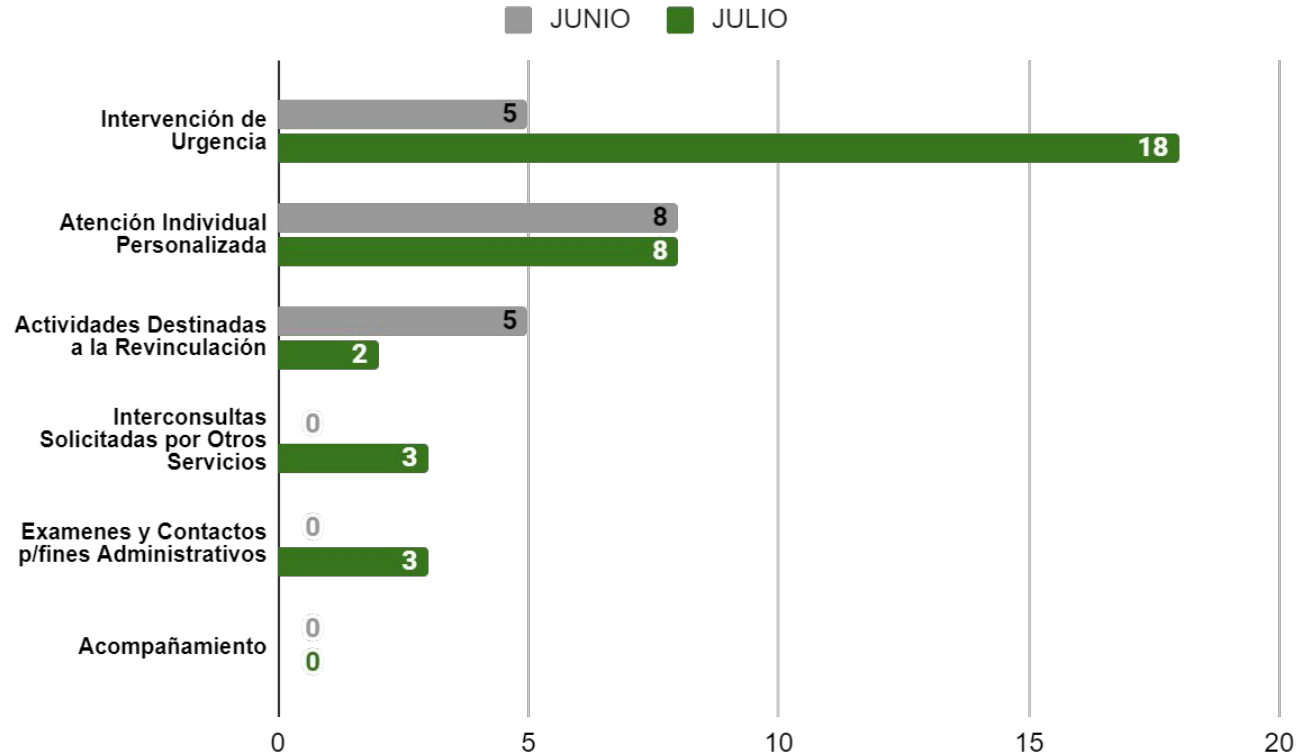
Cantidad y tipo de actividad institucional.

Servicio de Salud
Mental HAEB.
Junio (n: 71) y
Julio (n: 64) 2023.



Cantidad y tipo de actividad en la internación.

Servicio de Salud
Mental HAEB.
Junio (n: 18) y
Julio (n: 34) 2023.





REGISTRO INTERNO

GOOGLE FORM DE ATENCIÓN.

