

**MANUAL DE INDICADORES DE ACTIVIDAD Y CALIDAD PARA  
URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS**

***Servicio Andaluz de Salud***

Dirección General de Asistencia Sanitaria

Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

**JUNTA DE ANDALUCÍA**

Consejería de Salud

Año de edición, 2000

## **Coordinador**

Tejedor Fernández, Martín

## **Autores**

Alonso Ruiz-Luna, Manuel  
Barrera Ávila, José María  
García Luque, Roció  
Garrido Cruz, Isabel  
Ferrón García, Francisco Javier  
Jiménez Murillo, Luis  
Montero Romero, Emilio  
Navarro Mora, Armando  
Nogués Hidalgo, Ramón  
Orúe Vázquez, Carmen  
Paz León, Urbano  
Pérez Camacho, José Manuel  
Pérez- Montaut Merino, Ignacio  
Pérez Torres, Ignacio  
Reyes Alcázar, Víctor  
Rodríguez Medina, Juan  
Suárez Sánchez, Emilio  
Tejedor Fernández, Martín  
Torres Murillo, José Manuel

## **Agradecimientos a,**

Dña. M<sup>ª</sup> del Carmen Rosas Sancha, que gracias a su paciencia y dedicación ha sido posible la edición de este libro.

Juan José Pérez Rivas, por su diseño en la portada y contraportada.

© 2000 Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud.

EDITA: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía Consejería de Salud.

D.L.: SE-2607-2000

ISBN: 84-89704-89-9



**MANUAL DE INDICADORES DE ACTIVIDAD Y CALIDAD PARA  
URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS**



## Índice

Prólogo.....	7
Introducción.....	9
1	Indicadores de actividad..... 13
1.1	De los Centros Coordinadores de urgencias y emergencias..... 13
1.1.1	Número de llamadas atendidas..... 13
1.1.2	Llamadas erróneas, nulas o no pertinentes..... 13
1.1.3	Llamadas informativas..... 14
1.1.4	Llamadas de demanda asistencial..... 14
1.1.5	Llamadas abandonadas..... 15
1.2	De los equipos asistenciales de emergencias..... 15
1.2.1	Número de activaciones..... 15
1.2.2	Número de asistencias..... 16
1.3	De los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias..... 16
1.3.1	Número de consultas urgentes..... 16
1.3.2	Frecuentación relativa..... 17
1.3.2.1	Frecuentación relativa anual..... 17
1.3.2.2	Frecuentación relativa diaria..... 18
1.3.3	Actividad domiciliaria..... 19
1.3.4	Número de consultas telefónicas..... 19
2	Indicadores de calidad..... 20
2.1	Tiempo de respuesta..... 20
2.1.1	Tiempo de respuesta de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias..... 20
2.1.1.1	Tiempo de respuesta en la asistencia prestada en los Centros..... 21
2.1.1.2	Tiempo de respuesta en la asistencia prestada en domicilio o en el lugar del suceso..... 22
2.1.2	Tiempo de Respuesta de los Equipos de Emergencias 061..... 23
2.1.3	Tiempo de respuesta de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias..... 24
2.1.3.1	Tiempo de respuesta en triage..... 25
2.1.4	Tiempo de respuesta en la primera asistencia facultativa..... 26
2.2	Derivaciones al nivel superior..... 27
2.2.1	Derivaciones por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias..... 27
2.2.2	Traslados asistidos por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias..... 28
2.2.3	Traslados al hospital por los Equipos de Emergencias..... 28

2.2.4	Pacientes observados por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias. ....	28
2.2.5	Pacientes ingresados por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias. ....	28
2.2.6	Pacientes ingresados derivados por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. ....	29
2.2.7	Pacientes ingresados trasladados al hospital por los Equipos de Emergencias. ....	29
2.3	Grado de cumplimentación de la historia clínica .....	29
2.4	Codificación diagnóstica .....	31
2.5	Calidad de la codificación diagnóstica. ....	32
2.6	Protocolización .....	32
2.6.1	Presencia de protocolos en el Centro Sanitario .....	32
2.6.2	Conocimiento de los protocolos por los profesionales.....	33
2.7	Reconsultas en las siguientes 24 horas al Sistema de Urgencias.....	33
2.8	Mortalidad .....	33
2.9	Acontecimientos centinela:.....	34
2.10	Electrocardiogramas realizados antes de los primeros 5 minutos de la llegada del paciente al centro en cuadros de dolor precordial .....	35
2.11	Trombolisis realizadas en los primeros 30 minutos desde la llegada al centro de pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio. ....	35
2.12	Reclamaciones .....	35
2.13	Calidad percibida por los usuarios.....	36
3	Anexo I: Listado de indicadores de calidad .....	39
4	Anexo II: Listado de códigos de la CIE-9 más frecuentemente empleados en los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.....	41
5	Anexo III: Modelo de registro de mortalidad para los Servicios, Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias y Equipos de Emergencias.....	81
6	Anexo IV: Instrucciones para la cumplimentación de la encuesta de calidad percibida .....	87
	Bibliografía .....	91

## Prólogo

La implantación de una política de mejora continua en el servicio prestado, el hacer las cosas basándonos en la mejor evidencia científica, y en última instancia, el lograr la satisfacción del usuario es el objetivo de cualquier política de calidad.

Cuando hablamos de calidad en Servicios de Salud, frecuentemente los profesionales la relacionamos fundamentalmente con la calidad científico-técnica, pero debemos tener en cuenta que tan importante como ésta, es la calidad percibida por el usuario. En éste sentido por ejemplo, los tiempos de atención y el trato personalizado, son los elementos básicos en la calidad percibida.

Hace unos años, la calidad era un elemento competitivo, hoy día la calidad es un requisito necesario y, el usuario de Servicios en general y de Servicios Sanitarios en particular, así lo entiende y lo demanda, siendo cada vez más frecuente, que el usuario participe activamente en las Instituciones y Empresas de Salud, en las políticas de calidad, a través de comisiones consultivas o de grupos focales.

Esta participación activa del usuario, es el mejor modo de obtener información de primera mano de las percepciones y deseos del verdadero protagonista del Sistema de Atención Sanitaria: el usuario.

Cualquier planteamiento de mejora continua, pasa por conocer cual es la situación real del servicio prestado, detectar qué aspectos tenemos que mejorar, teniendo en cuenta tanto los aspectos técnicos, como los percibidos por el usuario, posibilitando la comparación de resultados entre diferentes Centros, Hospitales, etc., de similar nivel de prestación.

En este sentido, ***El Manual de Indicadores de Actividad y Calidad para Urgencias y Emergencias Sanitarias*** que surge a iniciativa del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, es el resultado de un gran trabajo realizado por un grupo de profesionales cualificados, que representan a todos los niveles asistenciales y a las Sociedades Científicas.

La finalidad del Manual, como se cita al final de la introducción es “despertar interés entre los profesionales que atienden las urgencias y emergencias en Andalucía, y animarles a usar estos indicadores e incorporarlos a su actividad diaria, enriqueciéndolos y mejorándolos con sus aportaciones”. Es precisamente ese carácter dinámico y flexible, lo que hará que los indicadores y la evaluación que realicemos sobre el servicio sanitario prestado, sea realmente un reflejo de las políticas de calidad establecidas.

Por último, manifestar mi enhorabuena a todo el Grupo por el excelente trabajo y mi agradecimiento por su esfuerzo, convencido de que este Manual es solo un punto de partida de un largo camino a recorrer, cuyo destino final es lograr una excelente atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias.

*Angel Garijo Galve*



## Introducción

La Dirección del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias decidió en 1.997 desarrollar una serie de indicadores de actividad y calidad para su aplicación y monitorización en los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias con la finalidad última de mejorar continuamente la asistencia sanitaria.

Se constituyó para ello el "Grupo de Calidad", en el que participa un equipo de profesionales de urgencias de todos los niveles asistenciales tanto de Atención Primaria como de Hospitales y de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061, así como representantes de sociedades científicas (SADECA, SAMFYC, SAMG, SAMIUC Y SEMES).

Inicialmente, el propósito ha sido exclusivamente el de identificar algunos indicadores que posibilitaran establecer comparaciones entre Unidades Funcionales con cierta similitud y fundamentalmente generar ideas para su debate profundo en las Instituciones Sanitarias y Asociaciones Profesionales sobre su utilidad.

La primera tarea que realizó el Grupo de Calidad fue una extensa revisión bibliográfica que continúa y que tuvo como resultado el hallazgo de un escaso número, de referencias <sup>1-6</sup> en la vertiente de calidad, que motivó todo el proceso de elaboración de indicadores: identificación, priorización, selección, diseño, desarrollo, aplicación, validación y calibración.

Para la identificación y priorización, se utilizó una técnica de grupo nominal que tuvo como resultado un conjunto de indicadores muy amplio que se exponen en el Anexo 1. A partir de este listado inicial se acordó realizar un pilotaje de un número reducido de los mismos

en los centros e instituciones que participan directamente en el proyecto.

La realidad actual es que algunos de los indicadores están ya no sólo aplicados, sino calibrados tras su uso práctico durante años frente a otros que no han llegado a desarrollarse, como podrá comprobarse con la lectura detenida de este manual. El resultado del trabajo llevado a cabo hasta ahora ha sido fruto de distintas publicaciones en revistas científicas y comunicaciones y ponencias en congresos y reuniones de distintas Asociaciones Profesionales <sup>9-10</sup>.

Después de un análisis crítico en el que se ponderó muy detenidamente la realidad sanitaria en Andalucía, se comenzó el pilotaje con aquellos indicadores que tienen las siguientes características:

- Pertinentes.
- Generales, sintetizando más de un atributo de la calidad asistencial, con alguna excepción.
- Aportan información sobre el funcionamiento global del servicio o dispositivo sanitario de que se trate, más que de la calidad en la atención de un proceso clínico en particular.
- Aparente facilidad para su obtención.
- Básicos para construir sobre ellos otros de mayor especificidad en etapas posteriores.

Se han elaborado dos grupos de indicadores:

- De **actividad** asistencial.
- De **calidad**, que informan sobre distintos aspectos de la misma.

Estos indicadores pretenden ser un instrumento útil para los profesionales, así como una herramienta de gestión clínica y una garantía para los usuarios en general y para el Sistema Sanitario.

El trabajo de validación en la práctica se está realizando en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias y en los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU y DCCU) de los siguientes centros e Instituciones Sanitarias:

- Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.
- Hospital Universitario de Valme, de Sevilla.
- Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-Vejer (DCCU Puerto de Santa María)
- Distrito Sanitario Costa del Sol. (DCCU Las Lagunas)
- Servicio Especial de Urgencias de Málaga.

La finalidad con la que se divulga este documento es la de despertar interés entre los profesionales que atienden urgencias y emergencias en Andalucía y animarles a usar estos indicadores e incorporarlos a su actividad diaria, enriqueciéndolos y mejorándolos con sus aportaciones.



## 1. Indicadores de actividad

### 1.1. De los Centros Coordinadores de urgencias y emergencias

#### 1.1.1. Número de llamadas atendidas

**Descripción:** Mide la cantidad total de llamadas que se reciben en un Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias a través del teléfono de atención a la población en un período de tiempo determinado.

Incluye todo tipo de llamadas que han sido respondidas (erróneas, nulas, informativas, demandas asistenciales, etc.). Excluye las llamadas interiores, las de tipo personal y las llamadas exteriores a las unidades administrativas del Servicio (nóminas, personal, suministros, etc.).

Indicador puramente descriptivo de la cantidad total de actividad del Centro Coordinador, independientemente de la población bajo cobertura o de los recursos disponibles. En combinación con otros datos sirve para estimar y evaluar cargas de trabajo, costes y la adecuación de recursos.

**Fórmula:**

Nº de casos que cumplen los requisitos.

#### 1.1.2. Llamadas erróneas, nulas o no pertinentes

**Descripción:** Porcentaje de llamadas erróneas respecto del total de llamadas para un período de tiempo definido. Interesa para conocer la parte de llamadas que, generando carga de trabajo para los operadores de acceso, no suponen actividad alguna para el resto del Centro Coordinador, ni tampoco generan actividad informativa. Es un indicador indirecto del grado de información de la población

sobre la cartera de servicios propia y sobre otros dispositivos del sistema.

***Fórmula:***

**Nº de llamadas erróneas x 100**

**Nº total de llamadas registradas.**

### **1.1.3. Llamadas informativas**

***Descripción:*** Porcentaje de llamadas de tipo informativo respecto del total de llamadas para un período de tiempo definido.

Permite conocer la parte de carga de trabajo no asistencial del Centro Coordinador destinada a proporcionar información relacionada con las urgencias sanitarias a los ciudadanos por parte de los operadores. Excluye aquellas llamadas que conllevan informaciones clínicas dadas por un médico, que se consideran demandas asistenciales.

***Fórmula:***

**Nº de llamadas informativas x 100**

**Nº total de llamadas registradas**

### **1.1.4. Llamadas de demanda asistencial**

***Descripción:*** Mide la cantidad relativa de llamadas que suponen algún tipo de demanda de atención sanitaria en relación con un problema de salud, sea cual fuere la solución final que se le dé, recibidas en un período de tiempo determinado.

Permite conocer la demanda sanitaria real y es fundamental para el adecuado dimensionamiento de los Servicios. Utilizado en relación con las llamadas informativas y erróneas, ayuda a valorar la estructura completa de la carga de trabajo de un Centro Coordinador y, por tanto, a la planificación correcta del mismo.

Igualmente tiene utilidad para comparar el perfil de demanda telefónica entre diferentes Centros y zonas.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nº llamadas de demanda asistencial x 100}}{\text{Nº total de llamadas registradas.}}$$

### 1.1.5. Llamadas abandonadas

**Descripción:** Mide la cantidad de llamadas entrantes al Centro Coordinador que no llegan a ser atendidas por un operador, con relación al total de llamadas recibidas en un período de tiempo determinado.

