

MANUAL DE EXPLOTACIÓN DE DATOS CMBD DE URGENCIAS

Hospitales del Servicio Andaluz de Salud
2014



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

**MANUAL DE EXPLOTACIÓN DE DATOS
CMBD DE URGENCIAS
Hospitales del Servicio Andaluz de Salud
2014**

Servicio Andaluz de Salud

DIRECCIÓN GERENCIA

Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información

Servicio de Producto Sanitario

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Año de edición 2014

Elaboración realizada por:

Juan A. Goicoechea Salazar
Daniel Larrocha Mata
Antonio Laguna Téllez
M^a Robledo Jiménez Romero
Juliana Rodríguez Herrera
Vicente David Canto Casasola
Jesús Trancoso Estrada

Cubierta:

Jesús Zamora Acosta

Asesora Técnica Editorial:

Antonia Garrido Gómez

© 2014 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía.
EDITA: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía.
Avda. de la Constitución, 18. 41071 Sevilla.
Tfno. 955 01 80 00
www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Índice

Introducción	4
Diccionario de datos del CMBD de urgencias	6
Datos del episodio	6
Datos del paciente	7
Datos de adscripción sanitaria	9
Datos de admisión y alta.....	9
Momentos administrativos y asistenciales.....	11
Tiempos de respuesta asistencial y de permanencia en urgencias.....	15
Datos clínicos	19
Estados del paciente	23
Sistema de indicadores del CMBD de Urgencias	24
Indicadores o medidas	24
Indicadores del bloque “básico”	24
Indicadores del bloque “tiempos de respuesta asistencial”	25
Indicadores del bloque “tiempos de permanencia en urgencias”	26
Indicadores del bloque “calidad de los datos”	27
Plantillas para informes	28
Anexo 1. Diccionario de datos del CMBD de Urgencias	29
Anexo 2. Hospitales y tipos de hospital del SAS	39
Anexo 3. Esquema de tiempos de respuesta asistencial y de permanencia en urgencias	40
Anexo 4. Criterios seguidos para la identificación de PAIs en los registros de urgencias.....	41
Anexo 5. Reglas y restricciones en la explotación de los datos.....	47
Anexo 6. Categorías y Grupos CCS	49

Introducción

El presente manual contiene el Diccionario de Datos del CMBD de Urgencias de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud (SAS), originado a partir de los datos proporcionados por la aplicación Diraya urgencias y su posterior transformación, así como el Sistema de Indicadores que se ha desarrollado para su explotación mediante la herramienta Quiterian®.

En el **Diccionario de Datos** las variables se han organizado en los siguientes apartados:

- Datos del episodio
- Datos del paciente
- Datos de adscripción sanitaria
- Datos de admisión y alta
- Momentos administrativos y asistenciales
- Tiempos de respuesta asistencial y de permanencia en urgencias
- Datos clínicos

En la herramienta Quiterian, estas variables están distribuidas en tres tablas para facilitar el trabajo con la base de datos (anexo 1). Estas tablas están relacionadas entre si mediante el número identificativo del episodio de urgencias:

- CMBD_URGENCIAS, contiene las variables que se utilizan más frecuentemente durante la explotación.
- CMBD_URGENCIAS_COMP, contiene variables complementarias
- CMBD_URGENCIAS_EXPLOTAION, contiene variables relativas a los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) identificados en los episodios de urgencias.

En el Diccionario de Datos antes del nombre de cada variable se indica la tabla de la que procede entre paréntesis:

- (1): CMBD_URGENCIAS,
- (2): CMBD_URGENCIAS_COMP,
- (3): CMBD_URGENCIAS_EXPLOTAION,

Dado que en Quiterian las variables se muestran por orden alfabético, para facilitar su búsqueda su nombre comienza por una letra que indica a que tipo de variables pertenece:

A: variables administrativas

C: variables clínicas

F: variables sobre la adscripción sanitaria del paciente (filiación)

ST: variables que recogen determinado estatus del paciente

T: variables relativas a los tiempos asistenciales y de permanencia en urgencias

P: variables relativas a los PAI

Las variables cuyo nombre acaba en “CD” contienen el literal (etiqueta) de la variable de su mismo nombre que contiene información codificada.

Ejemplos:

- (1): A03_HOSPITAL. Variable administrativa que se encuentra en la tabla (1): CMBD_URGENCIAS, y que contiene los códigos de los hospitales del SAS.
- (1): A03_Hospital_CD. Variable administrativa que se encuentra en la tabla (1): CMBD_URGENCIAS, y que contiene los descriptores de la variable anterior.
- (1): C010_DP. Variable clínica que se encuentra en la tabla (1): CMBD_URGENCIAS, y que contiene el código del diagnóstico principal.
- (1): C010_DP_CD. Variable clínica que se encuentra en la tabla (1): CMBD_URGENCIAS, y que contiene los descriptores de la variable anterior.
- (1): F00_Clave_Medica. Variable referente a la filiación del paciente que se encuentra en la tabla (1): CMBD_URGENCIAS, y que identifica al médico de Atención Primaria del paciente a la fecha de la admisión en la urgencia.
- (1): T15_Permanencia_Urgencias. Variable referente a los tiempos asistenciales y de permanencia en urgencias que se encuentra en la tabla (1): CMBD_URGENCIAS, y que contiene los minutos transcurridos desde que el paciente es admitido en urgencias hasta que abandona el servicio.
- (3): P04 Dolor Toracico Generico. Variable relativa a los PAI que se encuentra en la tabla (3): CMBD_URGENCIAS_EXPLORACION, y que permite conocer si un episodio de urgencias contiene códigos de Dolor Toracico Generico.
- (1): ST_Observacion: Variable que se encuentra en la tabla (1): CMBD_URGENCIAS, y que indica si el paciente ha pasado o no por el área de observación.

El **Sistema de Indicadores**

Se ha definido un conjunto de indicadores para homogeneizar la explotación del CMBD de urgencias de carácter corporativo.

El sistema de indicadores del CMBD de urgencias esta formado por un conjunto de informes. En cada informe se explora una dimensión (o combinación de dimensiones) de las urgencias hospitalarias mediante una batería de indicadores.

Diccionario de datos del CMBD de urgencias ¹

Datos del episodio

Área o complejo hospitalario que atiende el episodio ^(A)

Área o complejo hospitalario del SSPA donde se atiende el episodio (anexo 2).

(1): A03_HOSPITAL

(1): A03_Hospital_CD

Hospital que atiende el episodio ^(A)

Hospital del SSPA donde se atiende el episodio (anexo 2).

(1): A034_Hospital_R

(1): A034_Hospital_R_CD

Tipo del área o complejo hospitalario del contacto ^(C)

Tipo del área o complejo hospitalario (anexo 2) donde se atiende el episodio.

(1): A031_Tipo_Hosp

(1): A031_Tipo_Hosp_CD

Tipo del hospital del contacto ^(C)

Tipo del hospital (anexo 2) a donde se atiende el episodio.

(1): A041_Tipo_Hosp_R

(1): A041_Tipo_Hosp_R_CD

Provincia del hospital de ingreso o contacto ^(C)

Provincia del área o complejo hospitalario donde se atiende el episodio.

(1): A034_Hospital_Provincia

Identificador del episodio ^(A)

Identificador del episodio de urgencia propio del hospital en que se genera.

(2): A01_ID_URG

Identificador normalizado del episodio ^(A)

Identificador unívoco del episodio de urgencia propio del CMBD.

(1)(2)(3): A00_Identificador_Norm

Financiación ^(A)

Entidad o institución que financia la asistencia del episodio de urgencias.

(1): A30_Reg_Fin

(1): A30_Reg_Fin_CD

¹ (A) campos procedentes de Diraya urgencias, (B) campos procedentes de BDU, (C) campos calculados (D) campos procedentes del codificador automático.

0 Sin datos	12 Convenios Internacionales U.E.
1 Pública Sistema Nacional de Salud	13 Convenio bilateral con España
2 Pública Andaluza	14 Sin protección sanitaria
4 Empresa colaboradora	15 Mutualista: ISFAS, MUFACE, MUGEJU
9 No presenta tarjeta sanitaria / número de afiliado	16 Compañía privada de asistencia
10 Privada (Particular)	

Datos del paciente

NUHSA / (CIP) ^(A)

Número Único de Historia de Salud en Andalucía. Constituye el identificador unívoco del paciente en el SSPA. Vinculado automáticamente con el CIP del SNS².

(1): A042_NUHSA

(1): A042_NUHSARec

NUSS ^(A)

Número de usuario de la Seguridad Social.

(1): A02_Nuss

Residencia ^(A)

Código postal de residencia del paciente.

(1): A20_Reside

Provincia de residencia ^(C)

Provincia correspondiente al código postal de residencia del paciente.

(1): A201_Provincia

Fecha de nacimiento ^(A)

(1): A100_Fec_Nac

Año de nacimiento ^(C)

(1): A101_Anyo_Nac

Edad en años ^(C)

Edad en años a la fecha del contacto con urgencias.

(1): A11_Edad

² CIP: Código de Identificación Personal del SNS. Permite la identificación única y unívoca de cada persona en todo el SNS. Sirve como vínculo de unión de cuantos otros códigos personales pueda tener una persona en los distintos territorios del Estado (84).

Edad en días en los menores de un año ^(C)

Edad en días a la fecha del contacto con urgencias en el caso de los pacientes menores de un año.

(1): A114_Dias_Edad

Edad en meses en los menores de dos años ^(C)

Edad en meses a la fecha del contacto con urgencias en el caso de los pacientes menores de dos años.

(1): A115_MESES_EDAD

Grupo etario de pertenencia (quinquenios) ^(C)

Grupo quinquenal en que se clasifica la edad del paciente a la fecha del contacto con urgencias.

(1): A111_GE5

Grupo etario de pertenencia (decenios) ^(C)

Grupo de 10 años en que se clasifica la edad del paciente a la fecha del contacto con urgencias.

(1): A112_GE10

Grupo etario de pertenencia (5 grupos propios) ^(C)

Grupo, de la siguiente tabla, en que se clasifica la edad del paciente a la fecha del contacto con urgencias.

(1): A113_GE

Menores de 1 año	De 15 a 44 años
De 1 a 14 años	Mayores de 64 años
De 45 a 64 años	

Grupo etario de pertenencia (8 grupos propios) ^(C)

Grupo, de la siguiente tabla, en que se clasifica la edad del paciente a la fecha del contacto con urgencias.

(1): A113_GE_B

De 0 días a 29 días	De 15 a 44 años
De 30 días a 1 año	De 45 a 64 años
De 2 a 5 años	De 65 a 79 años
De 6 a 14 años	De 80 o más años

Sexo ^(A)

Contiene los valores “hombre”, “mujer”, “indeterminado” y “error”. El término indeterminado debería reservarse para los casos de pacientes con alteraciones que no permitan la asignación del atributo sexo.

(1): A12_Sexo

(1): A12_Sexo_CD

Datos de adscripción sanitaria

Clave del médico de Atención Primaria ^(B)

Identifica al médico de Atención Primaria del paciente a la fecha de la admisión en la urgencia.

(1): F00_Clave_Medica

Especialidad del médico de Atención Primaria ^(B)

Especialidad (medicina familiar y comunitaria o pediatra) del médico de Atención Primaria del paciente a la fecha de la admisión en la urgencia.

(1): F00_Especialidad_CM

Centro de Atención Primaria ^(C)

Centro de Atención Primaria del paciente a la fecha de la admisión en la urgencia.

(1): F01_CAP

(1): F01_CAP_CD

Zona Básica de Atención Primaria ^(C)

Zona básica de Atención Primaria del paciente a la fecha de la admisión en la urgencia.

(1): F02_ZBS

(1): F02_ZBS_CD

Distrito de Atención Primaria ^(C)

Distrito de Atención Primaria del paciente a la fecha de la admisión en la urgencia.

(1): F03_Distrito

(1): F03_Distrito_CD

Datos de admisión y alta

Ámbito de procedencia ^(A)

Identifica el origen del contacto o modo de llegada del paciente.

(1) A01_PROCEDE

(1) A01_PROCEDE_CD

1 - Medios propios	5 - Fuerza pública
2 - Centro de salud	6 - Paciente judicial
3 - Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias	7 - Hospital
4 - Equipo de emergencias	8 - Otros

Puerta de urgencias ^(A)

Identifica la puerta de urgencias del hospital por la que es admitido el paciente. Los valores de este campo no están normalizados en Diraya urgencias, sino que son parametrizables por cada hospital.

(2): A02_Unidad_Funcional

Motivo del contacto ^(A)

Motivo por el que el paciente acude a urgencias recogido en la admisión del hospital.

(1): A52_Tip_Ing

(1): A52_Tip_Ing_CD

1 - Enfermedad común	14 - Abusos sexuales
2 - Accidente de tráfico	15 - Accidente deportivo
3 - Accidente escolar	16 - Otras causas
4 - Accidente laboral	17 - Catástrofe
5 - Accidente casual	18 - Accidente de caza
6 - Cura programada	19 - Parto
7 - Inyectable programado	20 - Interrupción del embarazo
8 - Consulta médica (no asistencial)	21 - Ginecológico
9 - Violencia domestica	22 - Ingreso cadáver
10 - Agresión	30 - Accidente en viaje (tierra-mar)
11 - Reconocimiento médico judicial	31 - Accidente de tráfico-trabajo
12 - Intoxicación	32 - Accidente sujeto a seguro obligatorio
13 - Autolesión	

Tipo de servicio que atiende la urgencia ^(A)

(2): A03_Servicio

(2): A03_Servicio_CD

1- GENERAL	4- PSIQUIATRIA
2- TRAUMATOLOGIA	5- OFTALMOLOGIA
3- OTORRINOLARINGOLOGIA	

Destino al alta ^(A)

Destino del paciente al alta de la urgencia.

(1): A62_Tip_Alt

(1): A62_Tip_Alt_CD

1- Domicilio	12- Hospitalización a domicilio
2- Médico de Familia	13- Alta Voluntaria in-extremis
3- Traslado a otro Hospital	14- Traslado a Residencia Social
4- Exitus	15- Interconsulta Atendida
5- Especialista	16- Ingreso Cadáver o Llegado fallecido
6- Otro	17- Traslado a otro servicio
7- No acude	18- Traslado a Hospital acompañado por personal sanitario
8- Ingreso en planta	19- Mutua Laboral
9- Fuga	20- Hospital no público
10- Alta Voluntaria	21- Admisión en otro Centro

11- Paso a Consultas Externas	
-------------------------------	--

Destino al alta reclasificado ^(C)

Destino del paciente al alta de la urgencia reclasificado

(1): A62_Tip_alt_2

(1): A62_Tip_Alt_2_CD

1 - Seguimiento en Atención primaria	6 – Exitus
2 - Seguimiento en Atención especializada	7 - Salida voluntaria
3 - Ingreso en planta	8 - Alta voluntaria in extremis
4 - Traslado a otro hospital	9 – Otros
5 - Hospitalización a domicilio	

Destino del paciente hospitalizado ^(A)

Los valores de este campo no están normalizados en Diraya urgencias, sino que son parametrizables por cada hospital.

(2): A04_Destino_en_Planta

(2): A04_Destino_en_Planta_CD

Médico que firma el alta ^(A)

Código del facultativo que firma el alta. Identificado tanto mediante el CNP como mediante el operador que da el alta en Diraya Urgencias.

(1): A63_CNP_MEDICO_ALTA

(1): A63_Operador_Alt

Profesional que realiza el triaje ^(A)

Código del profesional que realiza el triaje, identificado mediante el operador que realiza dicha actividad.

(1): A63_OPERADOR_TRIAJE

Momentos administrativos y asistenciales³

Fecha del inicio del contacto^{4 (A)}

Día, mes y año en que se produce la admisión en urgencias.

(1): A512_Fec_Ing

Hora de inicio del contacto ^(A)

Hora en que se produce la admisión en urgencias.

(1): A510_Hora_Ing

³ Ver anexo 3.