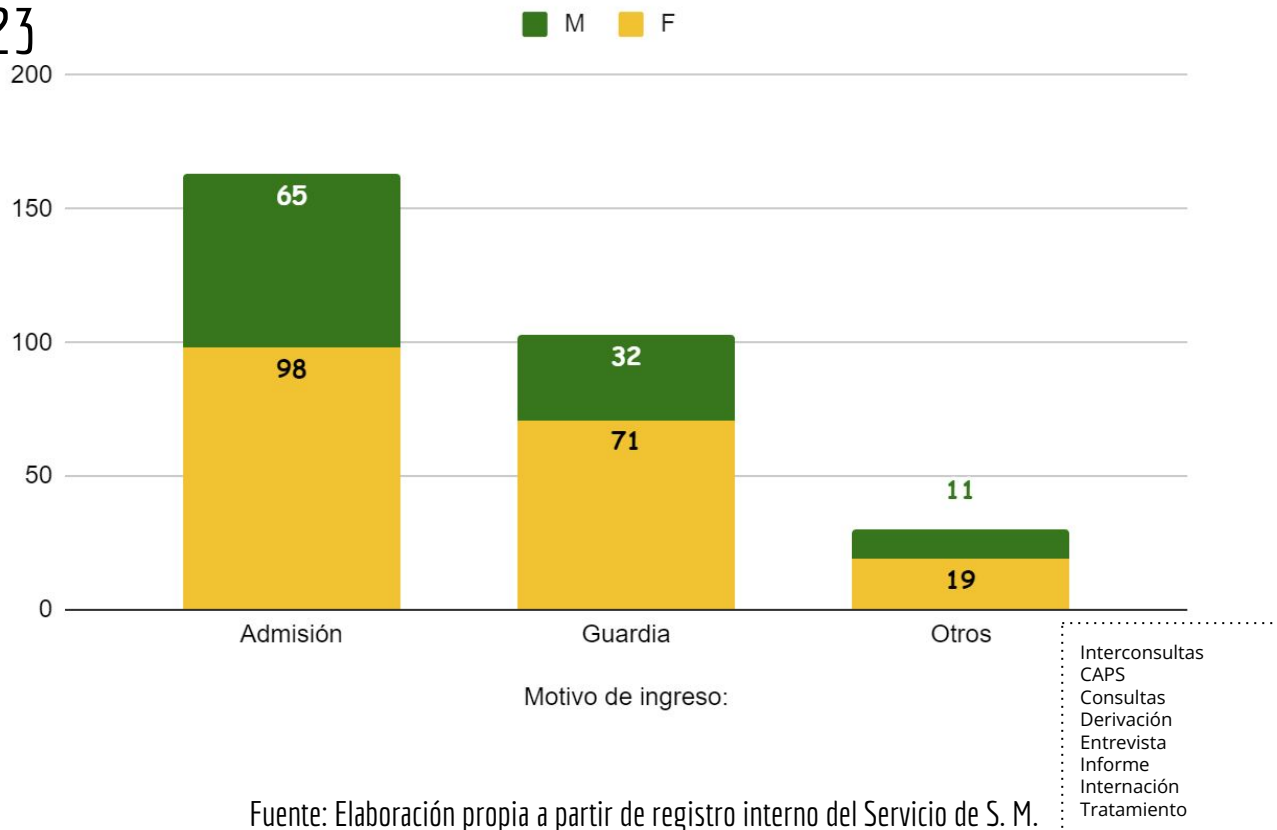


Cantidad de usuarios por motivo de ingreso y según sexo.

Servicio de Salud Mental HAEB.

Agosto 2022- Agosto 2023

N: 296.