Permite conocer la saturación ocasional o permanente de un Centro Coordinador y, por tanto, el adecuado dimensionamiento del mismo para dar respuesta a la demanda. Igualmente tiene utilidad para evaluar indirectamente la bondad de los procedimientos operativos de atención de llamadas en un Centro Coordinador. Es un indicador de **accesibilidad** telefónica real.

Este indicador sólo puede ser medido si se dispone de una central que registre dichos eventos, es decir, señales de llamada telefónica que no reciben respuesta.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nº de llamadas abandonadas x 100}}{\text{Nº total de llamadas registradas}}$$

## 1.2. De los equipos asistenciales de emergencias

### 1.2.1. Número de activaciones

**Descripción:** Mide la cantidad de activaciones (movilizaciones con salida de la base) de un recurso móvil en un período de tiempo determinado.

Permite conocer la actividad de un recurso en términos de movilizaciones ordenadas por el Centro Coordinador, independientemente de si hubo o no, intervención y del resultado de la asistencia.

**Fórmula:**  
Nº de activaciones.

### 1.2.2. Número de asistencias

**Descripción:** Mide la cantidad de asistencias que un recurso móvil realiza en un período de tiempo determinado.

Indicador puramente descriptivo de la cantidad total de trabajo asistencial realizado en un Servicio de Emergencias por uno o varios recursos móviles, independientemente de la población bajo cobertura o de los recursos disponibles. Sirve para estimar la carga de trabajo y costes y en combinación con otros indicadores, para evaluar la adecuación de recursos.

**Fórmula:**  
Nº de asistencias.

## 1.3. De los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias

### 1.3.1. Número de consultas urgentes

**Descripción:** Describe el número total de consultas de asistencia sanitaria realizadas en un período de tiempo determinado. Se entiende por asistencia sanitaria en urgencias aquella atención que consume recursos asistenciales. Incluye las consultas informativas o administrativas que, aunque no reciben asistencia, consumen tiempo y suponen carga de trabajo para los mismos.



Indicador puramente descriptivo de la cantidad total de trabajo asistencial realizado en un Servicio o Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, independientemente de la población bajo cobertura o de los recursos disponibles. Sirve para estimar la carga de trabajo y costes y en combinación con otros indicadores, para evaluar la adecuación de recursos.

***Fórmula:***

**Nº de consultas urgentes.**

### **1.3.2. Frecuentación relativa**

Bajo este epígrafe se incluyen dos indicadores que miden la actividad con relación a la población cubierta: la frecuentación anual y la frecuentación diaria durante un período de tiempo dado.

#### **1.3.2.1. Frecuentación relativa anual**

***Descripción:*** Mide la cantidad promedia de consultas urgentes realizadas en relación con la población bajo cobertura del Centro en un período de tiempo de un año. Se define como población cubierta la del censo de población en el área geográfica de cobertura asignada al Centro.

Permite identificar zonas o Centros con mayor o menor demanda con relación a otros y establecer comparaciones entre ellos o con un estándar. En caso de desviaciones significativas facilita la investigación de factores causales (por ejemplo, carencias de recursos, déficit informativos, adhesión a un servicio, etc.).

Al suprimir el sesgo de la estacionalidad, es útil para la planificación de la gestión y los recursos asistenciales, así como para evaluar a posteriori la misma. En combinación con otros indicadores permite evaluar la adecuación de los recursos. Se expresa en forma de ratio por cada agregado de 100.000 habitantes (Número de consultas urgentes/100.000 habitantes/año). Eventualmente puede ser útil medirlo para períodos de tiempo menores (mes, trimestre, etc.).

**Fórmula:**

**Nº total de consultas urgentes**

**Población censada en el área de cobertura/ 100.000**

### **1.3.2.2. Frecuentación relativa diaria**

**Descripción:** Mide el número promedio de pacientes que consultan cada día en un Centro en relación con la población bajo cobertura. Se define como población cubierta la del censo de población en el área geográfica de cobertura asignada al centro.

Permite identificar zonas o centros con mayor o menor demanda con relación a otros y establecer comparaciones entre ellos o con un estándar. En caso de desviaciones significativas facilita la investigación de factores causales (por ejemplo, carencias de recursos, déficit informativos, adhesión a un servicio, etc.). Al suprimir el sesgo de la estacionalidad, es útil para planificar la gestión y los recursos asistenciales. En combinación con otros indicadores permite evaluar la adecuación de los recursos.

Se expresa en forma de ratio por cada agregado de 1.000 habitantes (Número de consultas/1.000 habitantes/día).

**Fórmula:**

**Nº pacientes atendidos en período T./Nº días del período**  
**Población censada en el área de cobertura / 1000**

### 1.3.3. Actividad domiciliaria

Este dato es de registro exclusivo en los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.

**Descripción:** Describe el volumen de actividad asistencial a domicilio realizada por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.

**Fundamento:** Una de las actividades esenciales de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias es la asistencia en el domicilio del paciente. Este indicador permite cuantificar dicha actividad y comparar entre diferentes Dispositivos. Tiene utilidad para planificar y distribuir los recursos, dado que el consumo de los mismos y del tiempo que se precisa en esta actividad es diferente al necesario en las consultas urgentes que se atienden en los Centros.

**Fórmula:**

***Nº asistencias realizadas en domicilio en un período de tiempo determinado.***

### 1.3.4. Número de consultas telefónicas

Este dato es de registro exclusivo en los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.

**Descripción:** Describe el volumen de actividad asistencial que se lleva a cabo por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias y que se realiza mediante consultas telefónicas en un período de tiempo determinado.

Una de las actividades de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias que tiene una tendencia al crecimiento es la asistencia a través de la consulta y consejos telefónicos. Este indicador permite cuantificar dicha actividad y tiene utilidad para planificar y distribuir los recursos, dado que el tiempo que se precisa en esta actividad es importante y muy probablemente será mayor en el futuro.

Están excluidas todas aquellas llamadas que no se hacen directamente por los usuarios y que tienen un carácter de demanda sanitaria asistencial o informativa: llamadas personales, erróneas, etc.

*Fórmula:*

Nº de consultas telefónicas atendidas.

## 2. Indicadores de calidad

### 2.1. Tiempo de respuesta

Este indicador ayuda a valorar un componente de la calidad, de extraordinaria importancia en urgencias y emergencias como es la **oportunidad** de la asistencia.

Tiene especificidad en cada uno de los niveles asistenciales aunque trata de medir el mismo aspecto: tiempo promedio que transcurre desde que el enfermo demanda la asistencia o llega a la Unidad Funcional, hasta que toma contacto con el médico o el equipo sanitario.

#### 2.1.1. Tiempo de respuesta de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias

Bajo este epígrafe se incluyen dos indicadores que dan información discriminando la asistencia prestada en los Centros de los

dispositivos de la efectuada a cabo en el domicilio del paciente o en el lugar del suceso.

#### **2.1.1.1. Tiempo de respuesta en la asistencia prestada en los Centros.**

**Descripción:** Es el tiempo transcurrido desde la hora de llegada del enfermo al Dispositivo, hasta que toma el primer contacto personal con el médico o el enfermero. Se utilizará el tiempo promedio de los casos incluidos para el cálculo del indicador.

**Procedimiento:** Cuando un enfermo acuda a cualquier dispositivo demandando asistencia urgente, se anotará en el registro de urgencias la hora de llegada al Centro, la del momento en la que toma el primer contacto personal con algún sanitario (médico o enfermero) del equipo, así como el tiempo transcurrido entre ambas expresado en minutos y segundos.

Criterios de exclusión de casos para el cálculo del indicador:

- Asistencias programadas.
- Asistencias anuladas o interrumpidas por el propio usuario.
- Asistencias realizadas en las que no hay constancia de la hora de llegada del paciente al Centro, por causa justificada documentalmente.
- Asistencias realizadas en las que no hay constancia de la hora de contacto sanitario, por causa justificada documentalmente.

**Fórmula:**

$$\frac{\Sigma(\text{hora contacto sanitario-hora llegada paciente})}{\text{Nº de asistencias incluidas}}$$

El tiempo resultante de esta fórmula se expresará en minutos y segundos.

### 2.1.1.2. Tiempo de respuesta en la asistencia prestada en domicilio o en el lugar del suceso.

**Descripción:** Es el tiempo transcurrido desde la hora en que se efectúa la demanda de asistencia al dispositivo o Centro Coordinador hasta que el paciente toma el primer contacto personal con el médico o el enfermero. Se utilizará el tiempo promedio de los casos incluidos para el cálculo del indicador.

**Procedimiento:** Cuando un enfermo solicite asistencia urgente a cualquier Dispositivo, se anotará en el registro de urgencias, cualquiera que sea el procedimiento por el que se realice:

- Hora de excepción de la demanda.
- Hora del momento en la que toma el primer contacto personal con algún sanitario (médico o enfermero), del equipo.
- Tiempo transcurrido entre ambas expresado en minutos y segundos.

Criterios de exclusión de casos para el cálculo del indicador:

- Asistencias programadas.
- Servicios anulados o interrumpidos.
- Servicios realizados sin constancia de hora de recepción de la demanda, justificada documentalmente.

- Servicios realizados sin hora de llegada al lugar del suceso disponible, justificada documentalmente.
- Errores informáticos o de comunicación documentalmente justificados.
- Saturación del servicio con asistencia posterior.
- Asistencias realizadas fuera de la población teórica de cobertura.

**Fórmula:**

$$\frac{\sum (\text{hora llegada lugar suceso} - \text{hora recep. demanda})}{\text{Nº de servicios incluidos}}$$

El tiempo resultante de esta fórmula se expresará en minutos y segundos.

## 2.1.2. Tiempo de Respuesta de los Equipos de Emergencias 061

**Descripción:** Es el tiempo transcurrido desde la hora de recepción de la llamada en el Centro Coordinador, hasta la llegada al lugar del suceso del Equipo de Emergencias (EE). Se utilizará el tiempo promedio de los casos incluidos para el cálculo del indicador.

**Procedimiento:** En el numerador y denominador de la fórmula para la obtención del valor de este indicador, se tendrán en cuenta todos los asuntos de asistencia donde haya habido activación de un EE que tengan hora de llamada y status de radio “EL” (“en el lugar”), excepto los que cumplan los requisitos de exclusión para el cálculo de esta variable.

Cuando en un asunto de asistencia 061 no entrara o no quedase registrado en el sistema informático el status “EL”, se anotará el

motivo para detectar posibles problemas de comunicaciones y poderlo documentar posteriormente.

Criterios de exclusión de casos para el cálculo del indicador:

- Servicios anulados o interrumpidos.
- Servicios realizados sin hora de llamada, justificada documentalmente.
- Servicios realizados sin hora de llegada al lugar del suceso disponible, documentalente justificada.
- Segundas asistencias.
- Asistencias en segunda intención.
- Traslados secundarios.
- Errores informáticos o de comunicación documentalente justificados.
- Asistencias a dispositivos de riesgos previsibles.
- Saturación del servicio con envío posterior de la UVI-Móvil.
- Asistencias realizadas fuera de la población de cobertura.

***Fórmula:***

$$\frac{\Sigma (\text{Hora de llegada} - \text{Hora de recepción de llamada})}{\text{Nº de servicios de los EE incluidos}}$$

El tiempo resultante de esta fórmula se expresará en minutos y segundos.

### **2.1.3. Tiempo de respuesta de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias**

Bajo este epígrafe se incluyen dos indicadores que discriminan el tiempo de triage del de la primera asistencia facultativa.



### 2.1.3.1. Tiempo de respuesta en triage

**Descripción:** Es el tiempo transcurrido desde la hora de llegada del enfermo al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, hasta que toma el primer contacto personal con el médico o el enfermero responsable del triage. Se utilizará el tiempo promedio de los casos incluidos para el cálculo del indicador.

**Procedimiento:** Cuando un enfermo acuda demandando asistencia urgente a cualquier Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, se anotará en el registro la hora de llegada al mismo, la del momento en la que toma el primer contacto personal con el médico o enfermero responsable del triage, así como el tiempo transcurrido entre ambas, expresado en minutos y segundos.

En el numerador y denominador de la fórmula, para la obtención del valor de este indicador, se tendrán en cuenta todas las demandas de prestación de servicios sanitarios que se generen, excepto las que cumplan algún requisito de exclusión.

Criterios de exclusión de casos para el cálculo del indicador:

- Asistencias anuladas o interrumpidas.
- Asistencias en las que no hay constancia de la hora de llegada del paciente al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, justificada documentalmente.
- Asistencias realizadas en las que no hay constancia de la hora de contacto sanitario, justificada documentalmente.

**Fórmula:**

$$\frac{\sum (\text{Hora contacto sanitario-Hora llegada paciente})}{\text{Nº de servicios incluidos}}$$

El tiempo resultante de esta fórmula se expresará en minutos y segundos.

#### 2.1.4. Tiempo de respuesta en la primera asistencia facultativa

**Descripción:** Es el tiempo transcurrido desde la hora de llegada del enfermo al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, hasta que toma el primer contacto personal con un médico del equipo asistencial. Se utilizará el tiempo promedio de los casos incluidos para el cálculo del indicador.

**Procedimiento:** Cuando un enfermo acuda demandando asistencia urgente a cualquier Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, se anotará en el registro la hora de llegada al mismo, la del momento en la que toma el primer contacto personal con algún médico del equipo asistencial, así como el tiempo transcurrido entre ambas expresado en minutos y segundos.

En el numerador y denominador de la fórmula para la obtención del valor de este indicador se tendrán en cuenta todas las demandas de prestación de servicios sanitarios que se generen, excepto las que cumplan algún requisito de exclusión.

Criterios de exclusión de casos para el cálculo del indicador:

- Asistencias anuladas o interrumpidas.

- Asistencias en las que no hay constancia de la hora de llegada del paciente al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, justificada documentalmente.
- Asistencias realizadas en las que no hay constancia de la hora de contacto sanitario, justificada documentalmente.