⁴ El inicio del contacto en urgencias se computa en Diraya urgencias como el momento en que concluye el proceso de admisión en el servicio de urgencias del hospital.

Intervalo horario en que se produce el inicio del contacto ^(C)

Intervalo horario de 60 minutos en que se produce la admisión en urgencias.

Ej.: de 9:00 a 10:00

(1): A511_Rango_Ing

Día de la semana del inicio del contacto ^(C)

(1): A513_Dia_Semana_Ing

Trimestre del inicio del contacto ^(C)

(1): A515_Trim_Ing

Mes del inicio del contacto ^(C)

(1): A514_Mes_Ing

Año del inicio del contacto ^(C)

(1): A516_Anyo_Ing

Fecha de inicio del triaje ^(A)

Día, mes y año en que se inicia el triaje del paciente.

(2): A061_Fec_Triaje

Hora de inicio del triaje ^(A)

Hora en que se inicia el triaje del paciente.

(2): A06_Hora_Triaje

Fecha de cierre del triaje ^(A)

Día, mes y año en que finaliza el triaje del paciente.

(2): A08_FECHA_CIERRE_TRIAJE

Hora de finalización del triaje ^(A)

Hora en que finaliza el triaje del paciente.

(2): A081_HORA_CIERRE_TRIAJE

Fecha de la consulta médica ^(A)

Día, mes y año en que el paciente entra en la consulta médica. Actualmente se aproxima mediante la fecha en que se realiza la primera de una serie de actividades consecutivas, que normalmente es la anotación de la anamnesis en la historia clínica.

(2): C040_Fec_Consulta

Hora de la consulta médica ^(A)

Hora en que el paciente entra en la consulta médica. Actualmente se aproxima mediante la hora en que se realiza la primera de una serie de actividades consecutivas, que normalmente es la anotación de la anamnesis en la historia clínica.

(2): C040_Hora_Consulta

Fecha en que se realiza el primer diagnóstico en consulta médica ^(A)

Día, mes y año en que se realiza el primer diagnóstico en la consulta médica. Actualmente se aproxima mediante la fecha en que se anota un diagnóstico en la historia clínica.

(2): C0502_Fec_Texto_01_Consulta

Hora en que se realiza el primer diagnóstico en consulta médica ^(A)

Hora en que se realiza el primer diagnóstico en la consulta médica. Actualmente se aproxima mediante la hora en que se anota un diagnóstico en la historia clínica.

(2): C0501_Hora_Texto_01_Consulta

Fechas en que se realizan el resto de los diagnósticos en consulta médica ^(A)

Días, meses y años en que se realizan el resto de diagnósticos en la consulta médica. Actualmente se aproximan mediante las fechas en que se anotan dichos diagnósticos en la historia clínica.

(2): C0512_Fec_Texto_02_Consulta hasta (2): C0642_Fec_Texto_15_Consulta

Horas en que se realizan el resto de los diagnósticos en consulta médica ^(A)

Horas en que se realizan el resto de diagnósticos en la consulta médica. Actualmente se aproximan mediante las horas en que se anotan dichos diagnósticos en la historia clínica.

(2): C0511_Hora_Texto_02_Consulta hasta (2): C0641_Hora_Texto_15_Consulta

Fecha en que se anota en la historia el procedimiento 1 ^{(A) 5}

Día, mes y año en el que se realiza el primer procedimiento al paciente.

(1): C030_Fec_PQP

Hora en que se anota en la historia el procedimiento 1 ^{(A) 5}

Hora en el que se realiza el primer procedimiento al paciente.

(1): C030_Hora_PQP

Fechas en que se anotan en la historia los procedimientos 2 a 15 ^{(A) 5}

Día, mes y año en el que se realizan al paciente los procedimientos 2 al 15

(2): C080_Fec_PS01 hasta (2): C093_Fec_PS14

Horas en que se anotan en la historia los procedimientos 2 a 15 ^{(A) 5}

Horas en el que se realizan al paciente los procedimientos 2 al 15.

(2): C0801_Hora_Ps01 hasta (2): C0931_Hora_Ps14

⁵ La información almacenada en los campos de procedimiento hasta la fecha, no es la más apropiada para conocer los procedimientos realizados al paciente ya que sólo recogen los anotados en las hojas de tratamiento.

(1): C030_Fec_PQP

Fecha de inicio de la espera de observación ^(A)

Día, mes y año en que el paciente pasa a la situación de espera para ser admitidos al área de observación.

(2): C068_Fec_Espera_Observacion

Hora de inicio de la espera de observación ^(A)

Hora en que el paciente pasa a la situación de espera para ser admitido al área de observación.

(2): C069_Hora_Espera_Observacion

Fecha de entrada en observación ^(A)

Día, mes y año en que el paciente es admitido en el área de observación.

(2): C071_Fec_Observacion

Hora de entrada en observación ^(A)

Hora en que el paciente es admitido en el área de observación.

(2): C070_Hora_Observacion

Fecha de alta ^(A)

Día, mes y año en que se produce el alta médica.

(1): A612_Fec_Alt

Hora del alta ^(A)

Hora en que se produce el alta médica.

(1): A610_Hora_Alt

Intervalo horario en que se produce el alta ^(C)

Intervalo horario de 60 minutos en que se produce el alta médica.

Ej.: de 9:00 a 10:00

(1): A611_Rango_Alt

Año del alta (C)

(1): A616_Anyo_Alt

Mes del alta (C)

(1): A614_Mes_Alt

Trimestre del alta (C)

(1): A615_Trim_Alt

Día de la semana del alta (C)

(1): A613_Dia_Semana_Alt

Fecha de salida del servicio (A)

Día, mes y año en que el paciente abandona el servicio de urgencias.

(1): F_SALIDA_SERV

Hora de salida del servicio (A)

Hora en que el paciente abandona el servicio de urgencias.

(1): H_SALIDA_SERV

Tiempos de respuesta asistencial y de permanencia en urgencias⁶

Tiempo de permanencia en urgencias (TPU) ^(C)

Minutos transcurridos desde que el paciente es admitido (cierre de admisión) hasta que abandona el servicio de urgencias.

(1): T15_Permanencia_Urgencias

Intervalo de tiempo del TPU ^(C)

Intervalo de 10 minutos de duración del TPU.

Ej.: de 10 a 20 minutos

(1): T15R_Rango_Permanencia_Urgencias

Tiempo de total de asistencia (TTA) ^(C)

Tiempo medio expresado en minutos que transcurre desde que el paciente abandona el área de admisión hasta que se produce el alta médica.

(1): T14_Total_Asistencia

Intervalo de tiempo del TTA ^(C)

Intervalo de 10 minutos de duración del TTA.

Ej.: de 10 a 20 minutos

(1): T14R_Rango_Total_Asistencia

Tiempo de respuesta en clasificación (TRC) ^(C)

Minutos transcurridos desde que el paciente es admitido (cierre de admisión) hasta el inicio del triaje (apertura de hoja de triaje).

(1): T01_Respuesta_Clasificacion

Intervalo de tiempo del TRC ^(C)

Intervalo de 5 minutos de duración del TRC.

Ej.: de 5 a 10 minutos

(1): T01R_Rango_Respuesta_Clasificacion

Tiempo de clasificación (TC) ^(C)

Minutos transcurridos desde el inicio hasta el fin del triaje.

(1): T02_Clasificacion

⁶ Ver anexo 3.

Intervalo de tiempo del TC ^(C)

Intervalo de 5 minutos de duración del TC.

Ej.: de 10 a 15 minutos

(1): T02R_Rango_Clasificacion

Tiempo de espera de la primera consulta facultativa (TEPCF) ^(C)

Minutos transcurridos desde que el paciente es admitido (cierre de admisión) hasta que es atendido en la consulta médica (aproximado por la primera anotación médica en la historia clínica).

(1): T03_Espera_1_Consulta_Facultativa

Intervalo de tiempo del TEPCF ^(C)

Intervalo de 10 minutos de duración del TEPCF.

Ej.: de 10 a 20 minutos

(1): T03R_Rango_Espera_1_Consulta_Facultativa

Tiempo de realización del primer diagnóstico (TPD) ^(C)

Minutos transcurridos desde que el paciente es admitido hasta que se le realiza el primer diagnóstico (aproximado por el momento en que se anota en la historia clínica).

(1): T16_Primer_Diagnostico

Intervalo de tiempo del TPD ^(C)

Intervalo de 10 minutos de duración del TPD.

Ej.: de 10 a 20 minutos

(1): T16R_Rango_Primer_Diagnostico

Tiempo de realización del primer procedimiento (TPP) ^(C)

Minutos transcurridos desde que el paciente es admitido hasta que se le realiza el primer procedimiento (aproximado por el momento en que se anota en la historia clínica).

(1): T17_Primer_Procedimiento

Intervalo de tiempo del TPP ^(C)

Intervalo de 10 minutos de duración del TPP.

Ej.: de 10 a 20 minutos

(1): T17R_Rango_Primer_Procedimiento

Tiempo de asistencia médica en consulta (TAMC) ^(C)

Minutos que transcurren desde el inicio de la consulta médica hasta que el paciente: 1) es dado de alta médica o 2) pasa a estar en espera de ser atendido en el área de observación

(1): T04_Asistencia_Medica_Consulta

Intervalo de tiempo del TAMC ^(C)

Intervalo de 10 minutos de duración del TAMC.

Ej.: de 10 a 20 minutos

(1): T04R_Rango_Asiencia_Medica_Consulta

Tiempo en espera de observación (TEO) ^(C)

Minutos que transcurren desde que el paciente pasa a estar en espera de ser atendido en el área de observación hasta que es atendido en dicha área.

(1): T05_Espera_Observacion

Intervalo de tiempo del TEO ^(C)

Intervalo de 10 minutos de duración del TEO.

Ej.: de 10 a 20 minutos

(1): T05R_Rango_Espera_Observacion

Tiempo de estancia en observación (TO) ^(C)

Minutos transcurridos desde que el paciente entra en el área de observación hasta su alta médica.

(1): T06_Estancia_Observacion

Intervalo de tiempo del TO ^(C)

Intervalo de 10 minutos de duración del TO.

Ej.: de 10 a 20 minutos

(1): T06R_Rango_Estancia_Observacion

Tiempo de salida del servicio (TSS) ^(C)

Minutos transcurridos desde que se produce el alta médica hasta que el paciente abandona el servicio de urgencias.

(1): T07_Salida_Servicio

Intervalo de tiempo del TSS ^(C)

Intervalo de 10 minutos de duración del TSS.

Ej.: de 10 a 20 minutos

(1): T07R_Rango_Salida_Servicio

Tiempo de espera de atención (TEA) ^(C)

Minutos que transcurren desde el inicio del triaje hasta el inicio de la consulta médica.

(1): T08_Espera_Atencion

Intervalo de tiempo del TEA ^(C)

Intervalo de 10 minutos de duración del TEA

Ej.: de 10 a 20 minutos

(1): T08R_Rango_Espera_Atencion

Tiempo de la primera asistencia médica (TPAM) ^(C)

Minutos transcurridos desde que el paciente es admitido (cierre de admisión) hasta que es atendido en la consulta médica (aproximado por la primera anotación médica en la historia clínica).

(1): T12_1_Asiistencia_Medica

Intervalo de tiempo del TPAM ^(C)

Intervalo de 10 minutos de duración del TPAM.

Ej.: de 10 a 20 minutos

(1): T12R_Rango_1_Asiistencia_Medica

Tiempo de asistencia médica (TAM) ^(C)

Tiempo expresado en minutos que transcurre desde el inicio de la consulta médica hasta que el paciente es dado de alta médica.

(1): T09_Asiistencia_Medica

Intervalo de tiempo del TAM ^(C)

Intervalo de 10 minutos de duración del TAM.

Ej.: de 10 a 20 minutos

(1): T09R_Rango_Asiistencia_Medica

Tiempo de estancia en el área de consultas (TEAC) ^(C)

Tiempo expresado en minutos que transcurre desde que un paciente abandona el área de admisión hasta que o bien:

- Pasa a estar en espera de ser atendido en el área de observación
- Es dado de alta médica

(1): T10_Estancia_Area_Consultas

Intervalo de tiempo del TEAC ^(C)

Intervalo de 10 minutos de duración del TEAC.

Ej.: de 10 a 20 minutos

(1): T10R_Rango_Estancia_Area_Consultas

Tiempo de ocupación del área de consultas (TOAC) ^(C)

Tiempo expresado en minutos que transcurre desde que un paciente abandona el área de admisión hasta que o bien:

- Ingres a en observación o
- Abandona el servicio de urgencias tras su alta médica

(1): T11_Ocupacion_Area_Consultas

Intervalo de tiempo del TOAC ^(C)

Intervalo de 10 minutos de duración del TOAC.

Ej.: de 10 a 20 minutos

(1): T11R_Rango_Ocupacion_Area_Consultas

Tiempo de ocupación de observación (TOO) ^(C)

Tiempo expresado en minutos que transcurre desde que un paciente entra en el área de observación hasta que abandona el servicio de urgencias tras su alta médica.

(1): T13_Ocupacion_Observacion

Intervalo de tiempo del TOO ^(C)

Intervalo de 10 minutos de duración del TOO.

Ej.: de 10 a 20 minutos

(1): T13R_Rango_Ocupacion_Observacion

Total de horas desde una admisión anterior ^(C)

Número de horas transcurridas entre dos urgencias consecutivas del mismo paciente en menos de un año (desde el alta médica de la primera hasta la admisión de la segunda).

(1): A65_Tiempo_Reingreso

Marcador de la validez del registro para el cálculo de tiempos

Indica si el registro cumple los criterios establecidos para ser utilizado en el cálculo de tiempos de respuesta asistencial y de permanencia en urgencias. Dichos criterios se recogen en el anexo 5.

(1): ValidezTiempos

Datos clínicos

Nivel de clasificación en el triaje ^(A)

Nivel de priorización de la atención al paciente en función de su gravedad según los valores proporcionados por el sistema de triaje Manchester.

(1): A520_PRIORIDAD

(1): A520_Prioridad_CD

0 – Sin información	3 – Urgente
1 - Crítico	6 – Estándar
2 – Emergencia	7 - No urgente

Código del motivo principal de la urgencia recogido en el triaje ^(D)

Código CIE-9-MC del motivo principal de la urgencia recogido en triaje.

(2): C010_DP_Triaje

(2): C010_DP_TRIAJE_CD

Categoría CCS del motivo principal de la urgencia recogido en el triaje ^(C)

Categoría CCS en que se clasifica el código anterior.

(2): C010_DP_Triaje_CCS_Cat

(2): C010_DP_Triaje_CCS_Cat_CD

Grupo CCS del motivo principal de la urgencia recogido en el triaje ^(C)

Grupo CCS en que se clasifica el código anterior.

(2): C010_DP_Triaje_CCS

(2): C010_DP_Triaje_CCS_CD

Código del motivo secundario de la urgencia recogido en el triaje ^(D)

Código CIE-9-MC del motivo secundario de la urgencia recogido en triaje

(2): C012_DS_Triaje

(2): C012_DS_TRIAJE_CD

Categoría CCS del motivo secundario de la urgencia recogido en el triaje ^(C)

Categoría CCS en que se clasifica el código anterior.

(2): C012_DS_Triaje_CCS_Cat

(2): C012_DS_Triaje_CCS_Cat_CD

Grupo CCS del motivo secundario de la urgencia recogido en el triaje ^(C)

Grupo CCS en que se clasifica el código anterior.

(2): C012_DS_Triaje_CCS

(2): C012_DS_Triaje_CCS_CD

Código del diagnóstico principal ^(D)

Código CIE-9-MC de la “afección que después del estudio necesario se establece que fue la causa del contacto con las urgencias del hospital” (37).

(1): C010_DP

(1): C010_DP_CD

Categoría CCS del diagnóstico principal ^(C)

Categoría CCS en que se clasifica el código anterior.