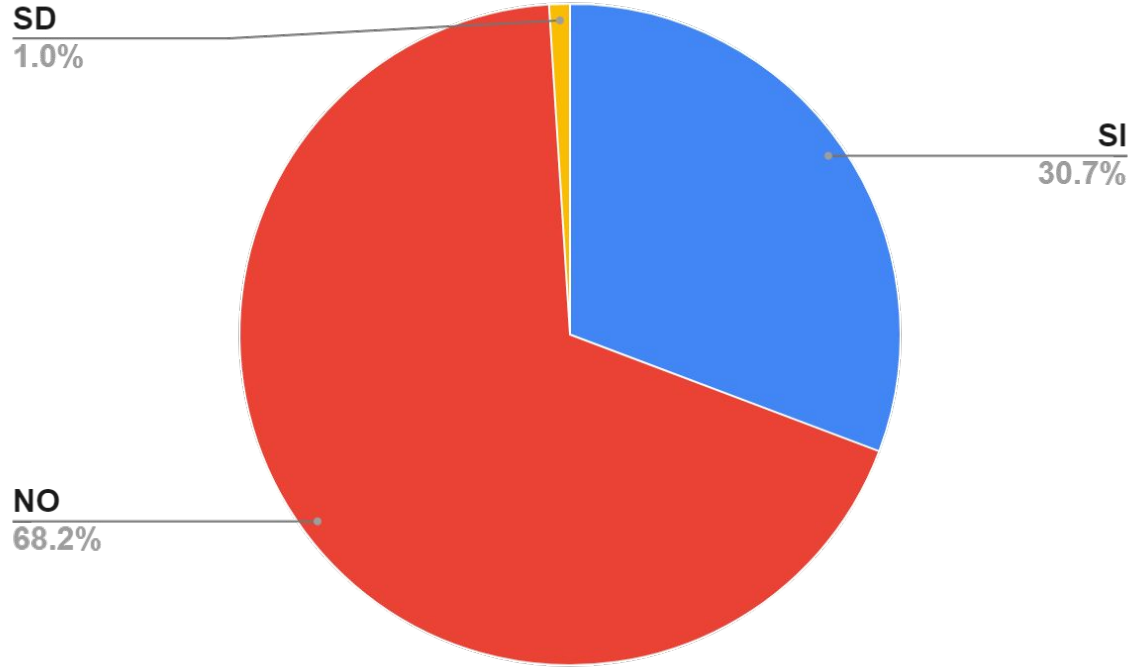


Cantidad de usuarios registrados según obra social.

Servicio de Salud Mental HAEB.

Agosto 2022- Agosto 2023

N: 296.