**Fórmula:**

$$\frac{\Sigma (\text{Hora contacto sanitario} - \text{Hora llegada paciente})}{\text{N}^\circ \text{ de servicios incluidos}}$$

El tiempo resultante de esta fórmula se expresará en minutos segundos.

## 2.2. Derivaciones al nivel superior

Bajo este epígrafe se incluyen hasta siete indicadores que pretenden aportar información discriminando el grado de resolución de cada uno de los niveles asistenciales.

### 2.2.1. Derivaciones por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.

**Descripción:** Es el porcentaje de pacientes que solicitan asistencia en los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias y se derivan al hospital. Están incluidas las derivaciones realizadas desde el domicilio del paciente o del lugar del suceso, así como los traslados asistidos.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de derivaciones al hospital} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de demandas asistenciales}}$$

## 2.2.2. Traslados asistidos por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias

**Descripción:** Es el porcentaje de pacientes que se trasladan a un nivel superior asistidos por un equipo sanitario.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nº de traslados asistidos} \times 100}{\text{Nº de derivaciones}}$$

## 2.2.3. Traslados al hospital por los Equipos de Emergencias.

**Descripción:** Es el porcentaje de traslados de pacientes al hospital, realizados por los Equipos de Emergencias sobre el total de asistencias efectuadas.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nº traslados al hospital por Equipos Emergencias} \times 100}{\text{Nº de asistencias realizadas}}$$

## 2.2.4. Pacientes observados por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias.

Es el porcentaje de pacientes asistidos por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias que pasan a Observación.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nº de pacientes observados} \times 100}{\text{Nº de pacientes asistidos}}$$

## 2.2.5. Pacientes ingresados por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias.

**Descripción:** Es el porcentaje de pacientes asistidos por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias que son ingresados en

un hospital, cualquiera que sea éste, tanto de la red pública, como en Centros concertados.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes ingresados} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes asistidos.}}$$

### **2.2.6. Pacientes ingresados derivados por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.**

**Descripción:** Es el porcentaje de pacientes derivados por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias que pasan a Observación y/o son ingresados en un hospital, cualquiera que sea éste, tanto de la red pública, como en Centros concertados.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes ingresados} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes derivados por DCCU}}$$

### **2.2.7. Pacientes ingresados trasladados al hospital por los Equipos de Emergencias.**

**Descripción:** Es el porcentaje de pacientes trasladados por los Equipos de Emergencias que son ingresados en un hospital, cualquiera que sea éste, tanto de la red pública, como en Centros concertados.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes ingresados} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes trasladados}}$$

## **2.3. Grado de cumplimentación de la historia clínica**

**Descripción:** Porcentaje de cumplimentación en la historia clínica de manera legible del conjunto de apartados considerados básicos.

**Procedimiento:** Los siguientes apartados se consideran básicos en toda historia clínica:

- Identificación del paciente: Debe recoger los datos de filiación, domicilio, sexo y edad. Se anotará como “desconocido” ante la imposibilidad de recoger los datos.
- Fecha de la asistencia
- Hora de toma de contacto con el Servicio
- Hora de asistencia por el facultativo
- Motivo de consulta: debe reflejarse literalmente como lo expresa el paciente
- Prioridad. Debe recogerse la prioridad en la asistencia sobre la base de 4 grados de severidad:
  1. Emergencia.
  2. Urgencia.
  3. Urgencia demorable.
  4. No urgente.
- Antecedentes personales: debe reflejarse como “desconocido” ante la imposibilidad de comunicación con el paciente.
- Anamnesis
- Exploración física
- Pruebas complementarias: debe reflejarse las realizadas.
- Diagnóstico: debe anotarse una aproximación diagnóstica.
- Tratamiento administrado: debe reflejarse el tratamiento aplicado basándose en los signos y síntomas evaluados.
- Código diagnóstico: debe reflejarse el código más acorde con el Diagnóstico emitido basándose en la selección de códigos diagnósticos de la CIE-9MC. Puede diferirse en casos en que por la actuación urgente así lo determine.

- Tratamiento prescrito: se describirá el tratamiento que se recomienda y que garantice la continuidad de cuidados.
- Destino al alta: debe reflejarse donde se ha derivado al paciente, Médico de Familia, domicilio u hospital.
- Hora de salida del centro sanitario.
- Identificación del facultativo responsable. Debe constar el nombre y dos apellidos, número de colegiado y firma.

Para su medición deben realizarse auditorias periódicas de las historias clínicas preferiblemente por personal ajeno al centro.

***Fórmula:***

$$\frac{\text{Nº de apartados correctamente cumplimentados} \times 100}{\text{Nº apartados básicos} \times \text{Nº total de historias clínicas evaluadas}}$$

## **2.4. Codificación diagnóstica**

***Descripción:*** Es el porcentaje de historias clínicas en las que consta en el alta como primer diagnóstico el código de la patología aguda o del problema de salud que motivó la asistencia por el equipo sanitario en un período de tiempo determinado.

Podrán codificarse también los diagnósticos de la enfermedad principal, los secundarios y de los procedimientos empleados, anotando con claridad en estos casos cuál es el primer diagnóstico.

En todos los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias se empleará la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su 9ª Revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC) <sup>8</sup>, para la codificación diagnóstica de las asistencias realizadas.

Como ayuda, puede utilizarse el listado de códigos más frecuentemente empleados en los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, elaborado por el Grupo y que se recoge como Anexo 2.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nº Hª. Clínicas donde consta Código diagnóstico} \times 100}{\text{Nº Hª. Clínicas evaluadas}}$$

## 2.5. Calidad de la codificación diagnóstica.

**Descripción:** Es el nivel de precisión en la asignación que hacen los facultativos del código de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC) <sup>9</sup> a la sospecha diagnóstica.

El indicador es el Índice de Calidad de Codificación Diagnóstica (ICCD) que estima la congruencia entre las codificaciones efectuadas según la CIE-9-MC, reseñadas en las historias clínicas de los pacientes asistidos y el diagnóstico literal de la causa que justificó la asistencia que realiza el facultativo.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nº Hª clínicas con cód. Diag. asignados correctamente} \times 100}{\text{Nº Hª Clínicas con códigos diagnósticos registrados}}$$

## 2.6. Protocolización

Bajo este epígrafe se incluyen dos indicadores que pretenden aportar información tanto de la existencia de protocolos en el centro sanitario, como de su conocimiento por los profesionales.

### 2.6.1. Presencia de protocolos en el Centro Sanitario

**Descripción:** Presencia física de los protocolos del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias en los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias y Equipos de Emergencias.



**Fórmula:**

Nº protocolos presente físicamente en el centro sanitario  
Nº Centros sanitarios

## 2.6.2. Conocimiento de los protocolos por los profesionales.

**Descripción:** Conocimiento de los profesionales de los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias y Equipos de Emergencias de los protocolos del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

**Fórmula:**

Nº profesionales que conocen los protocolos  
Número total de profesionales

## 2.7. Reconsultas en las siguientes 24 horas al Sistema de Urgencias

**Descripción:** Porcentaje de pacientes que solicitan de nuevo asistencia en el Sistema de Urgencias (Servicios, Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias y Equipos de Emergencias), en las 24 horas siguientes a una atención previa.

**Fórmula:**

Nº reconsultas en 24 horas x 100  
Nº pacientes asistidos en el periodo determinado.

## 2.8. Mortalidad

**Descripción:** Es el porcentaje de fallecimientos que se producen en los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias durante el proceso asistencial. En los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias este indicador incluye todas las muertes que sucedan en las primeras 24 horas contadas a partir de la hora de llegada al hospital.

**Procedimiento:** Los éxitos se recogerán siguiendo el modelo que se adjunta como Anexo 3.

El objetivo último de este indicador es crear el soporte básico para que por los distintos Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias y Equipos de Emergencias se efectúen sistemáticamente **análisis cualitativos de la mortalidad**, enfocados hacia la autoevaluación de la calidad del proceso asistencial.

**Fórmula:**

**Nº muertes acontecidas x 100**

**Nº consultas urgentes del periodo de tiempo determinado.**

## 2.9. Acontecimientos centinela:

**Descripción:** Se considerarán acontecimientos centinelas todos aquellos eventos que, aún ocurriendo excepcionalmente, indican u orientan hacia un posible error en la asistencia a un paciente determinado y que, por su gravedad, debe ser siempre analizado por el equipo asistencial. Son ejemplos:

- Pacientes que sufren una parada cardiorespiratoria fuera de los locales específicamente identificados como asistenciales (en el pasillo, en las salas de espera, etc.), durante la espera para ser atendidos o en el transcurso de la realización de exploraciones complementarias (en el Servicio de Radiología, Laboratorio de Análisis Clínicos, etc.).
- Neumotórax secundario a cateterización de la vena subclavia.
- Errores en la identificación de pacientes o cadáveres.
- Errores en la administración de fármacos o terapias diversas que afecten severamente a la situación clínica del paciente.

## **2.10. Electrocardiogramas realizados antes de los primeros 5 minutos de la llegada del paciente al centro en cuadros de dolor precordial**

Aún no ha sido definido con mayor extensión.

## **2.11. Trombolisis realizadas en los primeros 30 minutos desde la llegada al centro de pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio.**

Aún no ha sido definido con mayor extensión.

## **2.12. Reclamaciones**

**Descripción:** Es el porcentaje de reclamaciones de usuarios formuladas por escrito sobre el total de demandas asistenciales.

**Procedimiento:** En todos los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias y Servicios de Emergencias, se mantendrá un archivo de todas las reclamaciones efectuadas por los usuarios. Se contabilizarán todas las reclamaciones presentadas por escrito, cualquiera que sea el soporte en que lo haga la persona que la realiza y aspecto afectado.

También se tendrán en cuenta aquellas reclamaciones que incluyan a otras Unidades Funcionales, independientemente de que se proporcione al usuario una respuesta única o múltiple.

En caso de duda sobre la asignación, se asumirá el criterio de la Dirección del Centro o, en su defecto, de la Unidad de Atención al Paciente.

**Fórmula:**

**Nº reclamaciones formuladas por escrito x 100**

**Nº de demandas asistenciales en el periodo determinado**

## 2.13. Calidad percibida por los usuarios

**Descripción:** Es la opinión manifestada por los usuarios sobre aquellas características que consideran relevantes para catalogar el servicio que ofrecemos con mayor o menor grado de calidad, estando estrechamente relacionado con el grado de satisfacción obtenido.

**Procedimiento:** Se propone entregar al alta del paciente:

- Carta de presentación que explique el propósito del cuestionario.
- Encuesta (ver Anexo 4) que valora diez dimensiones de calidad consideradas importantes por los usuarios:
  - Del apartado 01 al 05 Recursos.
  - " " 06 al 08 Instalaciones.
  - " " 09 al 11 Accesibilidad.
  - " " 12 al 14 Capacidad de reacción.
  - " " 15 al 16 Efectividad.
  - " " 17 al 19 Seguridad.
  - " " 20 al 24 Relaciones interpersonales.
  - " " 25 al 27 Información.
  - " " 28 al 29 Calidad Científico-Técnica.
  - " " 30 al 32 Satisfacción general
- Cuestionario con otros aspectos (ver Anexo 4).

**Valoración:**

1. Puntuación media que alcanza cada apartado.
2. Puntuación media que alcanza cada dimensión.
3. Descripción de las personas que han contestado el cuestionario.

**Nota:**

*Este modelo de encuesta ha sido validado en el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias del Puerto de Santa María (Distrito Bahía de Cádiz). El trabajo fue comunicado en el IV Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial<sup>9</sup>.*

*La cautela debe regir en la interpretación de los resultados ya que debe ser validada en aquellas Unidades en las que esta encuesta sea utilizada.*



### 3. Anexo I: Listado de indicadores de calidad

Inicialmente se identificaron por el grupo de trabajo toda una amplia serie de **indicadores de calidad**, que se relacionan a continuación. Sólo los señalados con un (\*) son los que se están diseñando, desarrollando y validando en la práctica, como se ha descrito anteriormente en este documento.

- Tiempo de respuesta (\*).
  - De Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.
    - ◆ Tiempo de respuesta en la asistencia prestada en los Centros.
    - ◆ Tiempo de respuesta en la asistencia prestada en domicilio o en el lugar del suceso.
  - De los Equipos de Emergencias 061.
  - De los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias.
- Derivaciones al nivel superior (\*).
  - Por Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.
  - Traslados al hospital por los Equipos de Emergencias.
  - Pacientes observados por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias.
  - Pacientes ingresados por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias.
  - Pacientes ingresados derivados por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.
  - Pacientes ingresados trasladados al hospital por los Equipos de Emergencias.

- Reconsultas en las siguientes 24 horas al sistema de urgencias (\*).
- Cumplimentación de las historias clínicas (\*).
- Epicrisis en fallecimientos (éxitus).
- Codificación diagnóstica (\*).
- Calidad de la codificación diagnóstica.
- Reconsultas no previstas al Servicio de Urgencias hospitalario en los 15 días siguientes.
- Protocolización (\*).
- Seguimiento de protocolos.
- Mortalidad "in situ" (\*).
- Acontecimientos centinela (\*).
- Satisfacción de los clientes internos.
- Sesiones intragrupo específicas de mejora continua de calidad.
- Revisiones de mortalidad documentadas.
- Autopsias en los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias hospitalarios.
- Electrocardiogramas realizados antes de los primeros 5 minutos de la llegada al Centro en cuadros de dolor precordial (\*).
- Trombolisis realizadas en los primeros 30 minutos desde la llegada al Centro de pacientes con Diagnóstico de infarto agudo de miocardio (\*).
- Casos diagnósticos de error 0.
- Casos de traumatismos graves a los que se colocan dos vías periféricas.



#### **4. Anexo II: Listado de códigos de la CIE-9 más frecuentemente empleados en los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias**

El propósito fundamental de la codificación diagnóstica en los Dispositivos y Servicios de Cuidados Críticos de Urgencias y Emergencias consiste en identificar correctamente y con un criterio único los sucesivos procesos que son atendidos por los mismos, con el fin de mejorar la calidad científico-técnica y disponer de una herramienta útil con la que poder efectuar comparaciones.