(1): C010_DP_CCS_Cat

(1): C010_DP_CCS_Cat_CD

Grupo CCS del diagnóstico principal ^(C)

Grupo CCS en que se clasifica el código anterior.

(1): C010_DP_CCS

(1): C010_DP_CCS_CD

Códigos de los diagnósticos (secundarios) 2 a 15 ^(D)

Códigos CIE-9-MC de los diagnósticos secundarios.

(1): C012_DSXX

(1): C012_DSXX_CD

Categorías CCS de los diagnósticos 2 a 15 ^(C)

Categoría CCS en que se clasifican respectivamente los códigos anteriores

(1): C012_DSXX_CCS_Cat

(1): C012_DSXX_CCS_Cat_CD

Grupos CCS de los diagnósticos 2 a 15 ^(C)

Grupo CCS en que se clasifican respectivamente los códigos anteriores.

(1): C012_DSXX_CCS

(1): C012_DSXX_CCS_CD

Número de códigos diagnósticos del registro ^(C)

Número total de códigos diagnósticos CIE-9-MC que contiene el registro.

(1): C016_Num_Diag

Campo con los códigos diagnósticos del registro concatenados ^(C)

Campo que contiene todos los códigos CIE-9-MC diagnósticos del registro separados mediante guiones.

(1): C017_Total_Diag

Campo con los grupos CCS de los códigos diagnósticos del registro concatenados ^(C)

Campo que contiene todos los códigos de los grupos CCS de los códigos CIE-9-MC diagnósticos del registro separados mediante guiones

(1): C018_Total_Diag_CCS

Códigos de causas externas 1 a 4 ^(D)

Códigos E de la CIE-9-MC que identifican los acontecimientos, circunstancias, fármacos o condiciones ambientales que motivan una lesión, envenenamiento u otro efecto adverso. Se utilizan exclusivamente como información complementaria al diagnóstico principal y a los secundarios. Su uso es obligatorio como adicional a cualquier código del capítulo 17 de la CIE-9-MC (Lesiones y Envenenamientos) y en todos aquellos diagnósticos de los capítulos restantes en los que las normas de codificación así lo indiquen.

(1): C02_CEX

(1): C02_CEX_CD

Grupos CCS de las causas externas 1 a 4 ^(C)

Grupo CCS en que se clasifican respectivamente los códigos anteriores.

(1): C02_CEX_CCS

(1): C02_CEX_CCS_CD

Motivo de consulta escrito en admisión ^(A)

Texto escrito en admisión sobre el motivo que genera la urgencia.

(2): A05_Texto_Admission

Texto diagnóstico escrito en el triaje ^(A)

Texto escrito por los profesionales del triaje sobre el motivo que genera la urgencia. Este texto puede originar hasta dos códigos CIE-9-MC tras ser procesado por el codificador automático, que sitúa en primer lugar el más específico.

(2): A07_Texto_Triaje

Textos diagnósticos escritos por los facultativos en la consulta 1 a 15

Textos escritos por los profesionales médicos en consulta con los diagnósticos de las patologías que generan la urgencia. Estos textos y los códigos CIE-9-MC proporcionados por el codificador automático no siguen necesariamente el mismo orden, dado que un

⁷ Asignados por el codificador automático

texto médico puede generar varios códigos CIE-9-MC y que el codificador automático coloca en primer lugar los códigos procedentes de los textos incluidos en el informe de alta y aquellos más específicos.

(2): C050_Texto_01_Consulta hasta (2): C064_Texto_15_Consulta

Código del procedimiento quirúrgico / diagnóstico / terapéutico 1 (P1) ^(A)

Código CIE-9-MC del primer procedimiento encontrado en el registro.

(1): C030_PQP

(1): C030_PQP_CD

Categoría CCS del P1 ^(C)

Categoría CCS en que se clasifica el código anterior.

(1): C030_PQP_CCS_Cat

(1): C030_PQP_CCS_Cat_CD

Grupo CCS del P1 ^(C)

Grupo CCS en que se clasifica el código anterior.

(1): C030_PQP_CCS

(1): C030_PQP_CCS_CD

Códigos de los procedimientos quirúrgicos / diagnósticos / terapéuticos 2 a 15 ^(A)

Códigos CIE-9-MC del resto de procedimientos encontrados en el registro.

(1): C032_PSXX

(1): C032_PSXX_CD

Categorías CCS de los procedimientos 2 a 15 ^(C)

Categoría CCS en que se clasifican respectivamente los códigos anteriores.

(1): C032_PSXX_CCS_Cat

(1): C032_PSXX_CCS_Cat_CD

Grupos CCS de los procedimientos 2 a 15 ^(C)

Grupo CCS en que se clasifican respectivamente los códigos anteriores.

(1): C032_PSXX_CCS

(1): C032_PSXX_CCS_CD

Número de códigos de procedimiento del registro ^(C)

Número total de campos de procedimiento CIE-9-MC cumplimentados

(1): C035_NUM_PROC

Campo con los códigos de procedimiento del registro concatenados ^(C)

Campo que contiene todos los códigos CIE-9-MC de procedimiento del registro separados mediante guiones.

(1): C035_Total_Proc

Campo con los grupos CCS de los códigos de procedimiento del registro concatenados ^(C)

Campo que contiene todos los códigos de los grupos CCS de los procedimientos CIE-9-MC diagnósticos del registro separados mediante guiones

(1): C035_Total_Proc_CCS

Campos que identifican los PAI que presenta el registro ^(C)

Campos destinados a la identificación de los grupos y subgrupos PAI que presenta el registro de entre los priorizados por el Plan Andaluz de Urgencias (PAUE). En el anexo 4 se explica la metodología seguida para la identificación de los PAI.

- (3): P00_Par Grupos PAIS
- (3): P01 Cardiopatias isquemias CD
- (3): P02 Tromboembolismo pulmonar CD
- (3): P03 Sindrome aortico agudo CD
- (3): P04 Dolor Toracico Generico CD
- (3): P05 ACV CD
- (3): P06 EPOC CD
- (3): P07 Insuficiencia Cardiaca CD
- (3): P08 Lesiones organos internos y vasculares CD
- (3): P09 Amputacion dedos manos CD
- (3): P10 Amputacion dedos pies CD
- (3): P11 Amputacion prx muñeca_tobillo CD
- (3): P12 Torax basculante CD
- (3): P13 Fractura humero o femur CD
- (3): P14 Fractura boveda craneal CD
- (3): P15 Fractura pelvis CD
- (3): P16 Quemaduras CD
- (3): P17 Fractura afectacion vascular CD
- (3): P18 Lesion Medular CD
- (3): P19 Fractura cadera ancianos CD
- (3): P20 SIRS CD
- (3): P21 Meningitis CD
- (3): P22 Encefalitis CD
- (3): P23 Neumonía CD
- (3): P24 Septicemias CD

Estados del paciente

Campos que identifican determinadas situaciones de interes para el análisis ^(C)

- (1): ST_Exitus: Campo que identifica si el paciente ha fallecido o no en la urgencia.
- (1): ST_Ingreso_Planta: Campo que identifica si el paciente ha ingresado o no en planta.
- (1): ST_Observación: Campo que identifica si el paciente ha sido atendido o no en observación.
- (1): ST_Returnos72h: Campo que identifica si el paciente ha retornado o no en 72 horas o menos.

Sistema de indicadores del CMBD de Urgencias

El sistema de indicadores del CMBD de urgencias esta formado por un conjunto de informes. En cada informe se explora una dimensión (o combinación de dimensiones) de las urgencias hospitalarias mediante una batería de indicadores.

En el anexo 5 se recoge el conjunto de reglas y restricciones que se han utilizado en la explotación de los datos.

Indicadores o medidas

Los indicadores o medidas describen determinados aspectos de las urgencias hospitalarias y se presentan agrupados en 3 bloques diferenciados:

- **Bloque “básico”**. Proporcionan una visión general de las urgencias hospitalarias.
- **Bloques “tiempos de respuesta asistencial” y “tiempos de permanencia en urgencias”**. Exploran en mayor detalle los tiempos en los que se presta asistencia a los pacientes y el tiempo que estos permanecen en los dispositivos de urgencias.
- **Bloque “calidad de los datos”**. Exploran la calidad de los datos recogidos por los profesionales que trabajan en los dispositivos de urgencias.

Los indicadores descritos a continuación y la metodología seguida para su cálculo, tienen consideración de “corporativos” y serán los utilizados para realizar los informes habituales.

Indicadores del bloque “básico”

- **Número de urgencias**: Número total de urgencias atendidas.
- **% de urgencias sobre el total** (frecuencia relativa): Porcentaje de urgencias en cada uno de los valores de la dimensión estudiada.
- **% de urgencias de mujeres**: Porcentaje de las urgencias atendidas en que las pacientes son mujeres.
- **% de urgencias de menores de 15 años**: Porcentaje de las urgencias atendidas en que los pacientes tienen menos de 15 años.
- **Edad media en los episodios de urgencias**: Promedio de la edad en los episodios de urgencias.

- **% de urgencias en cada nivel de prioridad (1 a 5):** Porcentaje de las urgencias atendidas clasificadas en cada uno de los niveles de prioridad (1 a 5) en el triaje.
- **% de urgencias que pasan a observación:** Porcentaje de las urgencias atendidas que pasan al área de observación.
- **% de urgencias que ingresan en planta:** Porcentaje de las urgencias atendidas que son ingresadas en planta.
- **% de retornos en urgencias:** Porcentaje las urgencias atendidas cuyo titular ha sido asistido en un servicio de urgencias en las 72 horas previas.
- **% de urgencias que fallecen:** Porcentaje de las urgencias atendidas que fallecen en los servicios de urgencias.
- **Tiempo de permanencia en urgencias (TPU):** Tiempo medio expresado en minutos que transcurre desde que los pacientes abandonan el área de admisión hasta que abandonan el área de urgencias.
- **Tiempo de permanencia en urgencias de las urgencias sin observación (TPUNO):** TPU de las urgencias que no han sido atendidas en el área de observación.
- **% de urgencias sin observación con TPU > 4 horas:** Porcentaje de las urgencias que no han sido atendidas en el área de observación que han permanecido en el área de urgencias más de 4 horas.
- **% de urgencias con observación con TPU > 24 horas:** Porcentaje de las urgencias que han sido atendidas en el área de observación que han permanecido en el área de urgencias más de 24 horas.
- **Tiempo de la primera asistencia médica (TPAM):** Tiempo medio expresado en minutos que transcurre desde que los pacientes abandonan el área de admisión hasta que son atendidos en la consulta médica (aproximado por la fecha y hora de la primera anotación médica en la historia clínica).
- **% de urgencias con tiempos válidos:** Porcentaje de registros utilizados para el cálculo de los indicadores de tiempos asistenciales y de tiempos de permanencia en urgencias.

Indicadores del bloque “tiempos de respuesta asistencial”

- **Número de urgencias:** Número total de urgencias atendidas.
- **Tiempo de respuesta en clasificación (TRC):** Tiempo medio expresado en minutos que transcurre desde que los pacientes abandonan el área de admisión hasta el inicio del triaje (apertura de hoja de triaje).

- **% de urgencias con TRC > 5m:** Porcentaje de las urgencias con TRC superior a 5 minutos.
- **Tiempo de espera de atención (TEA):** Tiempo medio expresado en minutos que transcurre desde el inicio del triaje hasta el inicio de la consulta médica (aproximado por la fecha y hora de la primera anotación médica en la historia clínica).
- **Tiempo de la primera asistencia médica (TPAM).** Ver indicadores básicos.
- **% urgencias con TPAM > tiempo recomendado:** Porcentaje de urgencias que han superado el TPAM recomendado para su nivel de clasificación.

	Prioridad 1	Prioridad 2	Prioridad 3	Prioridad 4	Prioridad 5
TPAM Recomendados	0 min	10 min	60 min	120 min	240 min

- **% de urgencias con tiempos válidos.** Porcentaje de registros utilizados para el cálculo de los indicadores de tiempos asistenciales y de tiempos de permanencia en urgencias.

Indicadores del bloque “tiempos de permanencia en urgencias”

- **Número de urgencias:** Número total de urgencias atendidas.
- **Tiempo de permanencia en urgencias (TPU).** Ver indicadores básicos.
- **% de urgencias sin observación con TPU > 4 horas.** Ver indicadores básicos.
- **% de urgencias con observación con TPU > 24 horas.** Ver indicadores básicos.
- **Tiempo de estancia en observación (TO):** Tiempo medio expresado en minutos que transcurre desde que los pacientes entran en el área de observación hasta su alta médica.
- **Tiempo de salida del servicio (TSS):** Tiempo medio expresado en minutos que transcurre desde que se produce el alta médica hasta que el paciente abandona el área de urgencias.
- **% de urgencias ingresadas con TSS > 1h:** Porcentaje de urgencias ingresadas en que el TSS ha sido superior a una hora.
- **% de urgencias con tiempos válidos.** Porcentaje de registros utilizados para el cálculo de los indicadores de tiempos asistenciales y de tiempos de permanencia en urgencias.

Indicadores del bloque “calidad de los datos”

Incluye un conjunto de indicadores que exploran la calidad de los datos recogidos en el aplicativo Diraya urgencias por los profesionales que trabajan en los dispositivos de urgencias.

- **Número de urgencias:** Número total de urgencias atendidas.
- **% de codificación diagnóstica:** Porcentaje de registros en los que el codificador automático ha encontrado información clínica procedente de la consulta médica suficiente para asignar al menos un código CIE-9-MC diagnóstico.
- **Media de diagnósticos por urgencia:** Número medio de códigos CIE 9 diagnósticos MC asignados por el codificador automático a cada registro procedentes de la información clínica recogida en la consulta médica.
- **% de codificación de los éxitos:** Porcentaje de registros de pacientes fallecidos en la urgencia en los que el codificador automático ha encontrado información clínica procedente de la consulta médica suficiente para asignar al menos un código CIE-9-MC diagnóstico.
- **% de urgencias con prioridad 1 codificadas:** Porcentaje de registros de pacientes clasificados con el nivel 1 en el triaje en los que el codificador automático ha encontrado información clínica procedente de la consulta médica suficiente para asignar al menos un código CIE-9-MC diagnóstico.
- **% de urgencias ingresadas codificadas:** Porcentaje de registros de pacientes ingresados en hospitalización en los que el codificador automático ha encontrado información clínica procedente de la consulta médica suficiente para asignar al menos un código CIE-9-MC diagnóstico.
- **% de NUHSA cumplimentado:** Porcentaje de registros en los que ha sido cumplimentado el NUHSA.
- **% financiación privada:** Porcentaje de registros en los que la financiación corresponde a una entidad privada.
- **% sexo discordante con BDU:** Porcentaje de registros en los que el sexo recogido en Diraya urgencias no se corresponde con el registrado en BDU.
- **% de urgencias con tiempos válidos.** Porcentaje de registros utilizados para el cálculo de los indicadores de tiempos asistenciales y de tiempos de permanencia en urgencias.

Plantillas para informes

Se han diseñado un conjunto de plantillas para facilitar la realización de informes. Estas plantillas contienen los distintos tipos de indicadores incluidos en los bloques descritos anteriormente, desplegados para una o varias dimensiones precargadas por defecto, que pueden ser modificadas por el usuario según sus necesidades.

Se ha diseñado adicionalmente una plantilla para el estudio de la mortalidad y otra para el estudio de los retornos en menos de 72h, dónde únicamente se incluyen los pacientes fallecidos o retornados respectivamente. En cada una de estas plantillas, el porcentaje de fallecidos o de retornos en su caso hacen referencia sin embargo al total de casos de la dimensión analizada.