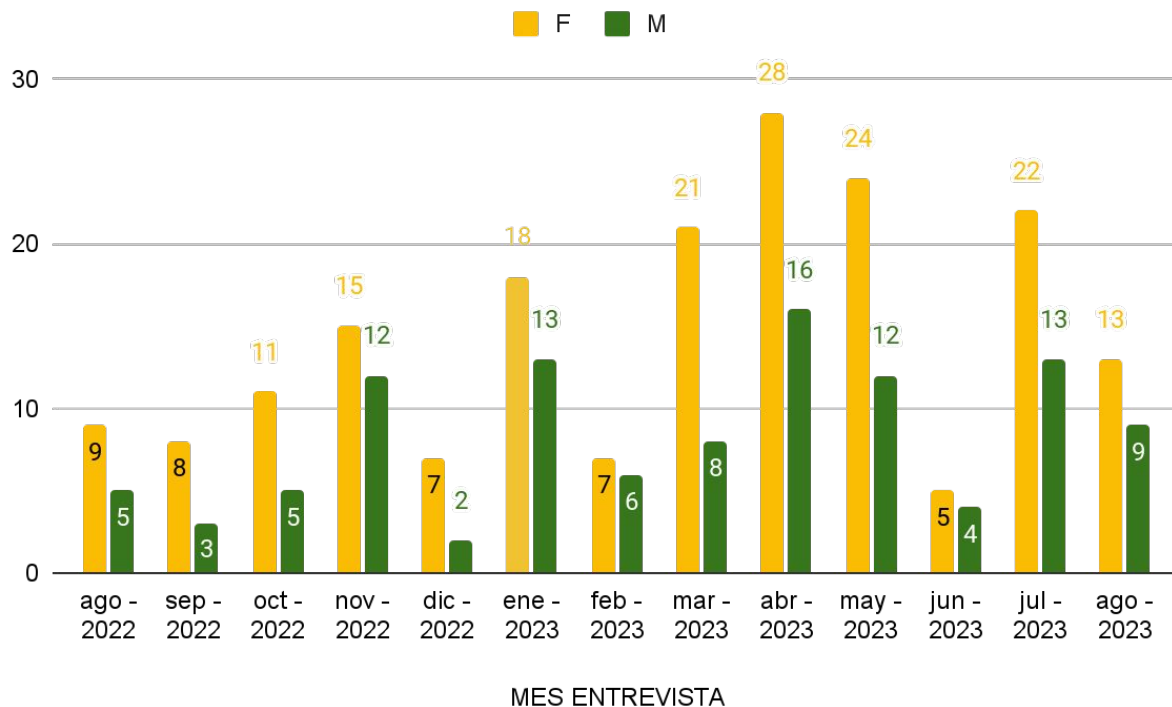


Usuarios totales registrados por mes según sexo.

Servicio de Salud Mental HAEB.

Agosto 2022- Agosto 2023

N: 296.

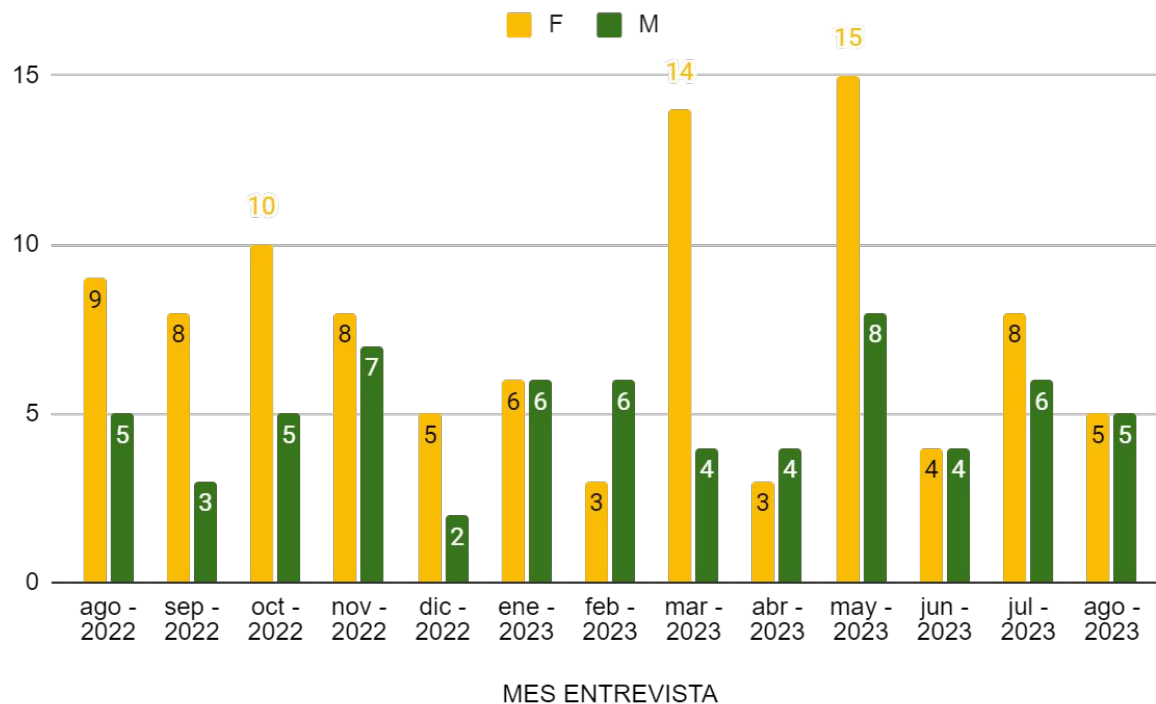


Usuarios totales registrados de Admisión por mes según

SEXO. Servicio de Salud Mental HAEB.

Agosto 2022- Agosto 2023

n: 163.