Las características propias de las urgencias y de las estructuras de los diferentes Dispositivos y Servicios que las atienden, así como el hecho de carecer de un apoyo logístico por parte de los Servicios de Documentación Clínica, son elementos añadidos que hacen de la codificación diagnóstica al mismo tiempo que un instrumento útil, una necesidad.

Sobre la base de lo anteriormente expuesto se considera que la codificación de los procesos clínicos deberá ser efectuada por el médico lo que, aunque genera un trabajo extra al propio proceso asistencial, le proporciona una ayuda en la mejora del diagnóstico.

La clasificación diagnóstica utilizada actualmente en nuestro entorno sanitario para codificar es la CIE-9-MC. Esta es una clasificación general y no específica que incluye a la medicina de urgencias y emergencias por lo que a la hora de listar los procesos hemos de extraerlos de los distintos apartados existentes. Por tanto, se podrá llegar a una conclusión diagnóstica que será más o menos específica según los medios técnicos disponibles.

El Grupo de Calidad se propuso la tarea de revisar los diagnósticos realizados por los médicos de urgencias (hospitalarias y

extrahospitalarias). Posteriormente elaboró un listado provisional con los diagnósticos emitidos, lo que conllevó la necesaria traducción en algunos casos (por ej. en el caso del “catarro de vías altas”, CVA, HBrB, resfriado, etc., que en la CIE-9-MC se denomina rinitis aguda).

El siguiente paso fue unificar los criterios de conceptos y simplificar en lo posible la emisión de un diagnóstico, que puede empezar siendo sindrómico en urgencias extrahospitalarias, caso de la Hemorragia Digestiva Alta (HDA), y acabar específico, no ya en urgencias hospitalarias, sino inclusive en planta de hospital (cuando a esta HDA se le pongan los dígitos que correspondan al foco de sangrado: varices esofágicas, úlcera gástrica o úlcera duodenal).

También se ha tratado de evitar el codificar síntomas, como ángor hemodinámico o hipovolemia, en función de intentar encauzar un diagnóstico más preciso, deseable y exigible al médico de urgencias, como el tipo de arritmia que desencadena generalmente un ángor hemodinámico o la causa probable de la hipovolemia.

Por último, se confrontó la selección de códigos con la totalidad de diagnósticos omitidos en urgencias extrahospitalarias (Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Las Lagunas en el Distrito Costa del Sol y del Puerto de Santa María en el Distrito Bahía de Cádiz) y hospitalarias (Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Reina Sofía de Córdoba)\* y se pudo comprobar que los diagnósticos emitidos en estas unidades asistenciales alcanzaban el 98% de los incluidos en la selección de códigos.

Se añadieron cuatro códigos nuevos, relativos a situaciones frecuentes en urgencias, con la finalidad de detectar, medir y mejorar problemas de calidad de la historia clínica de urgencias. Se propone codificar “diagnóstico ilegible” (que pronto desaparecerá en

función del avance informático de las áreas de urgencias) y “no consta diagnóstico”, que llega a suponer actualmente casi un 10% de las historias analizadas

Los otros dos diagnósticos añadidos corresponden a “no acude a consulta” en lo relativo al paciente que acude a un servicio de urgencias, se toma la filiación y opta por irse antes de ser atendido (la actual historia clínica informatizada de urgencias en Atención Primaria ya recoge esta posibilidad como resolución del proceso) y “no se objetiva patología urgente”, frase expresada en bastantes de las historias clínicas revisadas.

Dado el interés en que la codificación sea utilizable por cualquier unidad asistencial es preciso incluir, dentro de lo posible, códigos más o menos genéricos. No obstante, esto no debe servir de excusa para que el médico de urgencias no intente indagar la causa que ha generado el motivo de consulta con sus propios medios. No es bueno olvidar que en medicina de urgencias y emergencias la clínica es el pilar fundamental, como se confirma ampliamente en los servicios de urgencias hospitalarios que tienen a su disposición medios técnicos de diagnóstico incluso de alta sofisticación.

Cuando se abordó el amplio listado de procesos y códigos incluidos en el CIE-9-MC se tuvo que tener presente todos los aspectos antes enunciados para decidir cuales incluir. Se ha procurado no hinchar innecesariamente el listado que carecería entonces de interés y por tanto de utilidad, ni reducirlo excesivamente, lo que dejaría a muchos procesos fuera el mismo.

Se decidió finalmente un borrador inicial de listado de códigos de procesos que, según la experiencia de los profesionales del Grupo, debe servir para comenzar esta andadura y que, **como**

**borrador que es**, ser susceptible de mejoras y correcciones por aquellos facultativos que trabajan en el ámbito de las urgencias y emergencias.

Se intentó hacer compatible un número suficiente de procesos que pueden ser diagnosticados en urgencias (algunos menos específicos y otros más) pero que en cualquier caso pueden utilizarse. Se excluyó el excesivo detalle que desde el punto de vista clínico no tiene interés y aquellos diagnósticos que no se hacen en ningún servicio de urgencias y es propio de pacientes ingresados en una planta de hospitalización.

Por último, se desecharon algunos códigos que se correspondían a síntomas muy inespecíficos que son más propios de un acto médico de escasa calidad, bien por dar a entender que se quedan en el puro síntoma o de otras alteraciones que no deben ser etiquetadas como diagnóstico.

Con seguridad este listado será revisado en el futuro ya que su implantación y utilización amplia permitirá que surjan propuestas de mejoras por los profesionales implicados en las urgencias y emergencias, haciendo de este un documento dinámico.

El Grupo de Calidad quiere agradecer a los compañeros que, a pesar de la casi nula difusión del listado, nos han aportado correcciones y sugerencias que han sido atendidas y analizadas con el mayor interés.

<sup>1</sup> DCCU Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias 1/97 del Servicio Andaluz de Salud. SCCU Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Resolución 6/94 del Servicio Andaluz.

Diagnóstico	Código
Abdomen agudo	567.9
Aborto espontaneo (no intencional)	634
Aborto ilegal ( intencional, no incluido en los supuestos legales)	636
Absceso corneal	370.55
Absceso en ano, recto o perianal	566
Absceso en boca	528.3
Absceso en cadera, muslo, pierna, rodilla o tobillo	682.6
Absceso en cara (excepto ojo y región periocular)	682.0
Absceso en colostomía o pericostomía	682.2
Absceso en cuello	682.1
Absceso en cuero cabelludo	682.8
Absceso en dedo de la mano o del pie (cualquier dedo)	681
Absceso en escroto	608.4
Absceso en glándula de bartholin (incluye bartholinitis)	616.3
Absceso en glándula salival	527.3
Absceso en glúteo	682.5
Absceso en herida quirúrgica	998.5
Absceso en hombro, axila, brazo, codo o antebrazo	682.3
Absceso en mandíbula	526.4
Absceso en mediastino	513.1
Absceso en muñeca y/o mano (se excluyen los dedos)	682.4
Absceso en órbita	376.01
Absceso en pabellón auricular o retroauricular	380.11
Absceso en pared torácica o abdominal	682.2
Absceso en parótida	527.3
Absceso en párpado	373.13
Absceso en pene	607.2
Absceso en pie (se excluyen los dedos)	682.7
Absceso en próstata	601.2
Absceso en pulmón	513.0
Absceso en riñón y/o perirrenal	590.2
Absceso en testículo	604.0
Absceso en zona de implantación de marcapasos	998.5
Absceso parafaríngeo	478.22

Diagnóstico	Código
Absceso periamigdalino	475
Absceso sistema nervioso central (cualquier localización)	324
Absceso subfrénico	998.5
Absceso testicular	388.71
Abstinencia a anfetaminas	304.40
Abstinencia a benzodiazepinas	304.10
Abstinencia a hachís (y derivados)	304.30
Abstinencia a heroína (y derivados)	304.00
Abstinencia a la cocaína	304.20
Abstinencia al alcohol	303.9
Abuso de anfetaminas	305.70
Abuso de cocaína	305.60
Abuso de hachís (y derivados)	305.20
Abuso de heroína (y derivados)	305.50
Accidente isquémico transitorio	435.9
Acné (sin especificar)	706.1
Acúfenos	388.30
ACVA (sin especificar isquémico o hemorrágico)	436
ACVA hemorrágico	431
ACVA isquémico, trombótico o embólico	434
Adenopatía	785.6
Aerofagia	306.4
Afonía	784.41
Aftas bucales	528.2
Agitación psicomotriz	307.9
Agotamiento psico-físico	300.5
Ahogamiento y sumersión no fatal (casi ahogamiento)	994.1
Ahorcamiento	E953.0
Alopecia	704.8
Alucinaciones	780.1
Amaurosis	368.11
Absceso en próstata	601.2
Amenaza de aborto	640.0
Amigdalitis aguda	463

Diagnóstico	Código
Amnesia global transitoria	300.12
Amputación traumática brazo y mano	887
Amputación traumática dedo de la mano (salvo el pulgar)	886
Amputación traumática dedo pulgar (mano)(con o sin otros dedos)	885
Amputación traumática dedos pie	895
Amputación traumática pie	896
Amputación traumática pierna	897
Anemia aplásica por tóxicos,fármacos	284.8
Anemia microcítica, megaloblástica (sin especificar la causa)	281.9
Anemia microcítica (sin especificar la causa)	280.9
Anemia microcítica por pérdidas crónicas de sangre	280.0
Anemia normocítica (sin especificar)	285.9
Aneurisma abdominal (sin mención de rotura)	441.4
Aneurisma aorta torácica (sin mención de rotura)	441.2
Aneurisma arteria extremidad inferior (sin rotura)	442.0
Aneurisma disecante aorta abdominal	441.02
Aneurisma disecante aorta torácica	441.01
Aneurisma disecante aorta torácica y abdominal	441.03
Aneurisma femoral con o sin rotura	442.3
Angina de pecho estable	413.9
Angina de pecho inestable	411.1
Angiomiolipoma	M88600
Anisocoria	379.41
Anorexia nerviosa	307.1
Ansiedad	300.00
Apendicitis aguda	540
Aplastamiento cadera y muslo	928.0
Aplastamiento cara, cuero cabelludo y/o cuello	925
Aplastamiento codo y/o antebrazo	927.1
Aplastamiento dedos de la mano	927.3
Aplastamiento dedos del pie	928.3
Aplastamiento hombro y/o brazo	927.0
Aplastamiento miembro inferior	928.8
Aplastamiento miembro superior	927.8

Diagnóstico	Código
Aplastamiento múltiple (varias localizaciones)	929.0
Aplastamiento múltiples sitios en tronco	926.8
Aplastamiento muñeca, mano y/o dedos	927.2
Aplastamiento rodilla y/o pierna	928.1
Aplastamiento tobillo y/o pie	928.2
Arteritis de la temporal	446.5
Arteritis o vasculitis (sin especificar tipo ni localización)	447.6
Artralgia de cadera	719.45
Artralgia de codo	719.42
Artralgia de columna dorsal	724.1
Artralgia de hombro	719.41
Artralgia de muñeca	719.43
Artralgia de rodilla	719.46
Artralgia de tobillo	719.47
Artralgia del carpo, metacarpo y/o falanges	719.44
Artralgia temporomandibular	524.60
Artritis de cadera (no séptica)	716.65
Artritis de codo (no séptica)	716.62
Artritis de hombro (no séptica)	716.61
Artritis de muñeca, mano y/o dedos (no séptica)	716.64
Artritis de rodilla (no séptica)	719.66
Artritis de tobillo y/o pie (no séptica)	716.67
Artritis gotosa (sin especificar localización)	274.0
Artritis reumatoide	714.2
Artritis séptica de cadera	711.95
Artritis séptica de codo	711.92
Artritis séptica de hombro	711.91
Artritis séptica de muñeca, mano y/o dedos	711.94
Artritis séptica de rodilla	711.96
Artritis séptica de tobillo	711.97
Artritis traumática de cadera	716.15
Artritis traumática de codo	716.12
Artritis traumática de hombro	716.11
Artritis traumática de mano	716.14



Diagnóstico	Código
Artritis traumática de muñeca	716.13
Artritis traumática de rodilla	716.16
Artritis traumática de tobillo, pie	716.17
Artritis traumática múltiple	716.19
Artrosis de cadera	715.95
Artrosis de codo	715.92
Artrosis de columna dorsal	721.2
Artrosis de columna lumbar y/o sacra	721.3
Artrosis de hombro	715.91
Artrosis de mano y dedos	715.94
Artrosis de rodilla	715.96
Artrosis de tobillo, pie y dedos	715.97
Artrosis muñeca	715.93
Artrosis rodilla	715.36
Ascariasis (sarna)	133.9
Ascitis (sin especificar causa ni si se indica paracentesis)	789.5
Asistencia anticonceptiva	V25
Asma bronquial con crisis de broncoespasmo	493.91
Asma bronquial sin crisis de broncoespasmo	493.90
Ataque epiléptico (sin especificar tipo)	345.9
Ataxia	781.3
Atelectasia	518.0
Avulsión de ojo (enucleación traumática)	871.3
Balanitis	607.81
Blefarconjuntivitis	372.2
Bloqueo AV de segundo grado 2:1	426.13
Bloqueo AV de segundo grado tipo I (con Wenckebach)	426.13
Bloqueo AV de segundo grado tipo II (Mobitz II)	426.12
Bloqueo AV de tercer grado o completo	426.0
Bloqueo de rodilla	718.86
Boca séptica	523.4
Broncoaspiración	934.9
Broncoespasmo (no asmático ni epoc)	519.1
Bronconeumonía	485