Anexo 1. Diccionario de datos del CMBD de Urgencias

Las variables del CMBD de Urgencias se han organizado en los siguientes apartados:

- Datos del episodio
- Datos del paciente
- Datos de adscripción sanitaria
- Datos de admisión y alta
- Momentos administrativos y asistenciales
- Tiempos de respuesta asistencial y de permanencia en urgencias
- Datos clínicos

Al inicio de cada variable se hace referencia a la tabla del repositorio de datos en la que se encuentra:

- (1) se encuentra en la tabla “CMBD_URGENCIAS” que contiene las variables mas frecuentemente utilizadas en la explotación.
- (2) se encuentra en la tabla “CMBD_URGENCIAS_COMP” que contiene un conjunto de variables complementarias.
- (3) se encuentra en la tabla “CMBD_URGENCIAS_EXPLOTACION” que contiene variables relativas a los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) identificados en los episodios de urgencias.

Dado que Quiterian muestra las variables por orden alfabético, para facilitar su búsqueda el nombre de cada variable nombre comienza por una letra indicativa del tipo al que pertenece:

- A: variables administrativas
- C: variables clínicas
- F: variables sobre la adscripción sanitaria del paciente (filiación)
- ST: variables que recogen determinado estatus del paciente
- T: variables relativas a los tiempos asistenciales y de permanencia en urgencias
- P: variables relativas a los PAI

Las variables cuyo nombre acaba en “CD” contienen el literal (etiqueta) de la variable del mismo nombre con información codificada.

En la definición de las variables se indica su origen:

- (A) Variables procedentes de Diraya-Urgencias
- (B) Variables procedentes de BDU,
- (C) Variables calculadas a partir de otras originales
- (D) Variables procedentes del codificador automático.

Tabla 1. Diccionario de datos del CMBD de Urgencias del SSPA

Variable	Definición	Observaciones / valores que toma la variable	Tipo de datos	Tño.
Datos del episodio				
(1): A03_Hospital (1): A03_Hospital_CD	Hospital del SSPA que atiende el episodio ^(A)	Anexo 2	Texto Texto	5 46
(1): A031_Tipo_Hosp (1): A031_Tipo_Hosp_CD	Tipo del Hospital a que pertenece el Hospital que atiende el episodio ^(C)	Clasificación hospitalaria Anexo 2	Texto Texto	2 22
(1): A034_Hospital_Provincia	Provincia del Hospital que atiende el episodio ^(C)	Provincias andaluzas	Texto	8
(2): A01_ID_Urg	Identificador unívoco del episodio de urgencia en el ámbito del Hospital ^(A)		Texto	10
(1) (2) (3): A00_Identificador_Norm	Identificador unívoco del episodio de urgencia en el ámbito del CMBD ^(C)		Texto	25
(1): A30_Reg_Fin (1): A30_Reg_Fin_CD	Entidad o institución que financia el episodio de urgencias ^(A)	<ul style="list-style-type: none"> – 0 Sin datos – 1 Pública Sistema Nacional de Salud – 2 Pública Andaluza – 4 Empresa colaboradora – 9 No presenta tarjeta sanitaria / número de afiliado – 10 Privada (Particular) – 12 Convenios Internacionales U.E. – 13 Convenio bilateral con España – 14 Sin protección sanitaria – 15 Mutualista: ISFAS, MUFACE, MUGEJU – 16 Compañía privada de asistencia 	Texto Texto	2 46
Datos del paciente				
(1): A042_NUHSA	Número Único de Historia de Salud en Andalucía (NUHSA) ^(A)	Constituye el identificador unívoco del paciente en el SSPA. Vinculado automáticamente con el CIP del SNS ⁸	Texto	12
(1): A042_NUHSARec	NUHSA encriptado ^(C)		Texto	12
(1): A02_Nuss	Número de usuario de la Seguridad Social ^(A)		Texto	12
(1): A20_Reside	Código postal de residencia del paciente ^(A)	Códigos postales	Texto	6
(1): A201_Provincia	Provincia de residencia del paciente ^(C)	Provincias españolas	Texto	28
(1): A100_Fec_Nac	Fecha de nacimiento ^(A)		Fecha	8
(1): A101_Anyo_Nac	Año de nacimiento ^(C)		Numérico	15
(1): A11_Edad	Edad en años ^(C)	A la fecha del contacto con urgencias	Numérico	15
(1): A114_Dias_Edad	Edad en días en menores de un año ^(C)	A la fecha del contacto con urgencias	Numérico	15
(1): A115_Meses_Edad	Edad en meses a la fecha del contacto con urgencias en el caso de los pacientes menores de dos años ^(C)	A la fecha del contacto con urgencias	Numérico	15
(1): A111_GE5	Grupo etario quinquenal del paciente ^(C)	A la fecha del contacto con urgencias	Texto	16
(1): A112_GE10	Grupo etario decenal del paciente ^(C)	A la fecha del contacto con urgencias	Texto	16
(1): A113_GE	Grupo etario (5 clases) del paciente ^(C)	A la fecha del contacto con urgencias	Texto	16

⁸ CIP: Código de Identificación Personal del SNS. Permite la identificación única y unívoca de cada persona en todo el SNS. Sirve como vínculo de unión de cuantos otros códigos personales pueda tener una persona en los distintos territorios del Estado (112).

Variable	Definición	Observaciones / valores que toma la variable	Tipo de datos	Tño.
		<ul style="list-style-type: none"> - Menores de 1 año - De 1 a 14 años - De 15 a 44 años - De 45 a 64 años - Mayores de 64 años 		
(1): A113_GE_B	Grupo etario (8 clases) del paciente ^(C)	<p>A la fecha del contacto con urgencias</p> <ul style="list-style-type: none"> - De 0 días a 29 días - De 30 días a 1 año - De 2 a 5 años - De 6 a 14 años - De 15 a 44 años - De 45 a 64 años - De 65 a 79 años 	Texto	24
(1): A12_Sexo (1): A12_Sexo_CD	Sexo ^(A)	<ul style="list-style-type: none"> - Hombre - Mujer - Indeterminado - Error <p>Indeterminado: pacientes con alteraciones que no permiten la asignación del sexo</p>	Texto Texto	1 17
Datos de adscripción sanitaria				
(1): F00_Clave_Medica	Médico de Atención Primaria del paciente ^(B)	A la fecha de la admisión en la urgencia	Texto	65
(1): F00_Especialidad_CM	Especialidad (medicina familiar y comunitaria o pediatra) del médico de Atención Primaria del paciente ^(B)	A la fecha de la admisión en la urgencia	Texto	64
(1): F01_CAP (1): F01_CAP_CD	Centro de Atención Primaria del paciente ^(C)	A la fecha de la admisión en la urgencia	Texto Texto	10 100
(1): F02_ZBS (1): F02_ZBS_CD	Zona básica de Atención Primaria del paciente a la fecha de la admisión en la urgencia. ^(C)	A la fecha de la admisión en la urgencia	Texto Texto	15 100
(1): F03_Distrito (1): F03_Distrito_CD	Distrito de Atención Primaria del paciente ^(C)	A la fecha de la admisión en la urgencia	Texto Texto	15 100
(1): F05_Origen_Filiacion.	Origen de la adscripción del paciente ^(C)	<p>Indica los datos utilizados para obtener la adscripción sanitaria del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - CM BDU: clave médica del paciente - CP BDU: código postal de BDU - CP CMBD: código postal informado por el hospital - Manual: método probabilístico 	Texto	10
Datos de admisión y alta				
(1) A01_Procede (1) A01_Procede_CD	Origen del contacto o modo de llegada del paciente ^(A)	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Medios propios - 5 Fuerza pública - 2 Centro de salud - 6 Paciente judicial - 3 Dispositivo de Cuidados Críticos - 7 Hospital - 4 Equipo de emergencias - 8 Otros 	Texto Texto	2 50
(2): A02_Unidad_Funcional	Puerta de urgencias por la que es admitido el paciente ^(A)	Variable parametrizable por cada hospital	Texto	60
(1): A52_Tip_Ing (1): A52_Tip_Ing_CD	Motivo por el que el paciente acude ^(A)	<p>Recogido en admisión del hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Enfermedad común - 2 Accidente de tráfico - 3 Accidente escolar - 4 Accidente laboral 	Texto Texto	2 55

Variable	Definición	Observaciones / valores que toma la variable	Tipo de datos	Tño.
		<ul style="list-style-type: none"> - 5 Accidente casual - 6 Cura programada - 7 Inyectable programado - 8 Consulta médica (no asistencial) - 9 Violencia domestica - 10 Agresión - 11 Reconocimiento médico judicial - 12 Intoxicación - 13 Autolesión - 14 Abusos sexuales - 15 Accidente deportivo - 16 Otras causas - 17 Catástrofe - 18 Accidente de caza - 19 Parto - 20 Interrupción del embarazo - 21 Ginecológico - 22 Ingreso cadáver - 30 Accidente en viaje (tierra-mar) - 31 Accidente de tráfico-trabajo - 32 Accidente sujeto a seguro obligatorio 		
(2): A03_Servicio (2): A03_Servicio_CD	Tipo de servicio que atiende la urgencia ^(A)	<ul style="list-style-type: none"> - 1 General - 2 Traumatología - 3 Otorrinolaringología - 4 Psiquiatría - 5 Oftalmología 	Texto Texto	2 50
(1): A62_Tip_Alt (1): A62_Tip_Alt_CD	Destino del paciente al alta ^(A)	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Domicilio - 2 Médico de Familia - 3 Traslado a otro Hospital - 4 Exitus - 5 Especialista - 6 Otro - 7 No acude - 8 Ingreso en planta - 9 Fuga - 10 Alta Voluntaria - 11 Paso a Consultas Externas - 12 Hospitalización a domicilio - 13 Alta Voluntaria in-extremis - 14 Traslado a Residencia Social - 15 Interconsulta Atendida - 16 Ingreso Cadáver o Llegado fallecido - 17 Traslado a otro servicio - 18 Traslado a Hospital acompañado por personal sanitario - 19 Mutua Laboral - 20 Hospital no público - 21 Admisión en otro Centro 	Texto Texto	2 59
(1): A62_Tip_alt_2 (1): A62_Tip_Alt_2_CD	Destino del paciente al alta (reclasificado) ^(C)	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Seguimiento en Atención primaria - 2 Seguimiento en Atención especializada - 3 Ingreso en planta - 4 Traslado a otro hospital - 5 Hospitalización a domicilio - 6 Exitus - 7 Salida voluntaria - 8 Alta voluntaria in extremis - 9 Otros 	Texto Texto	3 33
(2):	Destino del paciente	Variable parametrizable por cada	Texto	10

Variable	Definición	Observaciones / valores que toma la variable	Tipo de datos	Tño.
A04_Destino_en_Planta (2): A04_Destino_en_Planta_CD	hospitalizado ^(A)	hospital	Texto	30
(1): A63_CNP_Medico_Alta	Código numérico personal del facultativo que firma el alta ^(A)	Número de identificación unívoco del personal que trabaja en el SSPA	Texto	20
(1): A63_Operador_Triaje	Código de operador del profesional que realiza el triaje ^(A)		Texto	20
Momentos administrativos y asistenciales				
(1): A512_Fec_Ing	Día, mes y año en de la admisión en urgencias ^{9 (A)}		Fecha	8
(1): A510_Hora_Ing	Hora en que se produce la admisión en urgencias ^(A)		Texto	4
(1): A511_Rango_Ing	Intervalo horario en que se produce la admisión en urgencias ^(C)	Intervalo horario de 60 minutos en que se produce la admisión en urgencias. Ej.: de 9:00 a 10:00	Texto	8
(1): A513_Dia_Semana_Ing	Día de la semana del inicio del contacto ^(C)		Texto	16
(1): A515_Trim_Ing	Trimestre del inicio del contacto ^(C)		Numérico	15
(1): A514_Mes_Ing	Mes del inicio del contacto ^(C)		Numérico	15
(1): A516_Anyo_Ing	Año del inicio del contacto ^(C)		Numérico	15
(2): A061_Fec_Triaje	Día, mes y año en que se inicia el triaje ^(A)		Fecha	8
(2): A06_Hora_Triaje	Hora en que se inicia el triaje ^(A)		Texto	4
(2): A08_Fecha_Cierre_Triaje	Día, mes y año en que finaliza el triaje ^(A)		Fecha	8
(2): A081_Hora_Cierre_Triaje	Hora en que finaliza el triaje ^(A)		Texto	4
(2): C040_Fec_Consulta	Día, mes y año en que el paciente entra en la consulta médica ^{10 (A)}		Fecha	14
(2): C040_Hora_Consulta	Hora en que el paciente entra en la consulta médica ^(A)		Texto	4
(2): C0502_Fec_Texto_01_Consulta	Día, mes y año en que se realiza el primer diagnóstico en la consulta médica ^{11 (A)}		Fecha	8
(2): C0501_Hora_Texto_01_Consulta	Hora en que se realiza el primer diagnóstico en la consulta médica ^(A)		Texto	4
(2): C0512_Fec_Texto_02_Consulta hasta (2): C0642_Fec_Texto_15_Consulta	Días, meses y años en que se realizan el resto de diagnósticos en la consulta médica		Fecha	8
(2): C0511_Hora_Texto_02_Consulta hasta (2): C0641_Hora_Texto_15_Consulta	Horas en que se realizan el resto de diagnósticos en la consulta médica ^(A)		Texto	4
(1): C030_Fec_PQP	Día, mes y año en que se realiza		Fecha	8

⁹ A efecto del computo de los tiempos asistenciales y de permanencia en urgencias, el inicio de la urgencia tiene lugar cuando concluye el proceso de admisión.

¹⁰ El inicio de la consulta médica se aproxima mediante la fecha en que se realiza la primera de una serie de actividades consecutivas que normalmente es la anotación de la anamnesis en la historia clínica.

¹¹ Las fechas en que se realizan los diagnósticos y procedimientos se aproximan por el momento en que se anotan en la historia clínica.

Variable	Definición	Observaciones / valores que toma la variable	Tipo de datos	Tño.
	el primer procedimiento ^(A)			
(1): C030_Hora_PQP	Hora en que se realiza el primer procedimiento ^(A)		Texto	4
(2): C080_Fec_PS01 hasta (2): C093_Fec_PS14	Días, meses y años en que se realizan los procedimientos 2 a 15 ^(A)		Fecha	8
(2): C0801_Hora_Ps01 hasta (2): C0931_Hora_Ps14	Horas en que se realizan los procedimientos 2 a 15 ^(A)		Texto	4
(2): C068_Fec_Espera_Observacion	Día, mes y año en que el paciente pasa a espera para ser admitido en observación ^(A)		Fecha	8
(2): C069_Hora_Espera_Observacion	Hora en que el paciente pasa a espera para ser admitido en observación ^(A)		Texto	4
(2): C071_Fec_Observacion	Día, mes y año en que el paciente es admitido en observación ^(A)		Fecha	8
(2): C070_Hora_Observacion	Hora en que el paciente es admitido en observación ^(A)		Texto	4
(1): A612_Fec_Alt	Día, mes y año en del alta médica ^(A)		Fecha	8
(1): A610_Hora_Alt	Hora en del alta médica ^(A)		Texto	4
(1): A611_Rango_Alt	Intervalo horario en que se produce el alta en urgencias ^(C)	Intervalo horario de 60 minutos en que se produce el alta en urgencias. Ej.: de 9:00 a 10:00	Texto	8
(1): A616_Anyo_Alt	Año del alta ^(C)		Numérico	15
(1): A614_Mes_Alt	Mes del alta ^(C)		Numérico	15
(1): A615_Trim_Alt	Trimestre del alta ^(C)		Numérico	15
(1): A613_Dia_Semana_Alt	Día de la semana del alta ^(C)		Texto	16
(1): F_Salida_Serv	Día, mes y año en que el paciente sale del servicio de urgencias ^(A)		Fecha	8
(1): H_Salida_Serv	Hora en que el paciente sale del servicio de urgencias ^(A)		Texto	4
Tiempos de respuesta asistencial y de permanencia en urgencias				
(1): T15_Permanencia_Urgencias	Tiempo de permanencia en urgencias (TPU) ^(C)	Minutos transcurridos desde que el paciente es admitido hasta que sale del servicio de urgencias	Numérico	8
(1): T15R_Rango_Permanencia_Urgencias	Intervalo de tiempo del TPU ^(C)	Intervalo de 10 minutos de duración del TPU. Ej.: de 10 a 20 minutos	Texto	14
(1): T14_Total_Asiencia	Tiempo de total de asistencia (TTA) ^(C)	Minutos transcurridos desde que el paciente es admitido hasta el alta médica	Numérico	8
(1): T14R_Rango_Total_Asiencia	Intervalo de tiempo del TTA ^(C)	Intervalo de 10 minutos de duración del TTA. Ej.: de 10 a 20 minutos	Texto	14
(1): T01_Respuesta_Clasificacion	Tiempo de respuesta en clasificación (TRC) ^(C)	Minutos transcurridos desde que el paciente es admitido hasta el inicio del triaje (apertura de la hoja de triaje)	Numérico	8
(1): T01R_Rango_Respuesta_Clasificacion	Intervalo de tiempo del TRC ^(C)	Intervalos de 5 minutos de duración hasta llegar a una hora del TRC. Ej.: de 10 a 20 minutos, mas de una hora	Texto	14
(1): T02_Clasificacion	Tiempo de clasificación (TC) ^(C)	Minutos transcurridos desde el inicio hasta el fin del triaje	Numérico	8
(1): T02R_Rango_Clasificacion	Intervalo de tiempo del TC ^(C)	Intervalos de 5 minutos de duración hasta llegar a una hora del TC. Ej.: de 10 a 20 minutos, mas de una hora	Texto	14
(1): T03_Espera_1_Consulta_Facultativa	Tiempo de espera de la primera consulta facultativa (TEPCF) ^(C)	Minutos transcurridos desde que el paciente sale de triaje hasta que entra en consulta médica	Numérico	8
(1): T03R_Rango_Espera_1_Consulta_Facultativa	Intervalo de tiempo del TEPCF ^(C)	Intervalo de 10 minutos de duración del TEPCF. Ej.: de 10 a 20 minutos	Texto	14