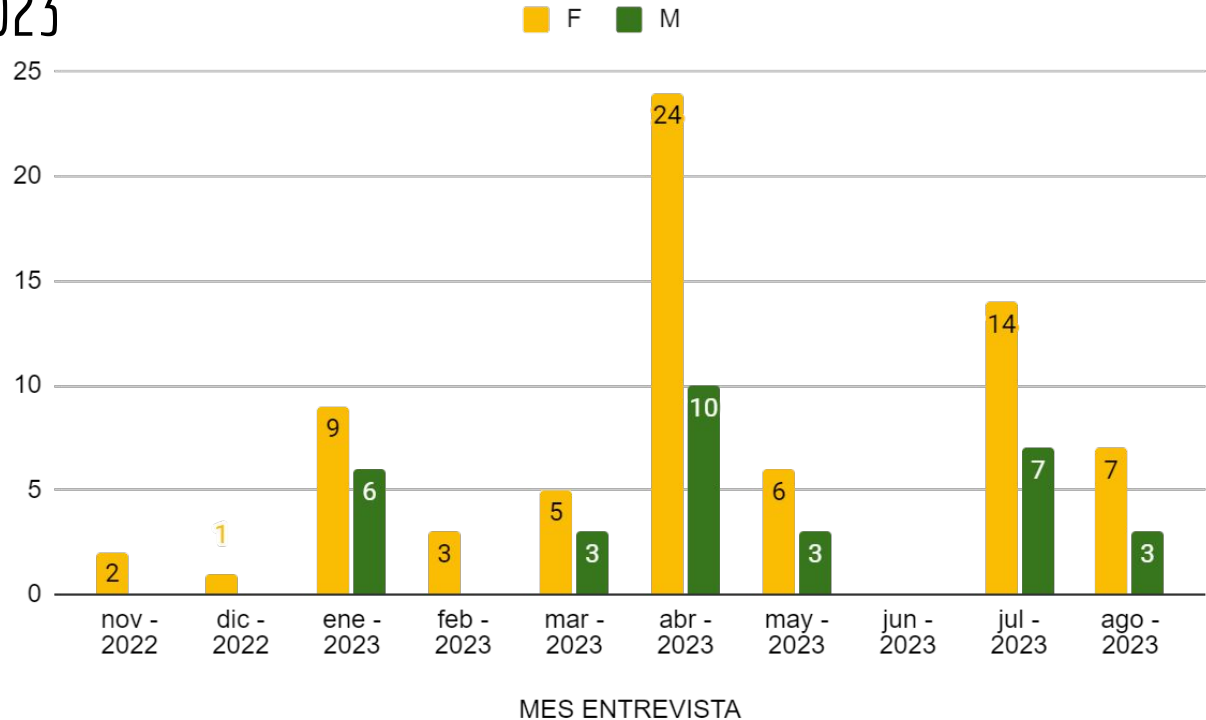


Usuarios totales registrados por Guardia por mes según

SEXO. Servicio de Salud Mental HAEB.

Noviembre 2022- Agosto 2023

n: 103.