Diagnóstico	Código
Bronquiectasias	494
Bronquiolitis aguda	466.1
Bronquitis aguda	466.0
Bronquitis crónica no obstructiva	491.0
Brote psicótico	298.3
Brote ulceroso	533.3
Bulimia	307.51
Bulto o masa en la mama	611.72
Bursitis codo, mano o rodilla	727.2
Bursitis prerrotuliana	726.65
Calambre	729.82
Calambres por calor	992.2
Cambio de catéter de ureterostomía	59.93
Cambio de escayola	V53.7
Cambio de sonda nasogástrica	97.01
Cambio de sonda vesical	57.95
Cáncer de colon	153
Cáncer de esófago	150
Cáncer de estomago	151
Cáncer de hígado	155
Cáncer de laringe	161
Cáncer de mama (mujer)	174
Cáncer de páncreas	157
Cáncer de próstata	185
Cáncer de pulmón	162.9
Cáncer de recto	154
Cáncer de testículo	186.9
Cáncer de tiroides	193
Cáncer de vejiga	188
Cáncer de vías biliares	156
Candidiasis oral	112.0
Candidiasis vaginal	112.1
Carcinoma metastásico (sin especificar primario)	M80106
Catarata	366

Diagnóstico	Código
Cateterismo	57.23
Causticación en la cornea	940.2
Cefalea de Horton	346.2
Cefalea postpunción lumbar	349.0
Cefalea tensional	307.81
Cervicalgia	723.1
Cervicoartrosis	721.0
Cervicobraquialgia	723.3
Cetoacidosis diabética	250.1
Ciática, ciatalgia, lumbociática o lumbociatalgia	724.3
Cinetosis	994.6
Cirrosis biliar	571.6
Cirrosis hepática (sin especificar la causa)	571.5
Cirrosis hepática alcohólica	571.2
Cistitis aguda (incluye cistitis hemorrágica)	595.0
Claudicación intermitente	440.21
Colangitis	576.1
Colecistitis aguda	575.0
Coledocolitiasis	574.50
Cólico abdominal infantil	789.0
Cólico biliar complicado	574.21
Cólico biliar simple (no complicado)	574.20
Cólico nefrítico (cólico renoureteral)	788.0
Colitis ulcerosa	556.9
Colocación o revisión de vendaje compresivo	93.56
Colon irritable	564.1
Coma hepático	572.2
Coma hiperosmolar	250.2
Coma y estupor	780.0
Compresión medular	336.9
Condiloma acuminado	078.1
Condritis	733.90
Condrocalcinosis	712.3
Conjuntivitis aguda	372.00

Diagnóstico	Código
Consulta por un problema administrativo (excluidos los especificados)	V68.09
Contusión en abdomen	922.2
Contusión en antebrazo	923.10
Contusión en brazo	923.03
Contusión en cabeza, cara y/o cuello (se excluye el ojo)	920
Contusión en cadera	924.01
Contusión en codo	923.11
Contusión en dedo mano (uno o varios)	923.3
Contusión en dedo pie (uno o varios)	924.3
Contusión en espalda (incluye región lumbar y sacrococcígea)	922.3
Contusión en esternón, clavícula y/o costillas (da igual el n°)	922.1
Cefalea tensional	307.81
Cervicalgia	723.1
Cervicoartrosis	721.0
Cervicobraquialgia	723.3
Contusión en genitales (da igual el sexo)	922.4
Contusión en hombro	923.00
Contusión en mandíbula	920
Contusión en mano	923.20
Contusión en muñeca	923.21
Contusión en muslo	924.00
Contusión en nariz	920
Contusión en ojo (incluye los anejos)	921
Contusión en pared torácica	922.1
Contusión en pared torácica y abdominal	922.9
Contusión en pie	924.20
Contusión en pierna	924.10
Contusión en rodilla	924.11
Contusión en tobillo	924.21
Contusión múltiple en el miembro superior	923.8
Contusión múltiple en miembro inferior	924.4
Convulsión febril (referida a la convulsión febril típica)	780.3
Convulsión no epiléptica	780.3
Crisis de ansiedad	300.00

Diagnóstico	Código
Crisis hipertensiva	437.2
Crisis histérica	300.11
Croup (croup espasmódico o laringitis estridulosa)	464.4
Cuerpo extraño en antebrazo	913.6
Cuerpo extraño en árbol respiratorio	934.9
Cuerpo extraño en cabeza o en cara	910.6
Cuerpo extraño en cadera, muslo, rodilla, pierna, tobillo	916.6
Cuerpo extraño en cornea	930.0
Cuerpo extraño en dedo de la mano	915.6
Cuerpo extraño en esófago	935.1
Cuerpo extraño en faringe	933.0
Cuerpo extraño en hombro y/o en brazo	912.6
Cuerpo extraño en muñeca y/o en mano	914.6
Cuerpo extraño en nariz	932
Cuerpo extraño en oído	931
Cuerpo extraño en pared torácica, abdominal o pelvis	911.6
Cuerpo extraño en pene	939.3
Cuerpo extraño en pie o en dedo del pie	917.6
Cuerpo extraño en pulmón	934.8
Cuerpo extraño en recto o ano	937
Cuerpo extraño en tejido blando	729.6
Cuerpo extraño en tubo digestivo (salvo esófago, recto o ano)	938
Cuerpo extraño en vulva o vagina	939.2
Cuerpo extraño intraocular	360.60
Cuerpo libre articular	718.1
Chalazion	373.2
Dacriocistitis aguda	375.30
Dehiscencia de sutura	998.3
Delirio agudo	293.0
Delirio agudo inducido por droga	292.81e
Delirium tremens	291.0
Demencia arteriosclerótica	290.40
Demencia presenil	290.1
Demencia senil	290.0

Diagnóstico	Código
Depresión	300.4
Dermatitis atópica	691.8
Dermatitis de contacto	692
Dermatitis por cosméticos	692.81
Dermatitis solar	692.7
Derrame pericárdico	420.99
Derrame pleural	511.9
Descarga eléctrica	E925.9
Deshidratación	276.5
Desprendimiento de retina	361
Diabetes insípida nefrogénica	588.1
Diabetes insípida neurogénica	253.5
Diabetes mellitus tipo 1 descompensada sin cetoacidosis	250.03
Diabetes mellitus tipo 2 con afectación circulatoria	250.73
Diabetes mellitus tipo 2 descompensada sin coma	250.02
Diaforesis	780.8
Diagnóstico ilegible	V71.96
Diarrea (sin especificar causa)	787.91
Diarrea infecciosa	009.2
Diarrea por transgresión dietética	558.9
Diplopia	368.2
Disfagia	787.2
Disfonía	784.49
Dismenorrea	625.3
Dispepsia	536.8
Distonía aguda	781.0
Distonía aguda por fármacos	332.1
Distrés respiratorio del adulto	769
Diverticulitis	562.11
Diverticulosis	562.10
Doble lesión mitral	394.2
Dolor abdominal en cuadrante inferior derecho	789.03
Dolor abdominal en cuadrante inferior izquierdo	789.04

Diagnóstico	Código
Dolor abdominal en cuadrante superior derecho	789.01
Dolor abdominal en cuadrante superior izquierdo	789.02
Dolor abdominal epigástrico	789.06
Dolor abdominal generalizado (difuso)	789.07
Dolor abdominal periumbilical	789.05
Dolor costal	786.50
Dolor durante la ovulación	625.2
Dolor en ano, recto o perianal	569.42
Dolor en espalda (excluyendo región lumbar)	724.5
Dolor en miembros	729.5
Dolor en ojo o periocular	379.91
Dolor en testículo	608.9
Dolor facial atípico	350.2
Dolor osteomuscular difuso	780.9
Dolor precordial	786.51
Dolor región temporomandibular (sin especificar)	524.6
Eccema (incluye otra dermatitis no especificada)	692.89
Eclampsia	642.6
Edema	782.3
Edema agudo de pulmón	518.4
Edema angioneurótico	995.1
Edema conjuntival	372.73
Edema de cornea (sin conocer la causa)	371.20
Edema de cornea secundario a lentes de contacto	371.24
Edema de labio	528.5
Edema faríngeo	478.25
Edema laríngeo	478.6
Edema palpebral	374.82
Efecto adverso a la penicilina y derivados	E930.0
Efecto adverso de analgésicos, antipiréticos y/o antirreumáticos	E935
Efecto adverso de antagonistas de opiáceos	E940.1
Efecto adverso de antiarrítmicos	E942.0
Efecto adverso de antibióticos	E930

Diagnóstico	Código
Efecto adverso de anticoagulantes	E934.2
Efecto adverso de anticonvulsivantes y/o antiparkinsonianos	E936
Efecto adverso de antidepresivos	E939.0
Efecto adverso de antihistamínicos	E933.0
Efecto adverso de antiinfecciosos no antibióticos	E931
Efecto adverso de antineoplásicos	E933.1
Efecto adverso de benzodiazepinas	E939.4
Efecto adverso de derivados de butirofenona	E939.2
Efecto adverso de derivados de fenotiacinas	E939.1
Efecto adverso de diuréticos	E944.4
Efecto adverso de hormonas o tratamiento hormonal	E932
Efecto adverso de la digoxina (intoxicación no suicida)	E942.1
Efecto adverso de sedantes y/o hipnóticos	E937
Efecto adverso de teofilina	E944.1
Efecto adverso de vasodilatadores coronarios	E942.4
Efecto secundario fármaco gastrointestinal	E943
Electrocución no fatal	994.8
Embarazo ectópico	633.9
Embolia arteria miembro inferior	444.22
Endocarditis (sin especificar la causa)	424.90
Enfermedad de Crohn	555
Enfermedad de Cushing	255.0
Enfermedad de Hodgkin	201.9
Enfermedad de los buzos	993.3
Enfermedad de Paget	731.0
Enfermedad de Parkinson	332
Enfermedad del seno	427.81
Enfermedad venérea no especificada	099.9
Enfisema pulmonar	492.8
Enfisema subcutáneo traumático	958.7
Envenenamiento accidental con ácidos	E864.1
Envenenamiento accidental con alcohol metílico	E860.2
Envenenamiento accidental con alimentos y/o plantas venenosas	E865
Envenenamiento accidental con cáusticos	E864.2



Diagnóstico	Código
Envenenamiento accidental con detergentes	E861.0
Envenenamiento accidental con gas ciudad	E867
Envenenamiento accidental con gasolina	E862.0
Envenenamiento accidental con insecticidas	E863
Envenenamiento accidental con monóxido de carbono	E868.9
Envenenamiento accidental por gas	E869.9
Epicondilitis lateral (codo del tenista)	726.32
Epifisiolisis femoral	732.2
Epiglotitis aguda	464.30
Epilepsia, crisis generalizada convulsiva	345.1
Epilepsia, crisis generalizada no convulsiva	345.0
Epilepsia, crisis parcial compleja	345.4
Epilepsia, crisis parcial secundariamente generalizada	345.4
Epilepsia, crisis parcial simple	345.5
Epilepsia, estatus convulsivo	345.3
Epilepsia, estatus no convulsivo	345.2
Epilepsia, estatus parcial (simple o complejo)	345.7
Episcleritis	379.0
Epistaxis	784.7
Epoc descompensado	491.21
Epoc no descompensado	491.20
Equimosis espontaneas (petequias)	782.7
Eritema del pañal (dermatitis del pañal)	691.0
Eritema local (reacción local postvacunal)	695.9
Eritema nodoso	695.2
Erosión corneal	371.42
Esclerosis lateral amiotrófica	335.20
Esclerosis múltiple	340
Escoliosis	737.9
Esguince acromioclavicular	840.0
Esguince cervical	847.0
Esguince de cadera	843.9
Esguince de codo	841.9
Esguince de dedos (no especifica si de mano o pie)	842.13

Diagnóstico	Código
Esguince de espalda	847.9
Esguince de hombro	840.9
Esguince de la mano	842.1
Esguince de muñeca	842.0
Esguince de rodilla	844.9
Esguince de tobillo	845.0
Esguince del carpo	842.01
Esguince del ligamento deltoideo	845.01
Esguince del pie	845.1
Esofagitis por candida	112.84
Esofagitis por reflujo	530.11
Espasmo de vejiga	596.8
Espasmo esofágico	530.5
Espasmo muscular	728.85
Espondilitis anquilosante	720.0
Espondiloartrosis (salvo columna cervical)	721.90
Esputo anormal	786.4
Esquizofrenia paranoide	295.3
Esteatorrea pancreática	579.4
Estenosis aórtica	395.0
Estenosis mitral	394.0
Estenosis pilórica	537
Estenosis traqueal	519.1
Estenosis uretral	598.9
Estomatitis	528.0
Estreñimiento	564.0
Estridor	786.1
Exantema vírico	057.9
Exoftalmos	376.30
Explicación de medicación (en paciente atendido previamente)	V65.4
Faringitis aguda	462
Feocromocitoma	255.6
Fibrilación auricular	427.31

Diagnóstico	Código
Fibrilacion ventricular	427.41
Fibrosis pulmonar	515
Fiebre botonosa	082.1
Fístula anal	565.1
Fisura anal	565.0
Fisura del pezón	611.2
Flatulencia, meteorismo, eructos	787.3
Flemón dentario (sin fistula)	522.5
Flutter auricular	427.32
Fractura costal múltiple, abierta	807.19
Fractura costal múltiple, cerrada	807.09
Fractura costal, abierta	807.1
Fractura costal, cerrada	807.0
Fractura de base de cráneo, abierta, con contusión cerebral	801.6
Fractura de base de cráneo, abierta, con hemorragia intracerebral	801.8
Fractura de base de cráneo, abierta, con hemorragia subaracnoidea, subdural y/o extradural	801.7
Fractura de base de cráneo, abierta, con lesión intracraneal no especificada	801.9
Fractura de base de cráneo, abierta, sin lesión intracraneal	801.5
Fractura de base de cráneo, cerrada, con contusión cerebral	801.1
Fractura de base de cráneo, cerrada, con hemorragia intracerebral	801.3
Fractura de base de cráneo, cerrada, con hemorragia subaracnoidea, subdural y/o extradural	801.2
Fractura de base de cráneo, cerrada, con lesión intracraneal no especificada	801.4
Fractura de base de cráneo, cerrada, sin lesión intracraneal	801.0
Fractura de bóveda de cráneo, abierta, con contusión cerebral	800.6
Fractura de bóveda de cráneo, abierta, con hemorragia subaracnoidea, subdural y/o extradural	800.7
Fractura de bóveda de cráneo, abierta, con hemorragia intracerebral	800.8
Fractura de bóveda de cráneo, abierta, con lesión intracraneal no especificada	800.9
Fractura de bóveda de cráneo, abierta, sin lesión intracraneal	800.5
Fractura de bóveda de cráneo, cerrada, con contusión cerebral	800.1
Fractura de bóveda de cráneo, cerrada, con hemorragia subaracnoidea, subdural y/o extradural	800.2
Fractura de bóveda de cráneo, cerrada, con hemorragia intracerebral	800.3