Variable	Definición	Observaciones / valores que toma la variable	Tipo de datos	Tño.
(1): T16_Primer_Diagnostico	Tiempo de realización del primer diagnóstico (TPD) ^(C)	Minutos transcurridos desde que el paciente es admitido hasta que se le realiza el primer diagnóstico	Numérico	8
(1): T16R_Rango_Primer_Diagnostico	Intervalo de tiempo del TPD ^(C)	Intervalo de 10 minutos de duración del TPD. Ej.: de 10 a 20 minutos	Texto	14
(1): T17_Primer_Procedimiento	Tiempo de realización del primer procedimiento (TPP) ^(C)	Minutos transcurridos desde que el paciente es admitido hasta que se le realiza el primer procedimiento	Numérico	8
(1): T17R_Rango_Primer_Procedimiento	Intervalo de tiempo del TPP ^(C)	Intervalo de 10 minutos de duración del TPP. Ej.: de 10 a 20 minutos	Texto	14
(1): T04_Asiencia_Medica_Consulta	Tiempo de asistencia médica en consulta (TAMC) ^(C)	Minutos transcurridos desde el inicio de la consulta médica hasta: 1) el alta médica o 2) el pase a espera de ser atendido en el área de observación	Numérico	8
(1): T04R_Rango_Asiencia_Medica_Consulta	Intervalo de tiempo del TAMC ^(C)	Intervalo de 10 minutos de duración del TAMC. Ej.: de 10 a 20 minutos	Texto	14
(1): T05_Espera_Observacion	Tiempo en espera de observación (TEO) ^(C)	Minutos transcurridos desde el paso a espera de ser atendido en el área de observación hasta que es atendido en dicha área	Numérico	8
(1): T05R_Rango_Espera_Observacion	Intervalo de tiempo del TEO ^(C)	Intervalo de 10 minutos de duración del TEO. Ej.: de 10 a 20 minutos	Texto	14
(1): T06_Estancia_Observacion	Tiempo de estancia en observación (TO) ^(C)	Minutos transcurridos desde que el paciente entra en el área de observación hasta su alta médica	Numérico	8
(1): T06R_Rango_Estancia_Observacion	Intervalo de tiempo del TO ^(C)	Intervalo de 10 minutos de duración del TO. Ej.: de 10 a 20 minutos	Texto	14
(1): T07_Salida_Servicio	Tiempo de salida del servicio (TSS) ^(C)	Minutos transcurridos desde el alta médica hasta que el paciente sale del servicio de urgencias	Numérico	8
(1): T07R_Rango_Salida_Servicio	Intervalo de tiempo del TSS ^(C)	Intervalo de 10 minutos de duración del TSS. Ej.: de 10 a 20 minutos	Texto	14
(1): T08_Espera_Atencion	Tiempo de espera de atención (TEA) ^(C)	Minutos transcurridos desde el inicio del triaje hasta el inicio de la consulta médica	Numérico	8
(1): T08R_Rango_Espera_Atencion	Intervalo de tiempo del TEA ^(C)	Intervalo de 10 minutos de duración del TEA. Ej.: de 10 a 20 minutos	Texto	14
(1): T12_1_Asiencia_Medica	Tiempo de la primera asistencia médica (TPAM) ^(C)	Minutos transcurridos desde que el paciente es admitido hasta que entra en la consulta médica	Numérico	8
(1): T12R_Rango_1_Asiencia_Medica	Intervalo de tiempo del TPAM ^(C)	Intervalo de 10 minutos de duración del TPAM. Ej.: de 10 a 20 minutos	Texto	14
(1): A65_Tiempo_Reingreso	Total de horas desde una admisión anterior ^(C)	Horas transcurridas entre dos urgencias consecutivas de un mismo paciente en menos de un año (desde la salida de la primera hasta la admisión de la segunda)	Numérico	15
(1): ST_TiemposValidos	Validez del registro para el cálculo de tiempos ^(C)	Indica si el registro cumple los criterios establecidos para ser utilizado en el cálculo de tiempos de respuesta asistencial y de permanencia en urgencias Si/No	Texto	1
Datos clínicos				
(1): A520_Prioridad	Nivel de clasificación en el triaje ^(A)	0 – Sin información	Texto	1
(1): A520_Prioridad_CD		1 - Crítico 2 – Emergencia	Texto	15

Variable	Definición	Observaciones / valores que toma la variable	Tipo de datos	Tño.
		3 – Urgente 4 – Estándar 5 - No urgente		
(2): C010_DP_Triaje (2): C010_DP_Triaje_CD	Código CIE-9-MC del motivo principal de la urgencia recogido en triaje ^(D)	Códigos diagnósticos CIE-9-MC de la vigente en cada momento	Texto Texto	6 80
(2): C010_DP_Triaje_CCS_Cat (2): C010_DP_Triaje_CCS_Cat_CD	Categoría CCS del motivo principal de la urgencia recogido en el triaje^(C)	Anexo 6	Texto Texto	2 95
(2): C010_DP_Triaje_CCS (2): C010_DP_Triaje_CCS_CD	Grupo CCS del motivo principal de la urgencia recogido en el triaje^(C)	Anexo 6	Texto Texto	4 111
(2): C012_DS_Triaje (2): C012_DS_TRIAJE_CD	Código CIE-9-MC del motivo secundario de la urgencia recogido en triaje ^(D)	Códigos diagnósticos CIE-9-MC de la vigente en cada momento	Texto Texto	6 80
(2): C012_DS_Triaje_CCS_Cat (2): C012_DS_Triaje_CCS_Cat_CD	Categoría CCS del motivo secundario de la urgencia recogido en el triaje^(C)	Anexo 6	Texto Texto	2 95
(2): C012_DS_Triaje_CCS (2): C012_DS_Triaje_CCS_CD	Grupo CCS del motivo secundario de la urgencia recogido en el triaje^(C)	Anexo 6	Texto Texto	4 94
(1): C010_DP (1): C010_DP_CD	Código CIE-9-MC del diagnóstico principal^(D)	Código diagnóstico, de la CIE-9-MC vigente en cada momento, de la "afección que después del estudio necesario se establece que fue la causa del contacto con las urgencias del hospital" (31)	Texto Texto	6 80
(1): C010_DP_CCS_Cat (1): C010_DP_CCS_Cat_CD	Categoría CCS del diagnóstico principal^(C)	Anexo 6	Texto Texto	2 95
(1): C010_DP_CCS (1): C010_DP_CCS_CD	Grupo CCS del diagnóstico principal^(C)	Anexo 6	Texto Texto	4 111
(1): C012_DSXX (1): C012_DSXX_CD	Códigos CIE-9-MC de los diagnósticos (secundarios) 2 a 15^(D)	Códigos diagnósticos CIE-9-MC de la vigente en cada momento	Texto Texto	6 80
(1): C012_DSXX_CCS_Cat (1): C012_DSXX_CCS_Cat_CD	Categorías CCS de los diagnósticos 2 a 15^(C)	Anexo 6	Texto Texto	2 95
(1): C012_DSXX_CCS (1): C012_DSXX_CCS_CD	Grupos CCS de los diagnósticos 2 a 15^(C)	Anexo 6	Texto Texto	4 111
(1): C016_Num_Diag	Número total de códigos diagnósticos CIE-9-MC que contiene el registro ^(C)		Numérico	15
(1): C017_Total_Diag	Campo con todos los códigos CIE-9-MC diagnósticos del registro concatenados ^(C)		Texto	104
(1): C018_Total_Diag_CCS	Campo con todos los grupos CCS diagnósticos del registro concatenados^(C)		Texto	68
(1): C02_CEX (1): C02_CEX_CD	Códigos de causas externas 1 a 4^(D)	Códigos E de la CIE-9-MC de la vigente en cada momento. Identifican acontecimientos, circunstancias, fármacos o condiciones ambientales que motivan una lesión, envenenamiento u otro efecto adverso	Texto Texto	6 Variable
(1): C02_CEX_CCS (1): C02_CEX_CCS_CD	Grupos CCS de las causas externas 1 a 4^(C)	Anexo 6	Texto Texto	4 Variable
(2): A05_Texto_Admission	Texto del motivo de la urgencia recogido en admisión ^(A)	Texto del motivo que genera la urgencia recogido en admisión	Texto	75
(2): A07_Texto_Triaje	Texto del motivo de la urgencia recogido en el triaje^(A)	Texto del motivo que genera la urgencia recogido en el triaje	Texto	100
(2):	Textos diagnósticos escritos por	Textos diagnósticos recogidos en la	Texto	100

Variable	Definición	Observaciones / valores que toma la variable	Tipo de datos	Tño.
C050_Texto_XX_Consulta	los facultativos en la consulta 1 a 15	consulta médica		
(1): C030_PQP (1): C030_PQP_CD	Código CIE-9-MC del primer procedimiento diagnóstico / terapéutico del registro (P1) ^(A)	Códigos de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos de la CIE-9-MC de la vigente en cada momento	Texto Texto	5 74
(1): C030_PQP_CCS_Cat (1): C030_PQP_CCS_Cat_CD	Categoría CCS del P1 ^(C)	Anexo 6	Texto Texto	2 60
(1): C030_PQP_CCS (1): C030_PQP_CCS_CD	Grupo CCS del P1 ^(C)	Anexo 6	Texto Texto	3 100
(1): C032_PSXX (1): C032_PSXX_CD	Códigos CIE-9-MC de los procedimientos diagnósticos / terapéuticos 2 a 15 ^(A)	Códigos de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos de la CIE-9-MC de la vigente en cada momento	Texto Texto	5 Variable
(1): C032_PSXX_CCS_Cat (1): C032_PSXX_CCS_Cat_CD	Categorías CCS de los procedimientos 2 a 15 ^(C)	Anexo 6	Texto Texto	2 Variable
(1): C032_PSXX_CCS (1): C032_PSXX_CCS_CD	Grupos CCS de los procedimientos 2 a 15 ^(C)	Anexo 6	Texto Texto	3 Variable
(1): C035_NUM_PROC	Número de códigos de procedimiento en el registro ^(C)		Numérico	15
(1): C035_Total_Proc	Campo con todos los códigos CIE-9-MC de los procedimiento del registro concatenados mediante guiones ^(C)		Texto	89
(1): C035_Total_Proc_CCS	Campo con todos los códigos de los grupos CCS de los procedimientos del registro concatenados mediante guiones ^(C)		Texto	49
(3): P00_Par Grupos PAIS	Identifica todos los grupos PAI que presenta el registro ^(C)	Campo paramétrico ¹² que recoge los valores de todos los grupos PAI a los que pertenece cada registro	Texto	41
(3): P01 Cardiopatias isquemias CD			Texto	13
(3): P01_01 SCACEST			Texto	1
(3): P01_02 SCASEST			Texto	1
(3): P01_03 Otras anginas			Texto	1
(3): P01_04 CI Cronica			Texto	1
(3): P02 Tromboembolismo pulmonar CD			Texto	24
(3): P03 Sindrome aortico agudo CD			Texto	22
(3): P04 Dolor Toracico Generico CD			Texto	23
(3): P05 ACV CD			Texto	15
(3): P05_01 ACV Hemorragicos			Texto	1
(3): P05_02 ACV Isquemicos			Texto	1
(3): P05_03 AIT			Texto	1
(3): P06 EPOC CD			Texto	4
(3): P07 Insuficiencia Cardiaca CD			Texto	22
(3): P08 Lesiones organos internos y vasculares CD			Texto	40
(3): P09 Amputacion dedos manos CD			Texto	25
(3): P10 Amputacion dedos pies CD			Texto	24

¹² Un campo paramétrico es aquel cuyos valores están basados en consultas y no son necesariamente excluyentes entre si.

Variable	Definición	Observaciones / valores que toma la variable	Tipo de datos	Tño.
(3): P11 Amputacion prx muñeca_tobillo CD			Texto	36
(3): P12 Torax basculante CD			Texto	16
(3): P13 Fractura humero o femur CD			Texto	25
(3): P14 Fractura boveda craneal CD			Texto	23
(3): P15 Fractura pelvis CD			Texto	18
(3): P16 Quemaduras CD			Texto	10
(3): P17 Fractura afectacion vascular CD			Texto	7
(3): P18 Lesion Medular CD			Texto	14
(3): P19 Fractura cadera ancianos CD			Texto	30
(3): P20 SIRS CD			Texto	4
(3): P21 Meningitis CD			Texto	10
(3): P22 Encefalitis CD			Texto	11
(3): P23 Neumonía CD			Texto	8
(3): P24 Septicemias CD			Texto	10
Estado del paciente				
(1): ST_Exitus	Campo que identifica si el paciente ha fallecido o no en la urgencia	Si/No	Texto	1
(1): ST_Ingreso_Planta	Campo que identifica si el paciente ha ingresado o no en planta	Si/No	Texto	1
(1): ST_Observación	Campo que identifica si el paciente ha sido atendido o no en observación	Si/No	Texto	1
(1): ST_Returnos72h	Campo que identifica si el paciente es o no un retorno de 72 horas o menos	Si/No	Texto	1

Anexo 2. Hospitales y tipos de hospital del SAS

CÓDIGO	HOSPITAL SAS	TIPO	PROVINCIA
02003	A.H. VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)	1	SEVILLA
02004	A.H. DE VALME (SEVILLA)	2	SEVILLA
02005	A.H. VIRGEN MACARENA (SEVILLA)	1	SEVILLA
02007	A.G.S DE OSUNA	4	SEVILLA
02009	A.H. PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)	1	CÁDIZ
02010	A.G.S CAMPO DE GIBRALTAR	2	CÁDIZ
02010	A.H. PUNTA DE EUROPA *	3	CÁDIZ
02011	A.H. LA LÍNEA DE LA CONCEPCIÓN*	4	CÁDIZ
02012	A.H. JEREZ DE LA FRONTERA	2	CÁDIZ
02013	A.H. PUERTO REAL	2	CÁDIZ
02015	A.H. BAZA	4	GRANADA
02017	A.H. VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA)	1	GRANADA
02018	A.H. SAN CECILIO (GRANADA)	2	GRANADA
02019	A.G.S SUR DE GRANADA (MOTRIL)	4	GRANADA
02024	A.H. REINA SOFÍA (CÓRDOBA)	1	CÓRDOBA
02025	A.H. INFANTA MARGARITA (CABRA)	3	CÓRDOBA
02026	AREA SANITARIA NORTE DE CÓRDOBA (POZOBLANCO)	4	CÓRDOBA
02028	A.G.S NORTE DE MÁLAGA (ANTEQUERA)	4	MÁLAGA
02029	A.G.S SERRANÍA DE MÁLAGA (RONDA)	4	MÁLAGA
02031	A.H. MÁLAGA	1	MÁLAGA
02032	A.G.S. ESTE DE MÁLAGA - AXARQUÍA	4	MÁLAGA
02033	A.H. VIRGEN DE LA VICTORIA (MÁLAGA)	2	MÁLAGA
02036	A.H. INFANTA ELENA (HUELVA)*	3	HUELVA
02037	C.H. HUELVA	2	HUELVA
02038	A.H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ (HUELVA)*	2	HUELVA
02039	A.G.S. NORTE DE HUELVA	4	HUELVA
02042	C.H. DE JAÉN	1	JAÉN
02043	A.H. SAN AGUSTÍN	3	JAÉN
02044	A.H. SAN JUAN DE LA CRUZ (ÚBEDA)	3	JAÉN
02046	A.G.S NORTE DE ALMERÍA (HUÉRCAL-OVERA)	4	ALMERÍA
02048	A.H. TORRECÁRDENAS	1	ALMERÍA

*Los hospitales Punta de Europa y La línea de la Concepción (A.G.S. Campo de Gibraltar) y Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena (C.H. Huelva) sólo se codifican en el campo (1): A034_Hospital_R.