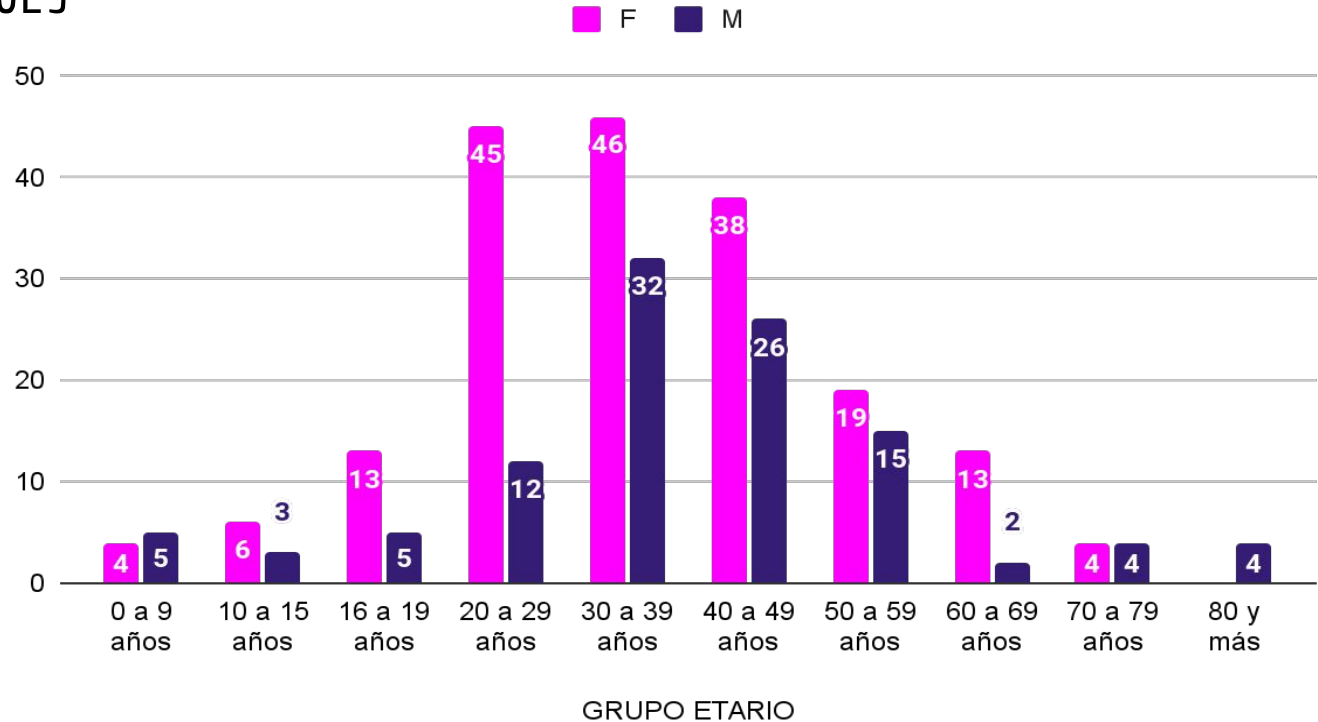


Usuarios totales registrados por grupo etario según sexo.

Servicio de Salud Mental HAEB.

Agosto 2022- Agosto 2023

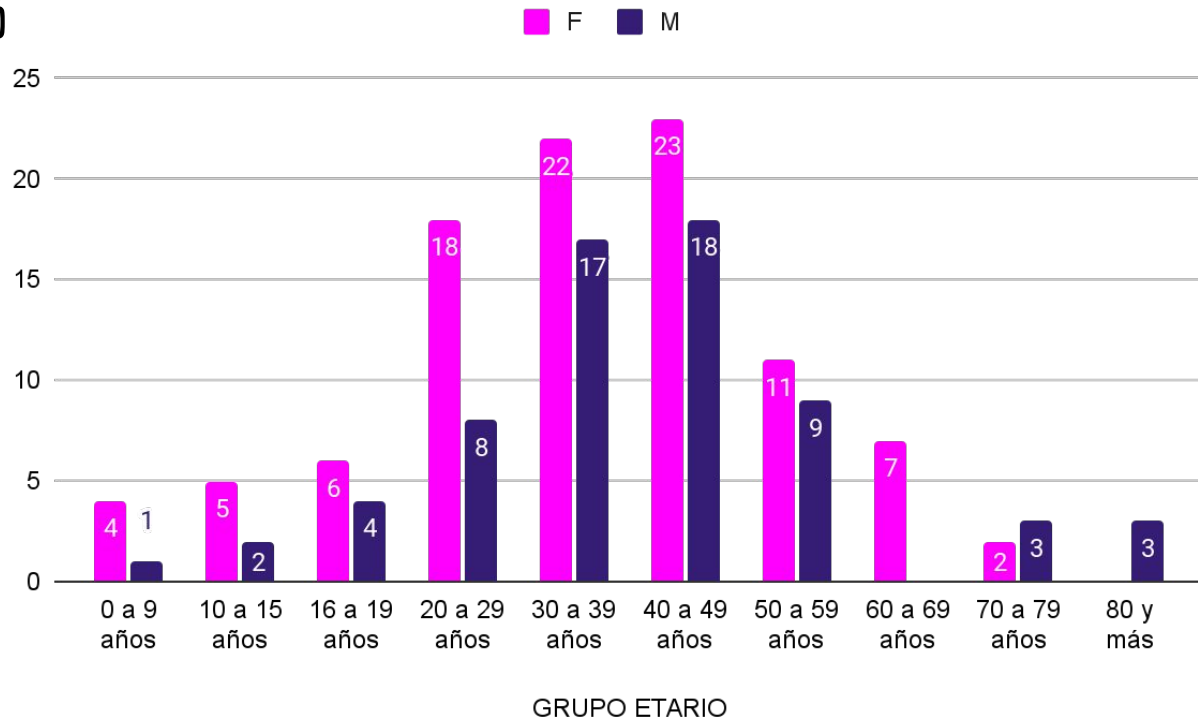
N: 296.