Diagnóstico	Código
Fractura de bóveda de cráneo, cerrada, con lesión intracraneal no especificada	800.4
Fractura de bóveda de cráneo, cerrada, sin lesión intracraneal	800.0
Fractura de cadera, abierta	820.9
Fractura de cadera, cerrada	820.8
Fractura de calcáneo, abierta	825.1
Fractura de calcáneo, cerrada	825.0
Fractura de clavícula, abierta	810.1
Fractura de clavícula, cerrada	810.0
Fractura de colles, abierta	813.51
Fractura de colles, cerrada	813.41
Fractura de cráneo, cara, múltiple, abierta, con contusión cerebral	804.6
Fractura de cráneo, cara, múltiple, abierta, con hemorragia subaracnoidea, subdural y/o extradural	804.7
Fractura de cráneo, cara, múltiple, abierta, con hemorragia intracerebral	804.8
Fractura de cráneo, cara, múltiple, abierta, con lesión intracraneal no especificada	804.9
Fractura de cráneo, cara, múltiple, abierta, sin lesión intracraneal	804.5
Fractura de cráneo, cara, múltiple, cerrada, con contusión cerebral	804.1
Fractura de cráneo, cara, múltiple, cerrada, con hemorragia subaracnoidea, subdural y/o extradural	804.2
Fractura de cráneo, cara, múltiple, cerrada, con hemorragia intracerebral	804.3
Fractura de cráneo, cara, múltiple, cerrada, con lesión intracraneal no especificada	804.4
Fractura de cráneo, cara, múltiple, cerrada, sin lesión intracraneal	804.0
Fractura de cubito y radio, abierta	813.93
Fractura de cubito y radio, cerrada	813.83
Fractura de cubito y radio, diáfisis, abierta	813.33
Fractura de cubito y radio, diáfisis, cerrada	813.23
Fractura de cubito y radio, extremo inferior, abierta	813.54
Fractura de cubito y radio, extremo inferior, cerrada	813.44
Fractura de cubito y radio, extremo superior, abierta	813.18
Fractura de cubito y radio, extremo superior, cerrada	813.08
Fractura de cubito, abierta	813.92
Fractura de cubito, cerrada	813.82
Fractura de cubito, diáfisis, abierta	813.32

Diagnóstico	Código
Fractura de cubito, diáfisis, cerrada	813.22
Fractura de cubito, extremo inferior, abierta	813.53
Fractura de cubito, extremo inferior, cerrada	813.43
Fractura de cubito, extremo superior, abierta	813.14
Fractura de cubito, extremo superior, cerrada	813.04
Fractura de escafoides mano, abierta	814.11
Fractura de escafoides mano, cerrada	814.01
Fractura de escápula, abierta	811.1
Fractura de escápula, cerrada	811.0
Fractura de esternón, abierta	807.3
Fractura de esternón, cerrada	807.2
Fractura de falanges de la mano, abierta	816.1
Fractura de falanges de la mano, cerrada	816.0
Fractura de falanges del pie, abierta	826.1
Fractura de falanges del pie, cerrada	826.0
Fractura de fémur, abierta	821.10
Fractura de fémur, cabeza, abierta	820.19
Fractura de fémur, cabeza, cerrada	820.09
Fractura de fémur, cerrada	821.00
Fractura de fémur, cuello, abierta	820.9
Fractura de fémur, cuello, cerrada	820.8
Fractura de fémur, diáfisis, abierta	821.11
Fractura de fémur, diáfisis, cerrada	821.01
Fractura de fémur, extremo inferior, abierta	821.30
Fractura de fémur, extremo inferior, cerrada	821.20
Fractura de hueso malar y/o maxilar, abierta	802.5
Fractura de hueso malar y/o maxilar, cerrada	802.4
Fractura de huesos de la mano, múltiple, abierta	817.1
Fractura de huesos de la mano, múltiple, cerrada	817.0
Fractura de huesos del carpo, abierta	814.10
Fractura de huesos del carpo, cerrada	814.00
Fractura de huesos nasales, abierta	802.1
Fractura de huesos nasales, cerrada	802.0
Fractura de humero, abierta	812.30
Fractura de humero, cerrada	812.20

Diagnóstico	Código
Fractura de humero, diáfisis, abierta	812.31
Fractura de humero, diáfisis, cerrada	812.21
Fractura de humero, extremo inferior, abierta	812.5
Fractura de humero, extremo inferior, cerrada	812.4
Fractura de humero, extremo superior, abierta	812.1
Fractura de humero, extremo superior, cerrada	812.0
Fractura de laringe, traquea, abierta	807.6
Fractura de laringe, traquea, cerrada	807.5
Fractura de mandíbula, abierta	802.3
Fractura de mandíbula, cerrada	802.2
Fractura de metacarpo, abierta	815.10
Fractura de metacarpo, cerrada	815.00
Fractura de metatarsianos, abierta	825.35
Fractura de metatarsianos, cerrada	825.25
Fractura de monteggia, abierta	813.13
Fractura de monteggia, cerrada	813.03
Fractura de olécranon cerrada	813.01
Fractura de pelvis, abierta	808.9
Fractura de pelvis, cerrada	808.8
Fractura de peroné, abierta	823.91
Fractura de peroné, cerrada	823.81
Fractura de peroné, diáfisis, abierta	823.31
Fractura de peroné, diáfisis, cerrada	823.21
Fractura de peroné, extremo superior, abierta	823.11
Fractura de peroné, extremo superior, cerrada	823.01
Fractura de radio, abierta	813.91
Fractura de radio, cerrada	813.81
Fractura de radio, diáfisis, abierta	813.31
Fractura de radio, diáfisis, cerrada	813.21
Fractura de radio, extremo inferior, abierta	813.52
Fractura de radio, extremo inferior, cerrada	813.42
Fractura de radio, extremo superior, abierta	813.17
Fractura de radio, extremo superior, cerrada	813.07
Fractura de rotula, abierta	822.1

Diagnóstico	Código
Fractura de rotula, cerrada	822.0
Fractura de sacro o cóccix, abierta, con lesión medular	806.7
Fractura de sacro o cóccix, abierta, sin lesión medular	805.7
Fractura de sacro o cóccix, cerrada, con lesión medular	806.6
Fractura de sacro o cóccix, cerrada, sin lesión medular	805.6
Fractura de suelo de órbita, abierta	802.7
Fractura de suelo de órbita, cerrada	802.6
Fractura de tarso (salvo calcáneo), abierta	825.39
Fractura de tarso (salvo calcáneo), cerrada	825.29
Fractura de tibia y peroné, abierta	823.8
Fractura de tibia y peroné, cerrada	823.9
Fractura de tibia y peroné, diáfisis, abierta	823.3
Fractura de tibia y peroné, diáfisis, cerrada	823.2
Fractura de tibia y peroné, extremo superior, abierta	823.1
Fractura de tibia y peroné, extremo superior, cerrada	823.0
Fractura de tibia, abierta	823.90
Fractura de tibia, cerrada	823.80
Fractura de tibia, diáfisis, abierta	823.30
Fractura de tibia, diáfisis, cerrada	823.20
Fractura de tibia, extremo superior, abierta	823.10
Fractura de tibia, extremo superior, cerrada	823.00
Fractura de tobillo, abierta	824.9
Fractura de tobillo, cerrada	824.8
Fractura de vértebra cervical, abierta, con lesión medular	806.1
Fractura de vértebra cervical, abierta, sin lesión medular	805.1
Fractura de vértebra cervical, cerrada, con lesión medular	806.0
Fractura de vértebra cervical, cerrada, sin lesión medular	805.0
Fractura de vértebra dorsal, abierta, con lesión medular	806.3
Fractura de vértebra dorsal, abierta, sin lesión medular	805.3
Fractura de vértebra dorsal, cerrada, con lesión medular	806.2
Fractura de vértebra dorsal, cerrada, sin lesión medular	805.2
Fractura de vértebra lumbar, abierta, con lesión medular	806.5
Fractura de vértebra lumbar, abierta, sin lesión medular	805.5
Fractura de vértebra lumbar, cerrada, con lesión medular	806.4

Diagnóstico	Código
Fractura de vértebra lumbar, cerrada, sin lesión medular	805.4
Fractura patológica (sin especificar localización)	733.10
Fractura peritrocantérea, cerrada	820.2
Ganglión	727.4
Gangrena	785.4
Gastritis aguda	535.0
Gastritis alcohólica sin hemorragia	535.30
Gastroenteritis aguda	009.1
Gingivitis aguda	523.0
Glaucoma	365.9
Golpe de calor	992.0
Gonorrea	098
Gota	274
Grietas (fisuras) en pezón (en puerperio)	676.1
Gripe	487
Helmintiasis intestinal	127.9
Hematoma en oreja	380.31
Hematoma subdural	432.1
Hematoma vaginal	623.6
Hematuria	599.7
Hemocromatosis	275.0
Hemoptisis	786.3
Hemorragia antepártum (debida a alteraciones placentarias)	641.9
Hemorragia de garganta	784.8
Hemorragia digestiva alta	578.9
Hemorragia en postmenopáusica	627.1
Hemorragia en vítreo	379.23
Hemorragia subaracnoidea	430
Hemorragia subaracnoidea traumática (no mención de lesión craneal)	852.00
Hemorragia subconjuntival	372.72
Hemorragia vaginal (por lesión en pared vaginal)	623.8
Hemorragia y/o supuración umbilical	789.9
Hemorroides externa complicada	455.5



Diagnóstico	Código
Hemorroides externa sin complicación	455.3
Hemorroides interna complicada	455.1
Hemorroides interna sin complicación	455.0
Hemosiderosis pulmonar	516.1
Hemotórax	511.8
Hepatitis aguda	573.3
Hepatitis alcohólica	571.1
Hepatitis crónica	571.40
Herida en (erosión) en oreja	872.01
Herida en anejos del ojo	870
Herida en antebrazo	881.00
Herida en boca	873.60
Herida en brazo	880.03
Herida en cadera, glúteo y/o muslo	890.0
Herida en canal auditivo	872.02
Herida en cara, mejilla, ceja, y/o mandíbula	873.4
Herida en codo	881.01
Herida en conjuntiva	372.9
Herida en cuello	874
Herida en cuero cabelludo	873.0
Herida en dedos de la mano	883.0
Herida en dedos del pie	893
Herida en espalda	876
Herida en fosas nasales	873.22
Herida en frente	873.42
Herida en labio	873.43
Herida en mano	882
Herida en muñeca	881.02
Herida en nariz	873.2
Herida en pene	878.0
Herida en pie	892
Herida en pierna, rodilla y/o tobillo	894.0
Hernia crural complicada	552.0

Diagnóstico	Código
Hernia de hiato	553.3
Hernia inguinal complicada	550.1
Hernia inguinal no complicada	550.9
Hernia umbilical complicada	552.1
Hernia umbilical sin complicación	553.1
Herpangina	074.0
Herpes simple	054.9
Herpes zóster	053.9
Hidrartrrosis de rodilla	719.06
Hidrocefalia	331.4
Hidrocele	603.9
Hidronefrosis	591
Higroma en codo	719.02
Hipercalcemia	275.42
Hiperemia conjuntival	372.71
Hipernatremia	276.0
Hiperparatiroidismo	252.0
Hiperpotasemia	276.7
Hipersomnia	780.54
Hipertensión arterial	401.9
Hipertensión del embarazo	642.9
Hipertensión portal	572.3
Hipertiroidismo (con crisis tirotóxica)	242.91
Hipertiroidismo (sin crisis tirotóxica)	242.90
Hipertrofia de adenoides	474.12
Hiperventilación psicógena	306.1
Hipo	786.8
Hipocalcemia	275.41
Hipocondría	300.7
Hipoglucemia	251.2
Hiponatremia	276.1
Hipoparatiroidismo	252.1
Hipopotasemia	276.8

Diagnóstico	Código
Hipotensión ortostática	458.0
Hipotermia	991.6
Hipotiroidismo	244.9
Historia no recibida en admisión	V71.9c
IAM (sin especificar localización ni tipo)	410
IAM anterior (incluye anterior, septal y lateral)	410.1
IAM inferior o diafragmático	410.4
IAM inferoposterior	410.3
IAM posterior	410.6
IAM subendocárdico	410.7
Ictericia (sin especificar el tipo ni causa)	782.4
Ictericia obstructiva	574.51
Ileo paralítico	560.1
Impétigo	684
Incontinencia urinaria	788.3
Incoordinación motora	781.3
Infección de la piel	686.9
Infección de vías respiratorias altas	465
Infección de vías urinarias (sin especificar)	599.0
Infección prótesis articular	996.6
Ingesta accidental de cáusticos	E924.1
Ingesta accidental de pirazonas	E850.5
Ingreso cadáver	798.9
Insomnio	780.52
Insuficiencia aórtica	395.1
Insuficiencia cardiaca congestiva	428.0
Insuficiencia cardiaca izquierda (no EAP)	428.1
Insuficiencia mitral	394.1
Insuficiencia renal (sin especificar tipo)	586
Insuficiencia renal aguda	584
Insuficiencia renal crónica	585
Insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada	518.84
Insuficiencia respiratoria crónica (sin agudización)	518.83
Insuficiencia suprarrenal	255.4