Anexo 3. Esquema de tiempos de respuesta asistencial y de permanencia en urgencias

Fin admisión	Inicio triaje	Fin triaje	Inicio consulta	Alta médica en consulta ó Inicio espera observación	Inicio observación	Alta médica en observación	Salida del servicio
TRC	TC	TEPCF	TAMC		TEO	TO	TSS
	TEA						
TPAM							
			TAM (sin observación)				
			TAM (con observación)				
TEAC (sin observación)							
TEAC (pacientes con observación)							
TOAC (sin observación)							TOAC
TOAC (con observación)							
						TOO	
TTA							
TPU							

Anexo 4. Criterios seguidos para la identificación de PAIs en los registros de urgencias

Se han seleccionado, para su identificación en los registros de urgencias y su posterior seguimiento mediante el sistema de indicadores, los PAI priorizados por el PAUE(7) y por su trascendencia un bloque de adicional de “Infecciones graves”.

- Dolor torácico
- Ataque cerebrovascular (ACV)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Insuficiencia cardiaca
- Trauma grave
- Fractura de cadera
- Infecciones graves

Proceso dolor torácico. La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía establece su carácter sindrómico y multicausal y lo considera integrado por seis procesos asistenciales (85–90): IAM con elevación del ST(SCACEST), Angina inestable e IAM sin elevación del ST, Angina estable, Dolor torácico genérico (no filiado), Tromboembolismo pulmonar, Síndrome aórtico agudo (AAA).

A efectos de tratamiento de la información dentro del sistema de indicadores se ha estructurado este proceso en 4 grupos:

- Grupo Cardiopatía Isquémica (91) (P01). Integrada por los siguientes subgrupos:
 - IAM con elevación ST (SCACEST) (P01_01)
 - Síndrome Coronario Agudo sin elevación ST (SCASEST) (P01_02):
 - IAM sin elevación del ST (P01_02_01)
 - Angina Inestable (P01_02_02)
 - Otras Anginas (incluye la angina estable) (P01_03)
 - Cardiopatía Isquémica Crónica(P01_04)
- Grupo Tromboembolismo Pulmonar (TEP) (P02).
- Grupo Síndrome Aórtico Agudo (SAA) (P03).
- Grupo Dolor Torácico Genérico (no filiado) (P04).

Proceso Ataque Cerebrovascular (92,93). Solo tiene el grupo “Ataque Cerebrovascular” (P05), Integrado por los siguientes subgrupos:

- ACV Hemorrágico (P05_01)
- ACV Isquémico con o sin Infarto Cerebral (P05_02)
- Accidente Isquémico Transitorio (AIT) (P05_03)

Proceso EPOC (94). Solo tiene el grupo EPOC (P06).

Proceso Insuficiencia Cardíaca (95). Solo tiene el grupo Insuficiencia Cardíaca (P07).

Proceso Trauma Grave (96). Se ha estructurado en los siguientes 12 grupos:

- Lesiones de órganos internos y vasculares (P08)
- Amputación de dedos de las manos (P09)
- Amputación de dedos de los pies (P10)
- Amputación proximal a muñeca o tobillo (P11)
- Tórax basculante (P12)
- Fractura de humero y/o fémur (P13)
- Fracturas abiertas o deprimidas de bóveda craneal (P14)
- Fractura de pelvis (P15)
- Quemaduras (P16)
- Fractura con afectación vascular (P17)
- Lesión medular (P18)

Proceso Fractura de Cadera en el Anciano (97). Solo tiene el grupo Fractura de Cadera en el Anciano (mayores de 70 años) (P19).

Proceso Infecciones Graves. Se ha estructurado en 5 grupos:

20. SIRS (98) (P20)
21. Meningitis (P21)
22. Encefalitis (P22)
23. Neumonías (P23)
24. Septicemias (P24)

Tabla de PAI. Grupos y subgrupos

PROCESO	GRUPOS	SUBGRUPOS
Dolor torácico	1 Cardiopatía Isquémica	IAM con elevación ST (SCACEST)
		Síndrome coronario agudo sin elevación ST (SCASEST)
		Otras anginas
		Cardiopatía isquémica crónica
	2 Tromboembolismo pulmonar (TEP)	
	3 Síndrome aórtico agudo (SAA)	
	4 Dolor torácico genérico (no filiado)	
ACV	5 Accidente cerebro vascular (ACV)	ACV Hemorrágico
		ACV Isquémico con o sin infarto cerebral
		AIT
EPOC	6 EPOC	
Insuficiencia cardiaca	7 Insuficiencia cardiaca	
Trauma grave	8 Lesiones de órganos internos y vasculares	
	9 Amputación dedos manos	
	10 Amputación dedos pies	
	11 Amputación proximal a muñeca o tobillo	
	12 Tórax basculante	
	13 Fractura de humero y/o fémur (dos códigos mínimo)	
	14 Fracturas abiertas o deprimidas de bóveda craneal	
	15 Fractura de pelvis	
	16 Quemaduras	
	17 Fractura con afectación vascular	
18 Lesión medular		
Fractura de cadera en el anciano	19 Fractura de cadera en el anciano	
Infecciones graves	20 SIRS	
	21 Meningitis	
	22 Encefalitis	
	23 Neumonías	
	24 Septicemias	

Para identificar los PAI y calcular los indicadores se ha desarrollado la siguiente metodología:

- Se han establecido los códigos CIE-9-MC (ver mas adelante) que identifican a cada uno de los grupos y subgrupos en que se han estructurado los PAIs. Ningún grupo o subgrupo comparte códigos CIE-9-MC con ningún otro grupo o subgrupo.
- Mediante dichos códigos CIE-9-MC se identifican los grupos o subgrupos (en su caso) que contiene cada episodio urgente, con las siguientes reglas:

- Si en un mismo episodio urgente coexisten dos subgrupos de un mismo grupo solo se identifica uno de ellos. Para ello, los subgrupos de un mismo grupo han sido jerarquizados y solo se identifica el de la jerarquía más alta encontrada.

Las jerarquías establecidas son las siguientes:

- En la cardiopatía isquémica se han ordenado los subgrupos siguiendo un criterio de gravedad clínica: SCACEST, SCASEST, otras anginas y cardiopatía isquémica crónica.
- En el ACV se ha utilizado un criterio de gravedad pero también el de evolución temporal: ACV hemorrágico, ACV isquémico con o sin infarto cerebral y AIT.
- En general, si un mismo episodio de urgencias contiene grupos distintos se identifican todos ellos. Como excepción a esta regla:
 - El grupo “dolor torácico genérico” solo se identifica en ausencia de cualquiera de los otros grupos del proceso dolor torácico (“cardiopatía isquémica”, “TEP” o “SAA”) en el mismo episodio urgente.
 - Si los grupos “septicemias” y “SIRS” coexisten en un mismo episodio urgente, solo se identifica el grupo “SIRS”.
 - Si la neumonía neumocócica (CIE-9-MC 481) y el grupo “SIRS” coexisten en un mismo episodio urgente, solo se identifica el grupo “SIRS”.

Nótese que los códigos CIE-9-MC que se utilizan para identificar los grupos y subgrupos PAI y que se muestran a continuación, no siempre coinciden con los que utiliza la clasificación CCS para configurar grupos CCS similares (99). También es necesario señalar que en los análisis basados en la clasificación CCS se ha utilizado únicamente el primer diagnóstico CIE-9-MC de cada episodio, mientras que para la identificación de los grupos y subgrupos PAI se han utilizado todos los diagnósticos de cada episodio.

Códigos de los procesos asistenciales integrados

GRUPOS Y SUBGRUPOS	CÓDIGOS CIE-9-MC
Dolor Torácico	
IAM con elevación ST (SCACEST)	410.XX excepto 410.7X
IAM sin elevación del ST	410.7X
Angina inestable	411.1
Otras anginas (incluye la angina estable)	413.X
Cardiopatía isquémica crónica	412, 414.X
Tromboembolismo pulmonar	415.1X, 673.XX
Síndrome aórtico agudo (AAA)	093.0, 441.XX
Dolor torácico genérico (no filiado)	786.5X
Accidente Cerebrovascular (ACV)	
ACV hemorrágico	430, 431, 432.X

GRUPOS Y SUBGRUPOS	CÓDIGOS CIE-9-MC
ACV isquémico con y sin infarto cerebral	433.X1 y 434.XX
Accidente isquémico transitorio (AIT)	435
EPOC	491.2X, 493.2X, 494.X, 492.8, 496
Insuficiencia cardiaca	398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404,93, 428.XX
Trauma Grave	
Lesiones de órganos internos y vasculares	851.1X, 851.3X, 851.5X, 851.7X, 851.9X, 852.1X, 852.3X, 852.5X, 853.1X, 854.1X, 860.1, 860.3, 860.5, 861.1X, 861.3X, 862.1, 862.3X, 862.9, 863.1, 863.3X, 863.5X, 863.9X, 864.1X, 865.1X, 866.1X, 867.1, 867.3, 867.5, 867.7, 867.9, 868.1, 869.1, 871.1 a 871.3, 871.5 a 871.7, 872.12, 872.7X, 874.1X, 874.3, 874.5, 874.9, 900.XX, 901.XX, 902.XX, 903.0X, 903.1, 904.0 a 904.3 excepto si forman parte de una fractura con afectación vascular. Las lesiones de órganos internos y vasculares que afectan a la cabeza y cursan con fractura craneal están incluidas en el grupo de fracturas abiertas o deprimidas de bóveda craneal.
Amputaciones dedos manos	885.X, 886.X
Amputaciones dedos pies	895.X
Amputación proximal a muñeca o tobillo	887.X, 896.X, 897X
Tórax basculante	807.4
Fractura de humero y/o fémur	812.X, 820.X, 821.X
Fracturas abiertas o deprimidas de bóveda craneal	800.XX
Fractura de pelvis	808.XX
Quemaduras	948.1X, 948.2X, 948.3X, 948.4X, 948.5X, 948.6X, 948.7X, 948.8X, 948.9X
Fractura con afectación vascular	Código 900.XX acompañado de uno o mas de los siguientes códigos: 800.XX a 804.XX, 805.0X, 805.1X, 806.0X, 806.1X, 807.5, 807.6 Código 901.XX acompañado de uno o mas de los siguientes códigos: 805.2, 805.3, 806.2X, 806.3X, 806.8, 806.9, 807.0X a 807.4, 809.0, 809.1 Código 902.XX acompañado de uno o mas de los siguientes códigos: 805.4 a 805.9, 806.4 a 806.9, 808.XX, 809.0, 809.1 Código 903.XX acompañado de uno o mas de los siguientes códigos: 810.XX a 819.XX Código 904.XX (excepto el 904.9) acompañado de uno o mas de los siguientes códigos: 820.XX a 827.XX Código 904.9 acompañado del código 829.X Códigos 900.XX a 904.XX acompañados del código 828.X
Lesión medular	806.X, 952.X
Fractura de cadera en el anciano (mayores)	733.14, 733.96, 820.XX

GRUPOS Y SUBGRUPOS	CÓDIGOS CIE-9-MC
de 70 años)	
Infecciones graves	
SIRS	670.2X, 995.91, 995.92
Meningitis	003.21, 013.0X, 036.0, 047.X, 049.0, 049.1, 053.0, 054.72, 072.1, 090.42, 091.81, 094.2, 098.82, 100.81, 112.83, 114.2, 115.01, 115.11, 115.91, 320.XX, 321.X, 322.X
Encefalitis	013.6X, 036.1, 046.2, 052.0, 054.3, 055.0, 056.01, 058.2X, 062.X, 063.X, 064, 066.2, 066.41, 072.2, 090.41, 094.81, 130.0, 139.0, 323.01, 323.1, 323.2, 323.41, 323.51, 323.62, 323.71, 323.81, 323.9
Neumonías	003.22, 011.6X, 020.3, 020.4, 020.5, 052.1, 055.1, 073.0, 115.05, 115.15, 115.95, 130.4, 480.X, 481, 482.XX, 483.X, 484.X, 485, 486, 517.1, 487.0, 507.0, 507.1, 770.0, 770.12, 770.14, 770.16, 770.18, 997.31
Septicemias	003.1, 020.2, 022.3, 036.2, 038.XX (sin acompañarse de los códigos 995.91 o 995.92), 054.5, 112.5, 771.81 (sin acompañarse de los códigos 995.91 o 995.92),

Limitaciones:

Si en un mismo episodio coexisten grupos PAI distintos (o subgrupos pertenecientes a grupos distintos) se identifican y se cuentan todos ellos¹³ (Ej. si en un episodio coexisten un ACV y un SCACEST se identifican y se cuentan ambos). Este hecho puede provocar **algunas incoherencias en el análisis** de los datos, ya que pueden imputarse atributos de un mismo episodio (Ej. su mortalidad) a distintos PAI simultáneamente¹⁴. Por otra parte cuando en un episodio de urgencias coexisten varios subgrupos de un mismo grupo (el mismo subgrupo repetido, distintos subgrupos, o ambas situaciones), se identifica únicamente el subgrupo más alto de una jerarquía excluyente. Este hecho, al igual que ocurre con la identificación de las categorías y grupos CCS, puede infraestimar ligeramente la comorbilidad que presentan los episodios.

¹³ Como excepción a esta regla:

- El grupo “dolor torácico genérico” solo se identifica en ausencia de cualquiera de los otros grupos del proceso dolor torácico (“cardiopatía isquémica”, “TEP” o “SAA”) en el mismo episodio urgente.
- Si los grupos “septicemias” y “SIRS” coexisten en un mismo episodio urgente, solo se identifica el grupo “SIRS”.

¹⁴ Esta ha sido considerada la mejor opción posible al no haberse dispuesto de un “agrupador casuístico” que permitiera integrar el conjunto de las características de cada episodio de urgencias (edad, sexo, diagnóstico principal, procedimientos, comorbilidades, estado al alta, etc.) para su asignación a un grupo unívoco.