Usuarios totales registrados en Admisión por grupo etario según SEXO. Servicio de Salud Mental HAEB.

Agosto 2022- Agosto 2023

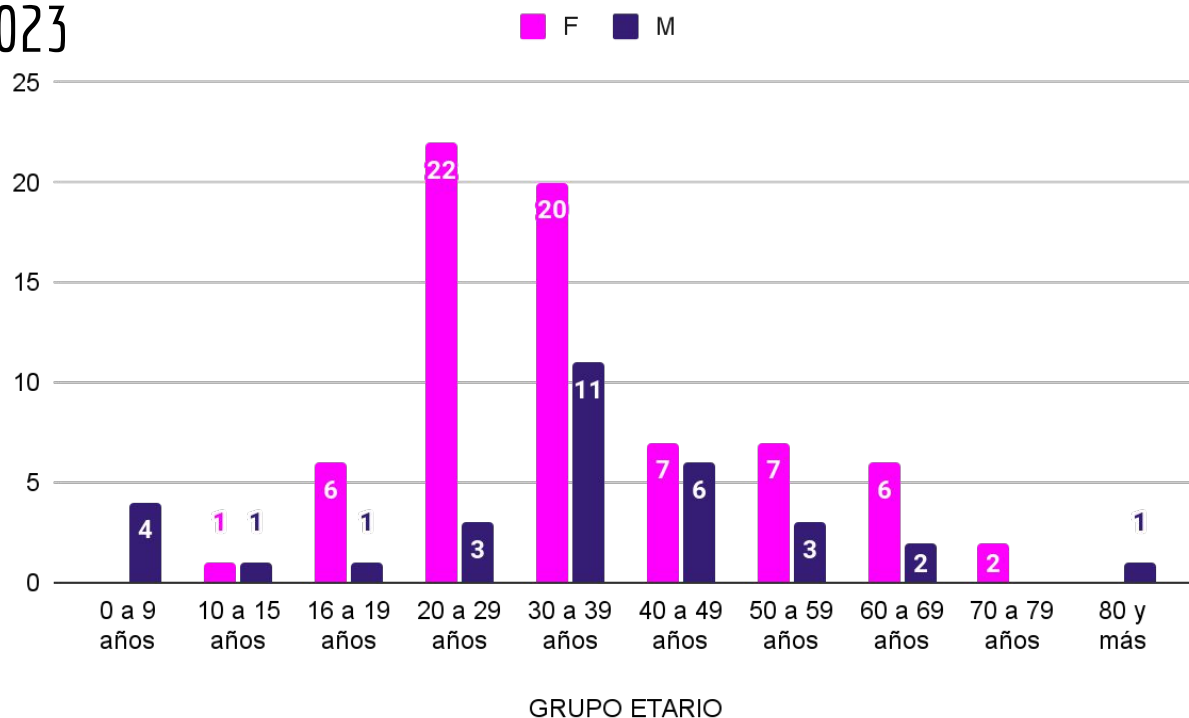
N: 163.



Usuarios totales registrados por Guardia por grupo etario según SEXO. Servicio de Salud Mental HAEB.

Noviembre 2022- Agosto 2023

N: 163.



M. Vet. Epidemióloga Marisol Cárdenas
Servicio de Epidemiología HAEB.