Diagnóstico	Código
Insuficiencia venosa	459.81
Intoxicación (autolisis) por álcalis	963.3
Intoxicación (autolisis) por alcohol metílico	980.1
Intoxicación (autolisis) por anfetaminas	969.7
Intoxicación (autolisis) por antiarrítmicos (no digital)	972.0
Intoxicación (autolisis) por antibióticos	960
Intoxicación (autolisis) por anticoagulantes	964.2
Intoxicación (autolisis) por anticonvulsivantes y/o antiparkinsonianos	966
Intoxicación (autolisis) por antidepresivos	969.0
Intoxicación (autolisis) por anti diabéticos orales	962.3
Intoxicación (autolisis) por antieméticos	963.0
Intoxicación (autolisis) por antihistamínicos	963.0
Intoxicación (autolisis) por antiinfecciosos (no antibióticos)	961
Intoxicación (autolisis) por antineoplásicos	963.1
Intoxicación (autolisis) por anti reumáticos	965.6
Intoxicación (autolisis) por barbitúricos	967.0
Intoxicación (autolisis) por benzodiazepinas	969.4
Intoxicación (autolisis) por butirofenonas	969.2
Intoxicación (autolisis) por cocaína	968.5
Intoxicación (autolisis) por digoxina y derivados	972.1
Intoxicación (autolisis) por disuasores del alcohol	977.3
Intoxicación (autolisis) por fármacos (sin especificar)	977.9
Intoxicación (autolisis) por fenotiacinas	969.1
Intoxicación (autolisis) por hormonas y/o tratamiento hormonal (no diabetes)	962
Intoxicación (autolisis) por humo	987.9
Intoxicación (autolisis) por ingesta de cáusticos	983.2
Intoxicación (autolisis) por ingesta de gasolina	981
Intoxicación (autolisis) por insulina	962.3
Intoxicación (autolisis) por opiáceos	965.0
Intoxicación (autolisis) por paracetamol	965.4
Intoxicación (autolisis) por salicilatos	965.1
Intoxicación (autolisis) por sedante o hipnótico	967.9
Intoxicación (autolisis) por teofilina	974.1

Diagnóstico	Código
Intoxicación (autólisis) por tranquilizantes	950.3 e
Intoxicación (autólisis) por vasodilatadores coronarios	972.4
Intoxicación etílica aguda (en etilismo crónico)	303.00
Intoxicación etílica aguda (no etilismo crónico)	305.00
Invaginación intestinal	560.0
Iridociclitis aguda	364.0
Isquemia arterial	447.1
Isquemia crónica de miembros	443.9
Isquemia intestinal o mesentérica	557
Laparocele	553.21
Laparocele complicado	552.21
Laringitis aguda	464.0
Laringotraqueitis vírica (laringitis subglótica, falso croup)	464.2
Lesión superficial en cadera, muslo, rodilla, pierna, tobillo infectada	916.9
Lesión superficial en cadera, muslo, rodilla, pierna, tobillo no infectada	916.8
Lesión superficial en cara, cuello, cuero cabelludo (salvo ojo) infectada	910.9
Lesión superficial en cara, cuello, cuero cabelludo (salvo ojo) no infectada	910.8
Lesión superficial en codo, antebrazo, muñeca infectada	913.9
Lesión superficial en codo, antebrazo, muñeca no infectada	913.8
Lesión superficial en conjuntiva	918.2
Lesión superficial en cornea	371.9
Lesión superficial en cornea	918.1
Lesión superficial en dedos (mano) infectada	915.9
Lesión superficial en dedos (mano) no infectada	915.8
Lesión superficial en hombro, brazo infectada	912.9
Lesión superficial en hombro, brazo no infectada	912.8
Lesión superficial en mano infectada	914.9
Lesión superficial en mano no infectada	914.8
Lesión superficial en múltiples sitios infectada	919.9
Lesión superficial en múltiples sitios no infectada	919.8
Lesión superficial en párpados, zona periocular	918.0
Lesión superficial en pie, dedos del pie infectada	917.9
Lesión superficial en pie, dedos del pie no infectada	917.8

Diagnóstico	Código
Lesión superficial en tronco infectada	911.9
Lesión superficial en tronco no infectada	911.8
Leucemia aguda	M98013
Leucemia linfoide aguda	204.0
Leucemia linfoide crónica	204.1
Leucemia mieloide aguda	205.0
Leucemia mielóide crónica	205.1
Linfangitis	457.2
Linfangitis aguda	682.9
Linfoma	202.8
Lipoma	214.9
Lumbalgia	724.2
Lupus eritematoso sistémico	710.0
Luxación acromioclavicular, cerrada	831.04
Luxación de codo, cerrada	832.00
Luxación de hombro, cerrada	831.00
Luxación de mandíbula, cerrada	830.0
Luxación de muñeca, cerrada	833.00
Luxación de rodilla, cerrada	836.50
Luxación de rotula, cerrada	836.3
Luxación interfalángica de mano, cerrada	834.02
Luxación interfalángica de pie, cerrada	838.06
Luxación metacarpofalángica, cerrada	834.01
Luxación recurrente (sin especificar localización)	718.30
Luxación vertebral, cerrada	839.40
Mal de Pott	015.0
Malestar general, astenia	780.7
Marcapasos disfuncionante	996.01
Mareos	780.4
Masa en abdomen y/o pelvis	789.3
Masa en hipocondrio derecho	789.31
Masa mediastínica	786.6
Masa rectal	787.9

Diagnóstico	Código
Mastitis y absceso mama puerperal	675.1
Mastitis, absceso en mama (fuera del embarazo, parto y puerperio)	611.0
Mastodinia	611.71
Mediastinitis	519.2
Melanoma	172
Meningismo	781.6
Meningitis aguda bacteriana	320
Meningitis aguda no bacteriana	321
Menorragia (incluye la polimenorrea y la menometrorragia)	626.2
Metástasis hepática	197.7
Metástasis pulmonar	197.0
Metrorragia (hemorragia no relacionada con el ciclo menstrual)	626.6
Mialgia	729.1
Miastenia gravis	358.0
Midriasis	379.43
Mieloma múltiple	203.0
Mielopatía cervical	722.71
Migraña clásica	346.0
Migraña común	346.1
Miocarditis aguda	422.90
Mononeuritis miembro inferior	355.8
Mononeuritis miembro superior	354.9
Mononucleosis infecciosa	075
Monoplejía	781.4
Mordedura de perro	E906.0
Mordedura de animal (no rata, perro) (salvo artrópodo)	E906.3
Mordedura de rata	E906.1
Mordedura humana intencional	E968.8
Moscas volantes	379.24
Muerte instantánea	798.1
Muerte súbita	798.2
Muguet (candidiasis oral en el recién nacido o lactante pequeño)	112.0
Necrosis cabeza de fémur	733.42

Diagnóstico	Código
Neumohemotórax traumático	860.4
Neumonía	486
Neumotórax (no traumático ni a tensión)	512.8
Neumotórax espontáneo a tensión	512.0
Neuralgia del trigémino	350.1
Neuralgia o neuritis (sin especificar)	729.2
Neuralgia postherpética	053.13
Neuritis braquial	723.4
Neuritis óptica	377.3
Neuropatía en diabético	357.2
Neuropatía periférica	356.9
No acude a consulta (paciente admitido en urgencias que se marcha voluntariamente)	V71.9d
No consta el diagnóstico (código para revisiones diagnósticas)	V71.9e
No se objetiva patología urgente (patología inadecuada en urgencias)	V71.9a
Nódulos subcutáneos	782.2
Obstrucción intestinal	560.30
Odontalgia	525.9
Oftalmía del recién nacido (1º mes)	771.6
Onfalitis del recién nacido (1º mes)	771.4
Oniquia en dedos de la mano	681.02
Orquitis u orquiepididimitis sin absceso	604.90
Orzuelo	373.1
Osteocondritis	732.9
Osteomielitis aguda	730.00
Osteoporosis	733.0
Otalgia	388.70
Otitis externa aguda	380.10
Otitis media aguda	382.9
Otomicosis	380.15
Otorragia	388.69
Otorrea	388.60
Palpitaciones	785.1
Panadizo	681.01



Diagnóstico	Código
Pancreatitis aguda	577.0
Papiloma verrugoso	M80510
Paracentesis evacuadora	54.91
Parada cardiorrespiratoria	427.5
Parada respiratoria	799.1
Parafimosis	605
Parálisis facial periférica	351.0
Parálisis IV par	378.53
Paraplejía	344.1
Parestesias	782.0
Parkinsonismo debido a fármacos	332.1e
Parotiditis aguda	072.9
Parto normal (parto eutócico atendido en urgencias, ambulancia o domicilio)	650
Pediculosis	132.9
Pegamento en ojo	E866.6
Perforación del tímpano	384.2
Periartritis escapulohumeral u hombro doloroso	726.2
Pericardiocentesis	37.0
Pericarditis aguda	420.90
Periodontitis aguda	523.3
Peritonitis bacteriana espontanea	567.2
Persona que pide tratamiento o asesoramiento para terceros (consulta sobre medicación)	V65.1
Picadura de insecto	919.4
Picadura de insecto no venenoso	E906.4
Picadura de serpientes, arañas y lagartos venenosos	989.5
Pielonefritis aguda	590.10
Pirosis	787.1
Pitiriasis rosada	696.3
Pleurodinia	786.52
Polialgia	729.9
Poliartralgia	719.49

Diagnóstico	Código
Poliartritis crónica juvenil	714.3
Policontusión	924.8
Poliglobulia	289.0
Pólipo nasal	471.9
Politraumatismo	959.8
Preeclampsia	642.4
Prescripción de recetas repetidas (paciente acude solo por la receta)	V68.1
Priapismo	607.3
Problema social (transeúntes y vagabundos)	V60.0
Proceso expansivo intracraneal	784.2
Prolapso uretral	599.5
Pronación dolorosa (subluxación de codo en niños)	832.09
Prostatitis aguda	601.0
Prurito	698.9
Pseudoartrosis	733.82
Psicosis (sin especificar tipo)	298.9
Psicosis afectiva	296
Psicosis alcohólica	291
Psicosis esquizofrénica	295
Psicosis maniaco depresiva	296.80
Psicosis por drogas	292
Psicosis senil o senil	290
Psoriasis	696
Ptosia palpebral	374.3
Púrpura	287.2
Púrpura trombocitopénica idiopática	287.3
Púrpura trombocitopénica trombótica	446.6
Quemadura de múltiple localización, de primer grado	946.1
Quemadura de múltiple localización, de segundo grado	946.2
Quemadura de múltiple localización, de tercer grado	946.3
Quemadura en cara o cabeza, de primer grado	941.10
Quemadura en cara o cabeza, de segundo grado	941.20
Quemadura en cara o cabeza, de tercer grado	941.30
Quemadura en cuello, de primer grado	941.18

Diagnóstico	Código
Quemadura en cuello, de segundo grado	941.28
Quemadura en cuello, de tercer grado	941.38
Quemadura en esófago	947.2
Quemadura en extremidad inferior, de primer grado	945.10
Quemadura en extremidad inferior, de segundo grado	945.20
Quemadura en extremidad inferior, de tercer grado	945.30
Quemadura en extremidad superior (salvo muñeca y mano), de primer grado	943.10
Quemadura en extremidad superior (salvo muñeca y mano), de segundo grado	943.20
Quemadura en extremidad superior (salvo muñeca y mano), de tercer grado	943.30
Quemadura en muñeca y/o mano (incluye los dedos), de primer grado	944.10
Quemadura en muñeca y/o mano (incluye los dedos), de segundo grado	944.20
Quemadura en muñeca y/o mano (incluye los dedos), de tercer grado	944.30
Quemadura en ojos o sus anejos	940.9
Quemadura en tórax y/o abdomen, de primer grado	942.10
Quemadura en tórax y/o abdomen, de segundo grado	942.20
Quemadura en tórax y/o abdomen, de tercer grado	942.30
Quemadura en vagina	947.4
Quemadura inhalatoria en laringe, traquea y pulmón	947.1
Queratitis actínica	370.24
Queratitis aguda	370.2
Queratoconjuntivitis (sin especificar)	370.40
Quiste pilonidal infectado (con absceso)	685.0
Quiste pilonidal no infectado (sin absceso)	685.1
Quiste renal	593.2
Quiste sebáceo	706.2
Quiste tirogloso	759.2
Rabdomiolisis	728.89
Reacción adversa de pirazolonas	E935.5
Reacción anormal a radioterapia	E879.2
Reacción tipo ántabus	E947.3
Reconocimiento de individuo implicado en accidente de tráfico (traído por policía)	V71.4
Reconocimiento de persona agredida (sin medidas terapéuticas)	V71.6

Diagnóstico	Código
Reconocimiento de presunta violación (cuando no se efectúa ninguna medida terapéutica)	V71.5
Reconocimiento médico para fines administrativos (paciente en situación de detenido preventivo)	V70.3
Rectorragia	569.3
Reflujo gastroesofágico	530.81
Reposición de catéter de herida	97.15
Retención urinaria	788.20
Retinopatía diabética	362.01
Rinitis alérgica	477
Rinofaringitis aguda (catarro de vías altas, CVA)	460
Rinorrea	349.81
Rotura de tendón (es) extensor dedo mano	727.63
Rotura de tendón (es) flexores dedo mano	727.64
Rotura de tendón del bíceps braquial	727.62
Rotura del tendón de Aquiles	727.67
Rotura fibrilar	728.83
Rotura menisco externo de rodilla	836.1
Rotura menisco interno de rodilla	836.0
Rotura no traumática del tendón	727.6
Rubéola	056
Sacroileitis	720.2
Sarampión	055.9
Sarna	133.0
Sepsis (septicemia)	038.9
Shock	785.50
Shock anafiláctico	995.0
Shock cardiogénico	785.51
Shock hipovolémico	785.59
Shock séptico	785.59
Sífilis precoz sintomática (chancro)	091
Simulación (de enfermedades o síntomas)	300
Sincope	780.2
Síndrome confusional agudo	294.9
Síndrome constitucional	799.4