Anexo 5. Reglas y restricciones en la explotación de los datos

- Como es norma en el CMBD, cada contacto de un paciente con el dispositivo asistencial constituye una unidad de análisis.
- Cada episodio asistencial dispone de un identificador inequívoco de dentro del CMBD de urgencias, independientemente del hospital y el momento en que se haya generado.
- Se dispone de un código de identificación personal (NUHSA) encriptado al objeto de preservar los datos carácter personal de acuerdo con la legislación vigente.
- Los informes se han realizado teniendo en cuenta las asistencias urgentes iniciadas en el periodo de estudio, incluyendo aquellas que no hubieran sido dadas de alta a la fecha de cierre de dicho periodo. No obstante para el cómputo de los tiempos de respuesta asistencial o de permanencia en urgencias no se tienen en cuenta estas últimas.
- Para el cálculo de los indicadores de tiempos de respuesta asistencial o de permanencia en urgencias no se han tenido en cuenta los registros en los que determinados tiempos son negativos, superiores a 3600 minutos o nulos^{15,16}. Estas restricciones se aplican en coherencia con las que operan en otros sistemas de explotación de Diraya urgencias.
- No se han incluido indicadores sobre aquellos tiempos en cuyo cálculo interviene el momento de salida del triaje, el momento en que el paciente queda en espera de ser admitido en observación, o los momentos en que se le realizan procedimientos diagnósticos o terapéuticos, dada la calidad de la información que se obtiene actualmente desde Diraya urgencias.
- Hasta el mes de Julio de 2010 los hospitales del SAS clasificaban las urgencias en 4 niveles de prioridad en el triaje. A partir de dicho mes comenzaron a clasificarse en 5 niveles.

¹⁵ No se tendrán en cuenta los registros en que alguno de los siguientes tiempos sea negativo o superior a 3600 minutos: Tiempo de respuesta en clasificación (TRC), Tiempo de asistencia médica en consulta (TAMC), Tiempo de estancia en observación (TO), Tiempo de salida del servicio (TSS), Tiempo de espera de atención (TEA), Tiempo de asistencia médica (TAM), Tiempo de estancia en el área de consultas (TEAC), Tiempo de ocupación del área de consultas (TOAC), Tiempo de primera asistencia médica (TPAM), Tiempo de ocupación de observación (TOO), Tiempo de total de asistencia (TTA), Tiempo de permanencia en urgencias (TPU). Tampoco se tendrán en cuenta los registros en que sea nulo alguno de los siguientes tiempos: TRC, TAMC, TSS, TEA, TAM, TEAC, TOAC, TPAM, TTA, TPU.

¹⁶ En los distintos conjuntos de indicadores que se describirán en el apartado de resultados se incluye el porcentaje de registros que se han tenido en cuenta para calcular los indicadores relativos a los distintos tiempos de respuesta asistencial y de permanencia en urgencias.

- El CMBD de urgencias incorpora los códigos diagnósticos de los episodios de urgencias y permite clasificar y estudiar las urgencias en sus distintas dimensiones clínicas. Para obtener los códigos diagnósticos se ha desarrollado un codificador automático que traduce los textos diagnósticos recogidos por los facultativos a códigos CIE-9-MC.
- A efectos de clasificar las urgencias en sus correspondientes grupos y categorías CCS y PAIs, se utilizan únicamente los códigos CIE-9-MC resultantes de codificar los textos diagnósticos recogidos en las consultas médicas y no los del triaje.
- Para clasificar cada episodio de urgencias en un grupo o categoría CCS se utiliza el primer diagnóstico proporcionado por el codificador automático.
- Para identificar el (los) grupo(s) PAI(s) en que se clasifica un registro se tienen en cuenta todos los códigos diagnósticos contenidos en el mismo.
- Durante la mayor parte de 2010 los registros procedentes del Hospital Virgen del Rocio no disponen de datos del triaje. Tampoco se dispone de los textos diagnósticos recogidos por sus facultativos en los años 2010 y 2011.
- El Hospital Virgen Macarena presenta inconsistencias durante el año 2011 en los tiempos relacionados con los momentos en los que se realiza el triaje hasta el mes de octubre.

Anexo 6. Categorías y Grupos CCS

Correspondientes a la 8ª edición la CIE-9-MC en español de enero de 2012

Tabla 2. Categorías y grupos diagnósticos CCS

Categoría	Grupo	Descripción Categoría / Grupo CCS
01		Enfermedad infecciosa y parasitaria
	0001	Tuberculosis
	0002	Septicemia (excepto en trabajo de parto)
	0003	Otras infecciones bacterianas
	0004	Micosis
	0005	Infección por VIH
	0006	Hepatitis
	0007	Otras infecciones víricas
	0008	Otras infecciones incluyendo las parasitarias
	0009	Infecciones de transmisión sexual (no VIH o hepatitis)
	0010	Inmunizaciones y cribaje de enfermedades infecciosas
02		Neoplasias
	0011	Cáncer de cabeza y cuello
	0012	Cáncer del esófago
	0013	Cáncer del estómago
	0014	Cáncer del colon
	0015	Cáncer de recto y ano
	0016	Cáncer del hígado y conducto biliar intrahepático
	0017	Cáncer de páncreas
	0018	Cáncer de otros órganos gastrointestinales; peritoneo
	0019	Cáncer de bronquio; pulmón
	0020	Otro cáncer respiratorio e intratorácico
	0021	Cáncer del hueso y tejido conjuntivo
	0022	Melanoma de piel
	0023	Otro cáncer no epitelial de piel
	0024	Cáncer de mama
	0025	Cáncer de útero
	0026	Cáncer de cuello uterino
	0027	Cáncer de ovario
	0028	Cáncer de otros órganos genitales femeninos
	0029	Cáncer de próstata
	0030	Cáncer de testículo
	0031	Cáncer de otros órganos genitales masculinos
	0032	Cáncer de vejiga urinaria
	0033	Cáncer de riñón y pelvis renal
	0034	Cáncer de otros órganos urinarios
	0035	Cáncer de cerebro y sistema nervioso
	0036	Cáncer de tiroides
	0037	Enfermedad de Hodgkins
	0038	Linfoma no Hodgkin
	0039	Leucemias
	0040	Mieloma múltiple
	0041	Otro cancer primario no especificado
	0042	Neoplasias malignas secundarias
	0043	Neoplasia maligna sin especificación de sitio
0044	Neoplasias de naturaleza no especificada o comportamiento incierto	
0045	Quimioterapia y radioterapia	
0046	Neoplasia benigna del útero	
0047	Otras neoplasias benigna y neoplasias benigna no especificadas	
03		Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y trastornos de inmunidad
	0048	Trastornos tiroideos
	0049	Diabetes mellitus sin complicaciones
	0050	Diabetes mellitus con complicaciones
	0051	Otros trastornos endocrinos
	0052	Carencias nutricionales
	0053	Trastornos del metabolismo lipídico
0054	Gota y otras artropatías por cristales	

Categoría	Grupo	Descripción Categoría / Grupo CCS
	0055	Trastornos de fluidos y electrolitos
	0056	Fibrosis quística
	0057	Trastornos de inmunidad
	0058	Otros trastornos nutricionales, endocrinos y metabólicos
04		Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos
	0059	Anemias carenciales y otras
	0060	Anemia posthemorrágica aguda
	0061	Anemia de células falciformes
	0062	Coagulación y trastornos hemorrágicos
	0063	Enfermedades leucocitarias
	0064	Otras enfermedades hematológicas
05		Enfermedades Mentales
	0650	Trastornos adaptativos
	0651	Trastornos por ansiedad
	0652	Déficit de atención y trastornos del comportamiento
	0653	Demencia con delirium, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos
	0654	Trastornos del desarrollo
	0655	Trastornos generalmente diagnosticados en la niñez o adolescencia
	0656	Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otro sitio
	0657	Trastornos del humor
	0658	Trastornos de la personalidad
	0659	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
	0660	Trastornos relacionados con el alcohol
	0661	Trastornos relacionados con sustancias psicotrópicas
	0662	Suicidio y lesiones intencionadamente autoinfligidas
	0663	Códigos de cribaje, historia de salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas
0670	Trastornos mentales misceláneos	
06		Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos
	0076	Meningitis (excepto la causada por tuberculosis o ETS)
	0077	Encefalitis (excepto la causada por tuberculosis o ETS)
	0078	Otra infección del SNC y poliomielitis
	0079	Enfermedad de Parkinsons
	0080	Esclerosis múltiple
	0081	Otras afecciones del sistema nervioso hereditarias y degenerativas
	0082	Parálisis
	0083	Epilepsia y convulsiones
	0084	Cefalea incluida la migraña
	0085	El coma, estupor y daño cerebral
	0086	Catarata
	0087	Desprendimientos y defectos de la retina, oclusión vascular y retinopatía
	0088	Glaucoma
	0089	Ceguera y defectos de la visión
	0090	Inflamación e infección del ojo (excepto la causada por tuberculosis o ETS)
	0091	Otros trastornos del ojo
	0092	Otitis media y afecciones relacionadas
	0093	Afecciones asociadas con mareo o vértigo
0094	Otros trastornos del oído y de los órganos de los sentidos	
0095	Otros trastornos del sistema nervioso	
07		Enfermedades del aparato circulatorio
	0096	Trastornos de las válvulas cardíacas
	0097	Peri, endo y miocarditis y miocardiopatía (excepto la causada por tuberculosis o ETS)
	0098	Hipertensión esencial
	0099	Hipertensión con complicaciones e hipertensión secundaria
	0100	Infarto agudo de miocardio
	0101	Aterosclerosis coronaria y otras cardiopatías
	0102	Dolor torácico no especificado
	0103	Enfermedad cardiopulmonar
	0104	Cardiopatías mal definidas y otras
	0105	Trastornos de la conducción
	0106	Disrritmias cardíacas
	0107	Paro cardíaco y fibrilación ventricular
	0108	Insuficiencia cardíaca congestiva no hipertensiva
	0109	Enfermedades cerebrovasculares agudas
	0110	Oclusión o estenosis de las arterias precerebrales
	0111	Enfermedades cerebrovasculares mal definidas y otras
0112	Isquemia cerebral transitoria	

Categoría	Grupo	Descripción Categoría / Grupo CCS
	0113	Efectos tardíos de enfermedades cerebrovasculares
	0114	Aterosclerosis periférica y visceral
	0115	Aneurisma aórtico, periférico y de las arterias viscerales
	0116	Embolismo o trombosis aórtica y de las arterias periféricas
	0117	Otra enfermedad circulatoria
	0118	Flebitis, tromboflebitis y tromboembolismo
	0119	Venas varicosas de las extremidades inferiores
	0120	Hemorroides
08	0121	Otras enfermedades de las venas y vasos linfáticos
		Enfermedades del aparato respiratorio
	0122	Neumonía (excepto la causada por tuberculosis o ETS)
	0123	Gripe
	0124	Amigdalitis aguda y crónica
	0125	Bronquitis aguda
	0126	Otras infecciones de las vías respiratorias superiores
	0127	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquiectasia
	0128	Asma
	0129	Neumonitis por aspiración de alimentos o vomitos
	0130	Pleuresía, neumotórax y colapso pulmonar
	0131	Fallo, insuficiencia y paro respiratorio (en el adulto)
	0132	Enfermedades del pulmón debidas a agentes externos
	0133	Otra enfermedad de las vías respiratorias inferiores
0134	Otra enfermedad de las vías respiratorias superiores	
09		Enfermedades del aparato digestivo
	0135	Infección intestinal
	0136	Trastornos de los dientes y mandíbula
	0137	Enfermedades de la boca; excluyendo las dentales
	0138	Trastornos esofágicos
	0139	Úlcera gastroduodenal (excepto la hemorrágica)
	0140	Gastritis y duodenitis
	0141	Otros trastornos del estómago y duodeno
	0142	Apendicitis y otras enfermedades relacionadas con el apéndice
	0143	Hernia abdominal
	0144	Enteritis y colitis ulcerosa regional
	0145	Obstrucción intestinal sin hernia
	0146	Diverticulosis y diverticulitis
	0147	Afecciones anales y rectales
	0148	Peritonitis y absceso intestinal
	0149	Enfermedades de vías biliares
	0151	Otras hepatopatías
0152	Trastornos pancreáticos (excepto diabetes)	
0153	Hemorragia del aparato digestivo	
0154	Gastroenteritis no infecciosa	
0155	Otros trastornos del aparato digestivo	
10		Enfermedades del sistema genitourinario
	0156	Nefritis, nefrosis y esclerosis renal
	0157	Insuficiencia renal aguda y no especificada
	0158	Insuficiencia renal crónica
	0159	Infecciones de vías urinarias
	0160	Cálculo de vías urinarias
	0161	Otras enfermedades del riñón y uréteres
	0162	Otras enfermedades de la vejiga urinaria y uretra
	0163	Síntomas genitourinarios y afecciones mal definidas
	0164	Hiperplasia de la próstata
	0165	Afecciones inflamatorias de los órganos genitales masculinos
	0166	Otros trastornos genitales masculinos
	0167	Afecciones no malignas de la mama
	0168	Enfermedades inflamatorias de los órganos femeninos pelvicos
	0169	Endometriosis
	0170	Prolapso de los órganos genitales femeninos
	0171	Trastornos menstruales
0172	Quiste ovárico	
0173	Trastornos menopáusicos	
0174	Infertilidad femenina	
0175	Otros trastornos genitales femeninos	
11		Complicaciones del embarazo, parto y puerperio

Categoría	Grupo	Descripción Categoría / Grupo CCS
	0176	Tratamiento anticonceptivo y procreativo
	0177	Aborto espontáneo
	0178	Aborto provocado
	0179	Complicaciones postaborto
	0180	Embarazo ectópico
	0181	Otras complicaciones del embarazo
	0182	Hemorragia durante el embarazo, desprendimiento prematuro de placenta y de placenta previa
	0183	Hipertensión que complica el embarazo, parto y puerperio
	0184	Parto prematuro o amenaza de parto prematuro
	0185	Embarazo prolongado
	0186	Diabetes o tolerancia anormal a la glucosa que complica el embarazo, el parto o el puerperio
	0187	Posición defectuosa y presentación anómala
	0188	Desproporción fetopelvica, obstrucción
	0189	Cesárea anterior
	0190	Sufrimiento fetal y contracciones anómalas en el parto
	0191	Polihidramnios y otros problemas de la cavidad amniótica
	0192	Complicación del cordón umbilical
0193	Traumatismo del perineo y la vulva	
0194	Parto con fórceps	
0195	Otras complicaciones del nacimiento y puerperio que afectan al tratamiento de la madre	
0196	Embarazo y parto normales	
12		Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo
	0197	Infecciones de la piel
	0198	Otra afección inflamatoria de la piel
	0199	Úlcera crónica de la piel
	0200	Otros trastornos de la piel
13		Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo
	0201	Artritis y osteomielitis infecciosa (excepto la causada por tuberculosis o ETS)
	0202	Artritis reumatoide y enfermedades relacionadas
	0203	Osteoartritis
	0204	Otros trastornos articulares no traumáticos
	0205	Espondilosis, trastornos del disco intervertebral y otros problemas de la espalda
	0206	Osteoporosis
	0207	Fractura patológica
	0208	Deformidades adquiridas del pie
	0209	Otras deformidades adquiridas
	0210	Lupus eritematoso sistémico y trastornos del tejido conectivo
	0211	Otra enfermedad del tejido conectivo
0212	Otra enfermedad ósea o deformidad osteomuscular	
14		Anomalías Congénitas
	0213	Anomalías congénitas cardíacas y circulatorias
	0214	Anomalías congénitas digestivas
	0215	Anomalías congénitas genitourinarias
	0216	Anomalías congénitas del sistema nervioso
	0217	Otras anomalías congénitas
15		Determinadas afecciones que se originan en el período perinatal
	0218	Nacido vivo
	0219	Gestación de corta duración, bajo peso al nacer y retraso del crecimiento fetal
	0220	Hipoxia intrauterina y asfixia en el nacimiento
	0221	Síndrome de dificultad respiratoria
	0222	Ictericia hemolítica e ictericia perinatal
	0223	Trauma en el nacimiento
0224	Otras afecciones perinatales	
16		Lesiones e intoxicaciones
	0225	Trastornos articulares y luxaciones relacionadas con traumatismo
	0226	Fractura de cuello del fémur (cadera)
	0227	Lesión de la médula espinal
	0228	Fracturas de cráneo y cara
	0229	Fractura de miembro superior
	0230	Fractura de miembro inferior
	0231	Otras fracturas
	0232	Esguinces y torceduras
	0233	Lesión intracraneal
	0234	Traumatismo o lesión interna por aplastamiento
	0235	Heridas abiertas de cabeza, cuello y tronco
0236	Heridas abiertas de extremidades	