Diagnóstico	Código
Síndrome de Guillain Barre	357.0
Síndrome de malos tratos del adulto (excluye la reverta común)	995.81
Síndrome de malos tratos infantil	995.5
Síndrome de muerte súbita infantil	798.0
Síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH)	253.6
Síndrome de tensión premenstrual	625.4
Síndrome de Waterhouse-Friderichsen	036.3
Síndrome del manguito de los rotadores	726.10
Síndrome del miembro fantasma	353.6
Síndrome del túnel carpiano	354.0
Síndrome febril	780.6
Síndrome hepatorenal	572.4
Síndrome nefrótico	581
Sinovitis y tenosinovitis	727.0
Sinusitis aguda (sin especificar)	461.9
Sinusitis frontal aguda	461.1
Sinusitis maxilar aguda	461.0
Sordera (sin especificar la causa)	389.9
Sordera traumática	951.5
Subluxación del cristalino	379.32
Tapón de cerumen	380.4
Taponamiento cardíaco	423.9
Taquicardia paroxística supraventricular	427.0
Taquicardia sinusal	427.0
Taquicardia ventricular	427.1
TBC pulmonar	011
Tendinitis aquilea	726.71
Tendinitis de rodilla	726.64
Tendinitis de tobillo (excluye la aquilea)	727.06
Tendinitis del biceps braquial	726.12
Tendinitis extensores dedos de la mano	727.05
Tetania	781.7
Tiroiditis aguda	245.0

Diagnóstico	Código
Torsión testicular	608.2
Torticolis	723.5
Tos	786.2
Toxiinfección alimentaria	005.9
Transfusión de concentrados de hemáties	99.04
Traqueitis aguda	464.1
Traumatismo craneoencefálico con conmoción cerebral	850.5
Traumatismo craneoencefálico con contusión cerebral	851.8
Traumatismo craneoencefálico con hemorragia intracerebral	853
Traumatismo craneoencefálico con hemorragia subaracnoidea, subdural y/o extradural	852
Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia y/o amnesia	854.02
Traumatismo craneoencefálico sin pérdida de conciencia	854.01
Tromboembolismo pulmonar	415.1
Tromboflebitis profunda pierna	451.1
Tromboflebitis superficial pierna	451.0
Trombosis de la vena cava	453.2
Tumefacción o masa en cabeza o cuello	784.2
Úlcera (o escara) de decúbito	707.0
Úlcera corneal	370.00
Úlcera crónica en pierna	707.1
Úlceras varicosas	454.0
Uña encarnada	703.0
Uretritis (sin especificar)	597.80
Uretrorragia	599.8
Urticaria (sin especificar)	708.9
Urticaria alérgica	708.0
Uveítis (sin especificar)	364.3
Valvulopatía mitroaórtica	396.9
Varicela no complicada	052.9
Verrugas	078.1
Vértigo central	386.2
Vértigo periférico	386.10

Diagnóstico	Código
Violación (implica medidas terapéuticas)	E960.1
Volet costal	807.4
Volvulo intestinal	560.2
Vómitos del embarazo	643.9
Vómitos o síndrome emético	787.0
Wolfs-Parkinson-white	426.7
Xeroftomia	372.53





## 5. Anexo III: Modelo de registro de mortalidad para los Servicios, Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias y Equipos de Emergencias

El registro de los éxitus que se produzcan tendrá los siguientes apartados:

- Fecha.
- Nombre y apellidos.
- Sospecha o diagnóstico de la causa de muerte.
- Edad.
- Número de historia clínica.
- Tipo de muerte.
- Lugar del suceso.

Los casos en los que el fallecimiento se haya producido previamente a la toma de contacto con el Dispositivo Sanitario, se registrarán separadamente y se dejará constancia de los datos anteriormente mencionados, con la excepción del número de historia clínica, si no se dispone de ella.

**Fecha:** Se expresará mediante un código tipo fecha de 6 dígitos: los dos primeros corresponderán al día, los dos siguientes al mes y los dos últimos al año. Cuando el valor del día, mes o año sea menor de diez, se pondrá un cero previo a la unidad.

**Identificación del paciente fallecido:** Se identificará mediante el nombre y los dos apellidos. Si el registro es manuscrito, se emplearán letras mayúsculas.

**Edad:** Se expresará con caracteres alfanuméricos de la siguiente forma:

- Años: con 2 - 3 dígitos numéricos.
- Meses: con 2 dígitos seguidos de una M.
- Días: con 2 dígitos seguidos de una D.

**Juicio Clínico:** Es el resultado de la valoración del caso realizada por el médico y codificado según la CIE-9-MC.

Se anotará como primer código el correspondiente al diagnóstico de la patología fundamental que causó la muerte.

**Ejemplos:**

1. Paciente con fractura de cadera operada y encamación prolongada que tras levantarse de la cama sufre una parada cardíaca y fallece con o sin asistencia.
2. Diagnóstico confirmado o sospechado: "Tromboembolismo Pulmonar".

Código CIE-9: 415.1

Paciente con historia clínica de hipertensión arterial y cuadro compatible con ángor estable que presenta súbitamente una parada cardíaca y fallece con o sin asistencia.

Diagnóstico confirmado o sospechado: "Infarto agudo de miocardio".

Código CIE-9: 410

**Número de Historia Clínica:** Se anotará el número de la historia clínica, según criterio seguido en la Unidad Funcional de que se trate.

**Tipo de muerte:**

- Muerte presenciada y resucitación cardiopulmonar practicada.
- Muerte presenciada sin resucitación cardiopulmonar.
- Muerte no presenciada y resucitación cardiopulmonar practicada.
- Muerte no presenciada y sin resucitación cardiopulmonar.

**Lugar del suceso:** Se indicará el lugar donde ocurrió la muerte, identificándolo en la forma siguiente:

- Cualquier domicilio particular.
- Lugar público.
- Centro Sanitario.
- Otros.

Todos los datos serán anotados en el sistema informático, cuando se disponga del mismo. Los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias harán su almacenamiento de forma que pueda procederse a la revisión retrospectiva en todo momento.

Para el soporte informático se utilizará el modelo de ficha informática con la extensión DBF y la estructura que se recoge a continuación:

### ESTRUCTURA DE LA BASE DE DATOS: EXITUS. DBF

<b>Campo</b>	<b>Nombre</b>	<b>Tipo</b>	<b>Ancho</b>
1	Fecha	Fecha	8
2	Nombre	Carácter	20
3	Apellidos	Carácter	40
4	Edad	Carácter	4
5	Juicio clínico	Carácter	6
6	Número H.C.	Carácter	6
7	Tipo de óbito	Carácter	1
8	Lugar	Carácter	1

Se utilizará papel, sólo cuando no sea posible disponer de soporte informático. Para ello se empleará un libro de registro o similar, debidamente diligenciado por la Dirección de la Institución de que se trate. El formato será el siguiente:

## DISPOSITIVOS DE CUIDADOS CRITICOS Y URGENCIAS

### Registro de mortalidad

#### NOMBRE DE LA UNIDAD FUNCIONAL

Fecha	Nombre	Apellidos	Edad	Juicio clínico	Nº H.C.	Tipo	Lugar



## **Anexo IV: Instrucciones para la cumplimentación de la encuesta de calidad percibida**

Por favor indíquenos hasta que punto está de acuerdo o en desacuerdo con los enunciados enumerados. Ponga una "X" en el recuadro que corresponda con su opinión utilizando la escala que aparece al lado de cada enunciado.

Algunos de los enunciados son similares entre sí a fin de asegurarnos poder determinar con exactitud la opinión que le merecemos. MUCHAS GRACIAS.

1	No estoy en absoluto de acuerdo en el enunciado.
2	Estoy en desacuerdo con el enunciado.
3	No estoy de acuerdo, ni en desacuerdo con el enunciado.
4	Estoy de acuerdo con el enunciado.
5	Estoy muy de acuerdo con el enunciado.

### ***EJEMPLO***

La situación del servicio de urgencia Permite llegar en coche	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Usted debe poner una "X" sobre el número **5** en el supuesto de que, esté **"muy de acuerdo con el enunciado"** o el número que corresponda según su opinión.

Deje de contestar aquellos supuestos sobre los que no tenga experiencia, por ejemplo **"la ambulancia llega rápidamente"** caso de no haber necesitado nunca una ambulancia.

***Si la encuesta va dirigida a un menor, por favor rellene el cuestionario la persona que lo llevó al Servicio de Urgencias.***

1	El mobiliario existente tiene buen aspecto.	1	2	3	4	5
2	Los muebles existentes son suficientes.	1	2	3	4	5
3	Hay suficientes recursos materiales para ser atendido.	1	2	3	4	5
4	El número de profesionales es el adecuado.	1	2	3	4	5
5	La especialidad de los profesionales es la adecuada.	1	2	3	4	5
6	El Servicio de Urgencias es de unas dimensiones adecuadas.	1	2	3	4	5
7	La ubicación de la sala de espera es la correcta.	1	2	3	4	5
8	La sala de espera es cómoda.	1	2	3	4	5
9	El Servicio de Urgencias está cercano a mi domicilio.	1	2	3	4	5
10	Es fácil localizar la ubicación del Servicio de Urgencias.	1	2	3	4	5
11	El acceso no tiene obstáculos que dificulten la entrada.	1	2	3	4	5
12	Hay que esperar poco tiempo para ser atendido.	1	2	3	4	5
13	La ambulancia llega rápidamente.	1	2	3	4	5
14	Acuden a los avisos a domicilio con celeridad.	1	2	3	4	5
15	Me han remediado mi mal.	1	2	3	4	5
16	Las recomendaciones de los profesionales son acertadas.	1	2	3	4	5
17	Muestran interés por solucionar mi problema.	1	2	3	4	5
18	El personal es activo.	1	2	3	4	5
19	El personal se preocupa por mí.	1	2	3	4	5
20	Al entrar lo primero es informarse de lo que me ocurre.	1	2	3	4	5
21	El personal presta atención cuando se le habla.	1	2	3	4	5
22	Aclaran las dudas con amabilidad.	1	2	3	4	5
23	Me tratan con amabilidad.	1	2	3	4	5
24	Soy tratado con respeto.	1	2	3	4	5
25	Informan suficientemente sobre los medicamentos prescritos.	1	2	3	4	5
26	Me informaron de mi diagnóstico probable.	1	2	3	4	5
27	Me dieron un informe al marcharme.	1	2	3	4	5
28	Existen buenos profesionales en el Servicio de Urgencias.	1	2	3	4	5
29	Me examinaron correctamente.	1	2	3	4	5



30	En general estoy satisfecho con el servicio recibido.	1	2	3	4	5
31	Aconsejaría a otras personas acudir a este servicio.	1	2	3	4	5
32	La calidad del Servicio de Urgencias es alta.	1	2	3	4	5

Para poder hacer una valoración más objetiva de su opinión necesitamos conocer las características personales de la persona que contesta nuestro cuestionario, es por lo que le rogamos rellene estas últimas cuestiones. **NO DEBE PONER SU NOMBRE EN NINGUNA PARTE.**

**Edad:** *(En caso de ir dirigido a un menor, ponga los datos de la persona que rellene el cuestionario).*

**SEXO:**

	MUJER
	HOMBRE

**NIVEL DE ESTUDIOS:**

	SIN ESTUDIOS
	ESTUDIOS PRIMARIOS
	ESTUDIOS MEDIOS
	ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

**SITUACIÓN LABORAL:**

	ESTUDIA
	TRABAJA
	DESEMPLEADO
	PENSIONISTA
	AMA DE CASA

**¿CUÁNTAS VECES HA SIDO ATENDIDO EN URGENCIAS EL AÑO PASADO?**

**¿HA NECESITADO EN ALGUNA OCASIÓN UNA AMBULANCIA EN ESTE SERVICIO?**

**¿HA REQUERIDO LA ATENCIÓN EN SU DOMICILIO DE ALGUNOS DE LOS PROFESIONALES DE ESTE SERVICIO?**

**INTRODUZCA LA ENCUESTA EN EL SOBRE QUE LE ADJUNTAMOS Y ÉCHELO AL BUZÓN DE CORREOS MÁS PROXIMO, NO NECESITA SELLO, NI SEÑALAR DIRECCIÓN ALGUNA.**

## 6. Bibliografía

1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial; 6,3:65-74, 1.991.
2. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Sistema de medición de indicadores y uso en hospitales. Apéndice C. Manual de acreditación para hospitales. Ed. Standards,. 1.996
3. Quality and performance in the NHS: Clinical Indicators. NHS Executive. June, 1.999.
4. Conjunto Mínimo de Indicadores de actividad y calidad en Servicios de Urgencias Hospitalarios y Extra-Hospitalarios. Documento de consenso. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Comité Científico. Mayo, 1.999.
5. Clínicas Quirúrgicas de Medicina de Urgencia de Norteamérica: La calidad en medicina de urgencia. Edit. Interamericana- McGraw Hill. Volumen 3. 1.992.
6. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Development and application of indicators in Emergency Care. Revised Edition, 1993.
7. Tejedor, M y Martín, J.M: Sistema de calidad en un Servicio de Emergencias Sanitarias. Rev. Calidad Asistencial 1999; 14: 671-679.
8. Clasificación Internacional de Enfermedades. Revisión 1975 (9ª Revisión), Volumen 1. Washington, D.C. Organización Panamericana de Salud; 1978.
9. Pérez J.M, Navarro A. y Molina F.: Metodología para la elaboración de un cuestionario de satisfacción: uso y validación. Libro de Ponencias del IV Congreso de la SADECA. Cádiz, Noviembre 1.999.
10. Pérez-Montaut I, Torres J.M. Navarro A. Nogués R. Tejedor M. Fernández M. Pérez I.:Codificación diagnóstica en urgencias y emergencias. Un criterio de calidad asistencial. Libro de Ponencias del IV Congreso de la SADECA. Cádiz, Noviembre 1.999.