Categoría	Grupo	Descripción Categoría / Grupo CCS
	0237	Complicación de dispositivo, implante o injerto
	0238	Complicaciones de procedimientos quirúrgicos o atención sanitaria
	0239	Lesión superficial, contusión
	0240	Quemaduras
	0241	Intoxicación por los agentes psicotrópicos
	0242	Intoxicación por otros medicamentos y drogas
	0243	Intoxicación por sustancias no medicamentosas
	0244	Otras lesiones y afecciones debidas a causas externas
17		Síntomas, signos, condiciones mal definidas y factores que influyen en el estado de salud
	0245	Síncope
	0246	Fiebre de origen desconocido
	0247	Linfadenitis
	0248	Gangrena
	0249	Shock
	0250	Náuseas y vómitos
	0251	Dolor abdominal
	0252	Malestar general y fatiga
	0253	Reacciones alérgicas
	0254	Rehabilitación y ajuste de prótesis y dispositivos
	0255	Ingresos por causas sociales y administrativas
	0256	Examen y evaluación médica
	0257	Otra asistencia posterior
0258	Otros cribajes por sospecha de enfermedad (se excluyen trastornos mentales y enfermedades infecciosas)	
18		Códigos residuales, no clasificados y todos los códigos E 259 y 260
	0259	Códigos residuales, no clasificados
	2601	Códigos E: Corte/perforación
	2602	Códigos E: Ahogamiento/sumersión
	2603	Códigos E: Caída
	2604	Códigos E: Fuego/quemadura
	2605	Códigos E: Arma de fuego
	2606	Códigos E: Maquinaria
	2607	Códigos E: Tráfico de vehículo a motor (MVT)
	2608	Códigos E: Ciclista - no MVT
	2609	Códigos E: Peatón - no MVT
	2610	Códigos E: Transporte - no MVT
	2611	Códigos E: Naturaleza/Medio ambiente
	2612	Códigos E: Agotamiento
	2613	Códigos E: Intoxicación
	2614	Códigos E: Golpe por/contra
	2615	Códigos E: Asfixia
	2616	Códigos E: Efectos adversos de la asistencia sanitaria
	2617	Códigos E: Efectos adversos de los medicamentos
	2618	Códigos E: Otro especificado y clasificable
2619	Códigos E: Otro especificado - nec	
2620	Códigos E: No especificados	
2621	Códigos E: Lugar del acontecimiento	

Tabla 3. Categorías y grupos de procedimientos CCS

Categoría	Grupo	Descripción Categoría / Grupo CCS
01		Intervenciones sobre el sistema nervioso
	001	Incisión y escisión del SNC
	002	Inserción, sustitución o extracción de derivación ventricular extracraneal
	003	Laminectomía. Escisión del disco intervertebral
	004	Diagnóstico por punción espinal
	005	Inserción de catéter o de estimulador espinal e inyección en el canal espinal
	006	Descompresión de nervio periférico
	007	Otros procedimientos diagnósticos del sistema nervioso
	008	Otros procedimientos terapéuticos sin uso de quirófano o cerrados del sistema nervioso
	009	Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano del sistema nervioso
02		Intervenciones sobre el sistema endocrino
	010	Tiroidectomía parcial o total
	011	Procedimientos diagnósticos sobre el sistema endocrino
03		Intervenciones sobre el ojo
	012	Otros procedimientos terapéuticos sobre el sistema endocrino
03		Intervenciones sobre el ojo
	013	Trasplante de cornea

Categoría	Grupo	Descripción Categoría / Grupo CCS
	014	Procedimientos sobre glaucoma
	015	Procedimientos sobre cristalino y cataratas
	016	Reparación de desgarro y desprendimiento de retina
	017	Destrucción de lesión de retina y coroides
	018	Procedimientos diagnósticos sobre el ojo
	019	Otros procedimientos terapéuticos sobre párpados, conjuntiva y córnea
	020	Otros procedimientos terapéuticos intraoculares
04	021	Otros procedimientos terapéuticos sobre músculos extraoculares y órbita
		Intervenciones sobre el oído
	022	Timpanoplastia
	023	Miringotomía
	024	Mastoidectomía
	025	Procedimientos diagnósticos sobre el oído
05	026	Otros procedimientos terapéuticos sobre el oído
		Intervenciones sobre nariz, boca y faringe
	027	Control de epistaxis
	028	Procedimientos plásticos sobre nariz
	029	Procedimientos sobre dientes
	030	Amigdalectomía y/o adenoidectomía
	031	Procedimientos diagnóstico sobre en nariz, boca y faringe
06	032	Otros procedimientos terapéuticos sin uso de quirófano sobre nariz, boca y faringe
	033	Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre nariz, boca y faringe
		Intervenciones sobre aparato respiratorio
	034	Traqueostomía temporal y permanente
	035	Traqueoscopia y laringoscopia con biopsia
	036	Lobectomía o neumonectomía
	037	Broncoscopia diagnóstica y biopsia de bronquio
07	038	Otros procedimientos diagnósticos sobre pulmón y bronquio
	039	Incisión de la pleura, toracentesis y drenaje de tórax
	040	Otros procedimientos diagnóstico sobre vías respiratorias y mediastino
	041	Otros procedimientos terapéuticos sin uso de quirófano sobre aparato respiratorio
	042	Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre aparato respiratorio
		Intervenciones sobre el sistema cardiovascular
	043	Procedimientos sobre válvulas cardíacas
	044	Derivación de arteria coronaria con injerto (CABG)
	045	Angioplastia percutánea transluminal coronaria (APTC)
	046	Trombólisis coronaria
	047	Cateterismo cardíaco diagnóstico y arteriografía coronaria
	048	Inserción, revisión, sustitución y extracción de marcapasos cardíaco o cardioversor o desfibrilador
	049	Otros procedimientos sobre el corazón con uso de quirófano
	050	Circulación extracorpórea auxiliar en procedimientos a corazón abierto
	051	Endarterectomía vasos de cabeza y cuello
	052	Resección aórtica, sustitución o anastomosis
	053	Eliminación de venas varicosas de miembro inferior
054	Otro cateterismo vascular no cardíaco	
055	Derivación vascular periférica	
056	Otra derivaciones vasculares no cardíacas	
057	Creación, revisión y eliminación de la fístula arteriovenosa o de cánula vaso a vaso para diálisis	
058	Hemodiálisis	
059	Otros procedimientos sobre vasos de cabeza y cuello con uso de quirófano	
060	Embolectomía y endarterectomía de miembros inferiores	
061	Otros procedimientos en vasos no de cabeza y cuello	
062	Otros procedimientos diagnósticos cardiovasculares	
063	Otros procedimientos terapéuticos cardiovasculares sin uso de quirófano	
08		Intervenciones sobre los sistemas hemático y linfático
	064	Trasplante de médula ósea
	065	Biopsia de médula ósea
	066	Procedimientos sobre bazo
067	Otros procedimientos terapéuticos sobre los sistemas hemático y linfático	
09		Intervenciones sobre el aparato digestivo
	068	Inyección o ligadura de várices esofágicas
	069	Dilatación esofágica
	070	Endoscopia del aparato digestivo superior y biopsia
	071	Gastrostomía temporal y permanente
	072	Colostomía temporal y permanente
	073	Ileostomía y otra enterostomía
074	Gastrectomía parcial y total	

Categoría	Grupo	Descripción Categoría / Grupo CCS
	075	Resección de intestino delgado
	076	Colonoscopia y biopsia
	077	Proctoscopia y biopsia anorrectal
	078	Resección colorrectal
	079	Escisión local de lesión de intestino grueso (no endoscópica)
	080	Apendicectomía
	081	Procedimientos sobre hemorroides
	082	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)
	083	Biopsia de hígado
	084	Colecistectomía y exploración del conducto común
	085	Reparación de hernia inguinal y femoral
	086	Otra reparación de hernia
	087	Laparoscopia
	088	Paracentesis abdominal
	089	Laparotomía exploradora
	090	Escisión y lisis de adhesiones peritoneales
	091	Diálisis peritoneal
	092	Otros procedimientos diagnósticos sobre intestino
	093	Otros procedimientos terapéuticos sin uso de quirófano sobre tracto gastrointestinal superior
	094	Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre tracto gastrointestinal superior
095	Otros procedimientos terapéuticos sin uso de quirófano sobre tracto gastrointestinal inferior	
096	Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre tracto gastrointestinal inferior	
097	Otros procedimientos diagnóstico sobre aparato digestivo	
098	Otros procedimientos terapéuticos sobre aparato digestivo (sin uso de quirófano en EEUU)	
099	Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre aparato digestivo	
10		Intervenciones sobre el sistema urinario
	100	Endoscopia y biopsia endoscópica de vías urinarias
	101	Escisión transuretral, drenaje o eliminación de obstrucción urinaria
	102	Cateterismo ureteral
	103	Nefrotomía y nefrostomía
	104	Nefrectomía parcial o completa
	105	Trasplante renal
	106	Procedimientos sobre incontinencia genitourinaria
	107	Litotricia extracorpórea urinaria
	108	Catéter urinario permanente
	109	Procedimientos sobre uretra
	110	Otros procedimientos diagnósticos sobre vías urinarias
111	Otros procedimientos terapéuticos sin uso de quirófano sobre vías urinarias	
112	Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre vías urinarias	
11		Intervenciones sobre órganos genitales masculinos
	113	Resección transuretral de próstata (RTUP)
	114	Prostatectomía abierta
	115	Circuncisión
	116	Procedimientos diagnóstico sobre genitales masculinos
	117	Otros procedimientos terapéuticos sobre genitales masculinos (sin uso de quirófano en EEUU)
	118	Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre genitales masculinos
	119	Ooforectomía unilateral y bilateral
	120	Otro Intervenciones sobre ovario
121	Ligadura de trompas de Falopio	
12		Intervenciones sobre órganos genitales femeninos
	123	Otras intervenciones sobre trompas de Falopio
	124	Histerectomía abdominal y vaginal
	125	Otra escisión de cuello uterino y útero
	126	Aborto (terminación de embarazo)
	127	Dilatación, legrado y aspiración tras parto o aborto
	128	Dilatación y legrado diagnósticos
	129	Reparación del cistocele y el rectocele y obliteración de la cúpula vaginal
	130	Otros procedimientos diagnósticos sobre órganos femeninos
	131	Otros procedimientos terapéuticos sin uso de quirófano sobre órganos femeninos
	132	Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre órganos femeninos
	13	
122		Extracción de embarazo ectópico
133		Episiotomía
134		Cesárea
135		Parto con forceps, ventosa y extracción con presentación de nalgas
136		Rotura artificial de membranas para ayudar al parto
137	Otros procedimientos para ayudar al parto	

Categoría	Grupo	Descripción Categoría / Grupo CCS
	138	Amniocentesis diagnóstica
	139	Monitorización fetal
	140	Reparación de desgarro obstétrico actual
	141	Otros procedimientos obstétricos terapéuticos
14		Intervenciones sobre el sistema osteomuscular
	142	Escisión parcial de hueso
	143	Bunionectomía o reparación de deformidades de los dedos de los pies
	144	Tratamiento de fractura o luxación facial
	145	Tratamiento de fractura o luxación de radio y cúbito
	146	Tratamiento de fractura o luxación de cadera y fémur
	147	Tratamiento de fractura o luxación de extremidad inferior (excepto cadera o fémur)
	148	Otro procedimiento sobre fracturas o luxaciones
	149	Artroscopia
	150	División de la cápsula articular, ligamento o cartílago
	151	Escisión del cartílago semilunar de la rodilla
	152	Artroplastia de rodilla
	153	Sustitución de caderas total y parcial
	154	Artroplastia diferentes a cadera o rodilla
	155	Artrocentesis
	156	Inyecciones y aspiraciones de músculos, tendones, bolsa, articulaciones y tejidos blandos
	157	Amputación de extremidad inferior
	158	Fusión espinal
	159	Otros procedimientos diagnósticos sobre el sistema osteomuscular
160	Otros procedimientos terapéuticos sobre músculos y tendones	
161	Otro procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre hueso	
162	Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre articulaciones	
163	Otros procedimientos terapéuticos sin uso de quirófano sobre sistema osteomuscular	
164	Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre sistema osteomuscular	
15		Intervenciones sobre el sistema tegumentario
	165	Biopsia y otros procedimientos diagnósticos sobre la mama
	166	Lumpectomía y cuadrantectomía de la mama
	167	Mastectomía
	168	Incisión y drenaje de la piel y tejido subcutáneo
	169	Desbridamiento de herida, infección o quemadura
	170	Escisión de lesión de piel
	171	Sutura de piel y tejido subcutáneo
	172	Injerto de piel
	173	Otros procedimientos diagnóstico sobre la piel y tejido subcutáneo
	174	Otros procedimientos terapéuticos sin uso de quirófano sobre la piel y mama
175	Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre piel y mama	
16		Procedimientos diagnósticos y terapéuticos misceláneos
	176	Otro trasplante de órganos
	177	TAC de cabeza
	178	TAC de tórax
	179	TAC de abdomen
	180	Otro TAC
	181	Mielograma
	182	Mamografía
	183	Radiografía de tórax de rutina
	184	Colangiografía intraoperatoria
	185	Radiografía de aparato digestivo superior
	186	Radiografía de aparato digestivo inferior
	187	Pielografía intravenosa
	188	Arteriografía cerebral
	189	Aortografía con contraste
	190	Arteriografía con contraste de las arterias femoral y de extremidades inferiores
	191	Arteriografía o flebografía (excepto corazón y cabeza)
192	Ultrasonido diagnóstico de cabeza y cuello	
193	Ultrasonido diagnóstico de corazón (ecocardiograma)	
194	Ultrasonido diagnóstico del aparato digestivo	
195	Ultrasonido diagnóstico de vías urinarias	
196	Ultrasonido diagnóstico de abdomen o retroperitoneo	
197	Otro ultrasonido diagnóstico	
198	Resonancia magnética	
199	Electroencefalograma (EEG)	
200	Mediciones del aparato genitourinario no operatorias	
201	Pruebas de estrés cardíaco	

Categoría	Grupo	Descripción Categoría / Grupo CCS
	202	Electrocardiograma
	203	Monitorización electrográfica cardíaca
	204	Monitorización mediante cateterismo de Swan-Ganz
	205	Medición de gases en sangre arterial
	206	Examen microscópico (frotis bacteriano, cultivo y toxicología)
	207	Gammagrafía osea
	208	Gammagrafía de pulmón
	209	Gammagrafías y estudios funcionales isotópicos
	210	Otras gammagrafías
	211	Radiología terapéutica
	212	Fisioterapia diagnóstica
	213	Ejercicios de fisioterapia, manipulaciones y otros procedimientos
	214	Tracción, férulas y otro tratamiento de heridas
	215	Otra fisioterapia y rehabilitación
	216	Intubación respiratoria y ventilación mecánica
	217	Otra terapia respiratoria
	218	Evaluación y terapia psicológica y psiquiátrica
	219	Rehabilitación y deshabitación de alcohol y drogas
	220	Diagnóstico y tratamiento oftalmológico y otológico
	221	Sonda nasogástrica
	222	Transfusión de sangre
	223	Nutrición enteral y parenteral
	224	Quimioterapia del cáncer
	225	Conversión del ritmo cardíaco
	226	Otras técnicas diagnósticas radiológica y relacionadas
	227	Otros procedimientos diagnósticos (entrevista, evaluación y consulta)
	228	Vacunaciones e inoculaciones profilácticas
	229	Extracción no operatoria de cuerpo extraño
	230	Litotricia extracorpórea por onda de choque diferente del aparato urinario
	231	Otros procedimientos terapéuticos



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES