

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y DE PERCEPCIÓN SOBRE LA UTILIDAD,  
APLICABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN  
INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE-10, EN PROFESIONALES DEL  
ÁMBITO PREHOSPITALARIO DE LA CIUDAD DE QUITO JULIO-AGOSTO**

**2020**

**AUTOR**

**LIGIA CHICAIZA**

**DIRECTORA ACADÉMICA**

**Dra. ERIKA QUISHPE**

**DIRECTORA DE TESIS**

**Dra. JUDITH BORJA**

**QUITO 2020**

## DEDICATORIA

### *A mi Padre celestial:*

El cual siempre ha tomado mi mano y nunca me ha abandonado, a pesar de caminar en la oscuridad, siempre me ha demostrado su gran amor para poder salir adelante.

### *A mis Padres terrenales Vicente y Raquel:*

Los cuales me apoyaron en este largo camino y me guiaron para llegar a ser lo que ahora soy. Este trabajo le dedico a usted Gordita Raquel, Dios me permitió que siga conmigo para lograr este objetivo de vida junto a usted.

Gracias a mis hermanos Darío y Tatiana: por no dejarme caer, por levantarme con sus palabras y no dejarme rendir en la lucha constante que es la vida.

### *A mi familia:*

A mi esposo Yandri: por el amor incondicional que cada día me has dado, por seguir a mi lado a pesar de todas las cosas y porque gracias a tu ayuda pude terminar este trabajo que representó un gran desafío para mí, gracias por eso “OSO”.

A mis hijos Luis Eduardo, Leonardo Ellián y Chipi: los tres ángeles que cada día me demuestran lo importante que es vivir, estoy aquí por ustedes, porque sé que están junto a mí, brindándome su amor incondicional y sincero, los amo con lo más profundo de mi ser, ustedes son la razón de siempre luchar y dar lo mejor en el papel más importante de mi vida, ser Madre.

*Ligia Elena Chicaiza Claudio*

## AGRADECIMIENTOS

***A mi Tutora Dra. Judith Borja:***

Gracias a usted Doctora, por la paciencia y la guía durante este trabajo y ante todo el agradecimiento por el voto de confianza, para seguir con mi trabajo de tesis, durante este tiempo.

***A mi Metodóloga Dra. Erika Quishpe:***

Agradezco por la guía y el interés puesto durante este trabajo, muchas gracias por su tutoría.

***A Yandri:***

Por las malas noches y desvelos, lo logramos, al fin lo logramos.

*Ligia Elena Chicaiza Claudio*

# INDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTOS .....	iii
INDICE .....	iv
INDICE DE TABLAS .....	vi
INDICE DE GRÁFICOS .....	vii
RESUMEN .....	viii
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN .....	15
CAPÍTULO I. SISTEMA DE CLASIFICACION ESTADISTICA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD (CIE-10) .....	16
1.1 Historia .....	16
1.1.1. Historia y desarrollo de usos de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE) 16	
1.2 Definición .....	19
1.3 Clasificación de enfermedades .....	20
1.3.1. Características generales y contenido de la propuesta de décima revisión de la CIE ....	20
1.3.2 Propósito .....	20
1.3.3 Utilidad .....	21
1.3.4. Componentes del CIE-10 .....	22
1.3.5 Importancia del CIE-10 .....	32
1.3.6. Otros sistemas de codificación .....	34
CAPÍTULO II. ATENCION PREHOSPITALARIA .....	36
2.1 Atención prehospitalaria .....	36
2.1.1 Antecedentes Históricos.....	36
2.2 Prehospitalaria en Ecuador .....	37
Cuerpo de bomberos Quito .....	38
ECU 9-1-1: .....	38
CRUZ ROJA ECUATORIANA .....	39
2.3 NIVEL DE FORMACIÓN DE LOS PARAMÉDICOS DE LA CIUDAD DE QUITO: .....	39
2.4 NORMATIVA DE CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS .....	40
2.4.1. Decretos relacionados con la codificación de diagnósticos .....	40

2.5. Protocolos de la atención de Salud Pública del Ecuador .....	52
2.6. FLUJOGRAMA DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN QUITO: .....	59
2.7 Epidemiología en los sistemas prehospitalarios .....	61
La epidemiología y el resultado de la dificultad respiratoria prehospitalaria .....	64
2.8. Principales motivos de consulta que tiene el sistema prehospitalario .....	66
CAPÍTULO III. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS .....	72
3.1. Historia .....	72
3.1.1 Transformaciones en la estructura etaria .....	74
.....	75
CAPÍTULO IV. MATERIALES Y MÉTODOS .....	78
4.1 JUSTIFICACIÓN .....	78
4.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	79
4.2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	79
4.3 OBJETIVOS .....	79
4.3.1 OBJETIVO GENERAL .....	79
4.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	80
4.4 HIPOTESIS .....	80
4.5 TIPO DE ESTUDIO .....	80
4.6 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	81
4.7 CRITERIOS DE INCLUSION .....	82
4.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	82
4.9 CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES .....	82
4.9.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	83
4.10 RECOLECCION DE LA INFORMACION .....	86
4.11 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS .....	86
4.12 ASPECTOS BIOETICOS .....	87
CAPÍTULO V: RESULTADOS .....	88
CAPITULO VI: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	103
CAPITULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	106
7.1 CONCLUSIONES .....	106
7.2 RECOMENDACIONES: .....	108
BIBLIOGRAFÍA .....	109
ANEXOS .....	112
.....	115

## **INDICE DE TABLAS**

Tabla 1: Frecuencia de la capacitación

Tabla 2: Utilidad

Tabla 3: Aplicabilidad

Tabla 4.- Propósito

Tabla 5.- Capítulos del CIE-10

Tabla 1: Capítulos de los síntomas, signos y hallazgos anormales

Tabla 2: Capítulo del traumatismo, envenenamiento y alguna otra causa externa

Tabla 3: Codificación CIE-10

Tabla 4: Volumen de la lista tabular

Tabla 10: Siglas CIAP-2

## **INDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Edad de los profesionales

Gráfico 2: Centro Laboral

Gráfico 3: Profesión

Gráfico 4: Método para el aprendizaje o capacitación

Gráfico 5: Significado de las siglas CIE-10

Gráfico 6: Existe mejor sistema de codificación

## RESUMEN

**Antecedentes:** El uso del sistema de clasificación estadística de enfermedades y problemas relacionados a la salud CIE-10, se encuentra difundida en todos los campos de atención médica, sin embargo, a pesar de ello no se encuentra datos bibliográficos que demuestren, la utilidad de este sistema al nivel prehospitalario, por lo que no se obtiene, una estadística precisa, en este ámbito, razón por la cual se trata de identificar la percepción de los profesionales paramédicos, ante el uso, aplicabilidad de este sistema y al mismo tiempo saber si existe un conocimiento previo de esta codificación.

**Objetivo:** Establecer el nivel de conocimiento y de percepción sobre la utilidad, aplicabilidad y cumplimiento del sistema de clasificación internacional de enfermedades CIE-10, en profesionales del ámbito prehospitalario de la ciudad de Quito.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de naturaleza cuantitativa, de corte transversal, el cual se analiza por medio de una encuesta tipo Likert, cual es el nivel de conocimiento y de percepción sobre la utilidad, aplicabilidad y cumplimiento del sistema de codificación internacional CIE-10; por medio de 100 encuestas contestadas por el personal paramédico del Cuerpo de Bomberos y Cruz roja, que cumplieran los siguientes criterios de inclusión personal que labora en el ámbito prehospitalario sean estos paramédicos, enfermeros, médicos, excluyendo al personal que labora en hospitales públicos o privados, personal paramédico de instituciones privadas, personal no relacionado al área prehospitalaria que trabaje en las instituciones que se realiza las encuestas y personal paramédico que no acepte intervenir en el estudio, o que durante el mismo decida salir de este. El instrumento para recolectar la información se realizó por medio de un cuestionario (solo vía online) mediante

el siguiente enlace electrónico enviado a los representantes de cada institución Cruz Roja: Doctor Víctor Malquín; Cuerpo de Bomberos Señorita Arlén Guayasamín, por correo electrónico para la difusión de dicho cuestionario, <https://forms.gle/6TQky4EBqWYQyuZn6>, luego de contestada la encuesta, se envía nuevamente a la página del enlace, como encuesta contestada, se ingresarán en una base de datos los mismos que serán corridos en el programa estadístico SPSS ® Statistics versión 2.4 y se realizó un análisis univariado, en función de las distintas variables para las variables cuantitativas se obtendrá las medidas de tendencia central y de dispersión.

**Resultados:** Se analizaron 100 encuestas del personal paramédico de las instituciones del Cuerpo de Bomberos y Cruz Roja, de la ciudad de Quito, de donde se obtuvo los siguientes resultados: En la investigación realizada sobre la edad de los participantes se encontró que el 60% correspondían al grupo de edad 21-29 años, un 29% se hallaban entre 30-39 años, el 8% entre 40-49 años y un 3% entre 50-59 años. Los resultados de la investigación realizada relacionado con el centro laboral se encontró que el 55% trabajan en la Cruz Roja y un 45% en el Cuerpo de Bomberos de Quito. En la investigación realizada sobre la profesión se encontró que el 85% eran Paramédicos, un 14% Enfermeros y un 1% Médicos. Los resultados de la investigación realizada sobre la interrogante con qué frecuencia recibe información o capacitación para el correcto manejo del Sistema CIE-10, se evidencia que un 46% respondieron que rara vez, un 25% que nunca, un 17% expresaron ocasionalmente, un 8% manifestaron frecuente y un 4% arrojaron muy frecuente.

En la investigación realizada sobre la incógnita usando cualquier número del 0-5, donde 0 es sin utilidad y 5 es muy útil, ¿Califique el uso del CIE-10 en el ámbito prehospitalario? (Utilidad: capacidad que tiene un elemento para generar la solución de un problema):

Un 30% manifestaron que es útil, un 27% expresaron muy útil, un 19% dijeron moderadamente útil, un 16% declararon de poca utilidad y un 8% plantearon sin utilidad,

Los resultados de la investigación realizada sobre la interrogante ¿Usando cualquier número del 0-5, donde 0 es sin aplicabilidad y 5 es muy aplicable, califique el uso del CIE-10 en el ámbito prehospitalario? (Aplicabilidad: poner en práctica un determinado conocimiento o principio para conseguir un efecto):

Un 36% plantearon aplicable, un 23% manifestaron muy aplicable, un 21% dijeron moderadamente aplicable, un 11% expresaron de poca aplicabilidad y un 9% arrojaron sin aplicabilidad. En la investigación realizada sobre la interrogante ¿Usando cualquier número del 1-4, donde 0 es sin cumplimiento del propósito y 4 es cumple un propósito específico, califique el cumplimiento del propósito del CIE-10 en el ámbito prehospitalario? (propósito: objetivo que se pretende alcanzar. ej. Recolección de datos de morbi-mortalidad):

Un 47% manifestaron cumplimiento del propósito, un 39% expresaron cumplimiento moderado, un 12% dijeron cumplimiento parcial y un 2% plantearon sin cumplimiento del propósito, Los resultados de la investigación realizada sobre la incógnita ¿Indique que método utiliza para la capacitación o aprendizaje de la forma correcta de usar la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10?, un 70% manifestaron autoaprendizaje, un 24% revelaron capacitación institucional y un 6% dijeron que otras formas de capacitación.

Los resultados de la investigación realizada sobre la interrogante ¿Marque cuantos capítulos contiene el CIE-10? Presentan que el 69% expresaron que 21, un 20% dijeron que 10, un 7% manifestaron que 12 y un 2% revelaron que 11. En la investigación realizada sobre la incógnita ¿A qué Capítulo corresponde los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte?:

El 62% respondieron que XVIII, un 20% manifestaron que V, un 7% expresaron que III, un 6% dijeron que X y un 5% plantearon que XVI.

Sobre la interrogante ¿Qué Capítulo corresponde a traumatismo, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa externa?

Un 64% manifestaron XIX, un 14% dijeron que X, un 11% expresaron que XX, un 8% plantearon que II y un 3% revelaron que XVIII.

Sobre la incógnita ¿A qué corresponde la letra mayúscula de la codificación CIE-10?

Un 58% dijeron que se asocia a las categorías definidas por el CIE-10, un 16% expresaron que se asocia a subcategorías definidas por el CIE-10, mientras que el 26% de los profesionales encuestados respondieron que la letra mayúscula, corresponde al capítulo del CIE-10. Los resultados de la investigación realizada sobre la interrogante ¿Qué volumen detalla la lista tabular?, el 47% expresaron volumen 1, un 39% dijeron Volumen 2 y un 14% manifestaron volumen 3. Solamente el 47% respondieron correctamente.

En la interrogante ¿Cree usted que existe un mejor sistema de codificación para los diagnósticos presuntivos en la prehospitalaria?

Un 65% dijeron que no existe un mejor sistema de clasificación mientras que el 35% manifestaron que si existe otro sistema mejor que el sistema CIE10.

Y por último de la investigación realizada sobre la interrogante ¿Las siglas CIAP-2 que significa?, un 79% respondieron Clasificación Internacional de Atención Primaria y un 21% dijeron que Clasificación de Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud, observando que el 79% respondieron correctamente.

**Conclusiones:** La conclusión general a las que se llegó en este estudio, es que el conocimiento del uso correcto, el significado de cada elemento del CIE-10 no es adecuado, para su aplicabilidad con el objetivo de cumplir su propósito, a pesar de que los profesionales prehospitalarios consideran que este sistema es necesario en esta área de la medicina de emergencias.

**Palabras claves:** Prehospitalaria, Hospital, Urgencia, Emergencia, Prescripción, Utilidad, Aplicabilidad, Uso, Conocimiento.

## ABSTRACT

**Background:** The use of the statistical classification system of diseases and health-related problems ICD-10 is widespread in all fields of medical care, however, despite this, there is no bibliographic data that demonstrates the usefulness of this system at the prehospital level, so no precise statistics are obtained in this area, which is why it is a matter of identifying the perception of paramedical professionals, regarding the use, applicability of this system and at the same time knowing if there is prior knowledge of this encoding.

**Objective:** To establish the level of knowledge and perception about the usefulness, applicability and compliance of the international classification system of ICD-10 diseases, in professionals in the pre-hospital setting of the city of Quito.

**Materials and methods:** A cross-sectional, quantitative study was carried out, which is analyzed by means of a Likert-type survey, which is the level of knowledge and perception about the usefulness, applicability and compliance of the international CIE coding system - 10; Through 100 surveys answered by the paramedic personnel of the Fire Brigade and the Red Cross, who met the following inclusion criteria, personnel who work in the pre-hospital setting, be they paramedics, nurses, doctors, excluding personnel who work in public or private hospitals , paramedical personnel from private institutions, personnel not related to the prehospital area who work in the institutions that are being surveyed, and paramedical personnel who do not accept to intervene in the study, or who decide to leave it during the study. The instrument to collect the information was carried out through a questionnaire (online only) through the following electronic link sent to the representatives of each Red Cross institution: Doctor Víctor Malquín; Arlén, Guayasamín Fire Department, by email for the dissemination of said questionnaire, <https://forms.gle/6TQky4EBqWYQyuZn6>, after answering the survey, it is sent again to the link page, as a answered survey, they will be entered in a The same database that will be run in the statistical program SPSS ® Statistics version 2.4 and a univariate analysis was performed, depending on the different variables for the quantitative variables, the measures of central tendency and dispersion will be obtained.

**Results:** 100 surveys of paramedical personnel of the institutions of the Fire Department and Red Cross, of the city of Quito, were analyzed, from which the following results were obtained: In the research carried out on the age of the participants it was found that 60%

corresponded to the age group 21-29 years, 29% were between 30-39 years, 8% between 40-49 years and 3% between 50-59 years. The results of the research carried out related to the workplace, it was found that 55% work in the Red Cross and 45% in the Quito Fire Department. In the research carried out on the profession, it was found that 85% were Paramedics, 14% Nurses and 1% Doctors. The results of the research carried out on the question how often do you receive information or training for the correct management of the ICD-10 System, it is evidenced that 46% responded that rarely, 25% than never, 17% occasionally expressed a 8% reported frequent and 4% reported very frequent.

In the research done on the unknown using any number from 0-5, where 0 is useless and 5 is very useful, rate the use of the ICD-10 in the pre-hospital setting? (Utility: ability of an element to generate the solution of a problem):

30% stated that it is useful, 27% expressed very useful, 19% said moderately useful, 16% declared of little usefulness and 8% stated not useful, The results of the research carried out on the question ¿Using any number from 0-5, where 0 is not applicable and 5 is highly applicable, rate the use of the ICD-10 in the prehospital setting? (Applicability: putting into practice a certain knowledge or principle to achieve an effect):

36% said it was applicable, 23% said it was very applicable, 21% said it was moderately applicable, 11% said it had little applicability, and 9% said it was not applicable. In the investigation carried out on the question, using any number from 1-4, where 0 is without fulfillment of the purpose and 4 is fulfills a specific purpose, rate the fulfillment of the purpose of the ICD-10 in the pre-hospital setting? (purpose: objective to be achieved, eg. Collection of morbidity and mortality data):

47% expressed fulfillment of the purpose, 39% expressed moderate fulfillment, 12% said partial fulfillment and 2% stated that the purpose was not fulfilled. The results of the research carried out on the unknown. Indicate which method you use for training or learning the correct way to use the International Statistical Classification of Diseases and Health-Related Problems ICD-10 ?, 70% manifested self-learning, 24% revealed institutional training and 6% said other forms of training.

The results of the research carried out on the question; mark how many chapters does the ICD-10 contain? They report that 69% said that 21, 20% said that 10, 7% said that 12 and 2% revealed that 11. In the research carried out on the unknown, which Chapter does the

symptoms, signs and abnormal clinical findings correspond to? and laboratory not classified elsewhere?

62% answered that XVIII, 20% said that V, 7% said that III, 6% said that X and 5% said that XVI.

Regarding the question, which Chapter corresponds to trauma, poisoning and some other consequences of external cause?

64% said XIX, 14% said X, 11% said XX, 8% said II and 3% said XVIII.

About the unknown What does the capital letter of the ICD-10 coding correspond to?

58% said that it is associated with the categories defined by the ICD-10, 16% expressed that it is associated with subcategories defined by the ICD-10, while 26% of the professionals surveyed answered that the capital letter corresponds to the ICD-10 chapter. The results of the research carried out on the question, What volume does the tabular list detail?, 47% said Volume 1, 39% said Volume 2 and 14% said Volume 3. Only 47% answered correctly.

In the question, do you think there is a better coding system for presumptive diagnoses in the prehospital setting?

65% said that there is no better classification system while 35% stated that there is a better system than the ICD10 system.

And finally of the research carried out on the question Does the acronym CIAP-2 mean ?, 79% answered the International Classification of Primary Care and 21% said the International Statistical Classification of Diseases and Health-related Problems, noting that 79% answered correctly.

**Conclusions:** The general conclusion reached in this study is that the knowledge of the correct use, the meaning of each element of the ICD-10 is not adequate for its applicability in order to fulfill its purpose, despite the fact that prehospital professionals consider this system necessary in this area of emergency medicine.

**Keywords:** Pre-hospital, Hospital, Urgency, Emergency, Prescription, Utility, Applicability, Use, Knowledge.

## INTRODUCCIÓN

Los sistemas de codificación para diagnósticos permiten codificar de forma alfanumérica, los diferentes diagnósticos, sean estos presuntivos o definitivos los cuales son determinados durante la atención médica, con el propósito de recolectar la información más rápidamente y posterior a esto, realizar un análisis con respecto a la morbilidad (pacientes prioridad 4-5) y mortalidad (pacientes prioridad 1-2), de un área geográfica determinada, además de la incidencia y prevalencia de enfermedades más comunes encontradas en una población específica o en un área específica (en este caso la ciudad de Quito); de esta forma iniciar la mejora de atención y cobertura de las necesidades básicas que se presenta a nivel prehospitalario, con el fin de aumentar la sobrevivencia de un paciente atendido adecuadamente desde el primer contacto con el personal de salud primario, fuera de un medio hospitalario. Aunque inicialmente no se evidencia una necesidad verdadera en el uso de este sistema, existe estudios extranjeros que demuestran, que establecer datos epidemiológicos de las enfermedades más comunes, principales motivos de atención para la admisión en los establecimientos de salud de las áreas de emergencia o consulta externa, o demostrando las principales causas de morbilidad y mortalidad, se puede realizar un análisis situacional de salud de las poblaciones y establecer los recursos e insumos necesarios para satisfacer las necesidades evidenciadas por medio de las estadísticas. (Undécima Revisión de La Clasificación Internacional de Enfermedades, 2019), permitiendo así mejorar la acción en el área prehospitalaria, aumentando de esta manera la sobrevivencia de los pacientes (OMS, 2016).

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la percepción sobre utilidad, aplicabilidad y cumplimiento de los objetivos principales de uno de los sistemas de codificación para diagnósticos más utilizados a nivel mundial, el Registro sistemático de las enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE 10), (Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2011). Sin embargo, esta perspectiva se enfoca desde su uso en el ámbito prehospitalario, como una visión sobre el manejo de la epidemiología en dicho campo.

Tomando como base lo anteriormente mencionado, se realiza una valoración general, sobre el conocimiento del sistema CIE-10 y al mismo tiempo se analiza la perspectiva que poseen los trabajadores de la prehospitalaria sobre la utilidad y aplicabilidad de este sistema, permitiendo valorar la existencia de posibles limitantes del uso del CIE 10 actual, abriendo

las puertas para posibles cambios y adaptaciones que cubran las verdaderas necesidades de esta rama del sistema de emergencia médicas (Yeguiayan & Garrigue, 2015).

## **CAPÍTULO I. SISTEMA DE CLASIFICACION ESTADISTICA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD (CIE-10)**

En el presente estudio de investigación se pretende llevar a cabo, en primer lugar, una revisión bibliográfica sobre la evidencia epidemiológica prehospitalaria, como se recoge dicha información, la importancia de esta y la manera de usar el sistema de codificación alfanumérica de diagnósticos; realizando además una revisión breve del método de codificación, CIAP-2.

En segundo lugar, tener un panorama general sobre el conocimiento, el uso actual de estos métodos de codificación de diagnósticos prehospitalarios, utilizados en la ciudad de Quito; enfocando mayor interés en el “Sistema de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE10)” (OMS, 2016)

Existen estudios que abordan el sistema de recolección de datos enfocando dicho problema por observar una necesidad de tener datos epidemiológicos prehospitalarios oficiales y reales, los cuales permitirán realizar un análisis de la situación de salud en esta área, como resultado de esto, se podrá implementar estrategias para la mejora en la atención prehospitalaria.

### **1.1 Historia**

#### **1.1.1. Historia y desarrollo de usos de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE)**

La conferencia recordó la impresionante historia de una estadística y clasificación que se remonta al siglo XVIII. Aunque las primeras revisiones de la clasificación se habían referido solo a las causas de muerte, su alcance se amplió en la sexta revisión en 1948 para incluir enfermedades no mortales. Esta extensión se continuó hasta la novena revisión, con ciertas innovaciones hechas para satisfacer las necesidades estadísticas de organizaciones muy diferentes.

Además, en la Conferencia Internacional para la novena revisión (Ginebra, 1975), se habían hecho y aprobado recomendaciones para la publicación, con fines, de clasificaciones complementarias de procedimientos en medicina y de deficiencias, discapacidades y minusvalías (OMS, 2016).

Las propuestas antes de la conferencia fueron producto de una gran cantidad de actividad en la sede de la OMS y en todo el mundo. El programa de trabajo se había guiado por reuniones periódicas de los jefes de organizaciones colaboradoras de la OMS y Centros de Clasificación de Enfermedades. La orientación normativa la había proporcionado un número de reuniones extraordinarias y por el Comité de Expertos en la Internacional Clasificación de enfermedades - Décima revisión, que se reunió en 1984 y 1987 para tomar decisiones sobre la dirección que debe tomar el trabajo y la forma de la propuesta (OMS, 2016).

Se ha dedicado una amplia actividad preparatoria a una revisión radical de la idoneidad de la estructura de la CIE, esencialmente una clasificación estadística de enfermedades y otros problemas de salud, para atender una amplia variedad de necesidades de datos sobre mortalidad y asistencia sanitaria. Formas de estabilizar el sistema de codificación para minimizar la interrupción en sucesivas revisiones, al igual que posibilidad de proporcionar un mejor equilibrio entre el contenido de los diferentes capítulos de la CIE (Deyo & Cherkin, 2015).

Se investigaron varias alternativas para la estructura del CIE-10, a cargo de los centros colaboradores, pero cada uno tenía características deficientes y ninguno tenía suficientes ventajas sobre la estructura existente para justificar su sustitución. Con reuniones especiales para evaluar la novena revisión confirmaron que, aunque algunos usuarios encontraron la estructura existente del CIE inadecuado, hubo un gran número de usuarios potencialmente satisfechos por las fortalezas observadas, independientemente de sus aparentes inconsistencias y deseaba que continúe en su forma actual. Se han examinado varios esquemas que implican notación alfanumérica, con el fin de producir un marco de codificación que daría un mejor equilibrio a los capítulos y deje suficiente espacio para futuras adiciones y cambios sin interrumpir los códigos (Baier & Snyder, 2017).

**Siglo XVII:** Se realiza estudios estadísticos mediante tablas de mortalidad en Londres, a cargo de John Graunt, indicando las tasas de mortalidad de niños nacidos vivos que fallecen antes de llegar a la edad de 6 años. En este se evidencia una deficiencia en su herramienta.

**1839:** Oficina de Registro General de Inglaterra y Gales, se realiza las primeras bases de clasificación, logrando que su uso y aplicación sean uniformes desde el punto de vista internacional, estuvo a cargo de William Farr (1807-1883).

**1891:** en Viena, Jacques Bertillon (1851-1922), se realiza una clasificación de causas de defunción, mediante el registro de Farr y otras clasificaciones.

**1900:** Primera Conferencia Internacional para la revisión de causas de defunción, en este año además se estableció que debe realizarse una clasificación de causas de morbilidad.

**1948:** En la Primera Asamblea Mundial de la Salud, se aprobó un reglamento específico para la edición del Manual de la clasificación internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción (CIE). Aquí comienza a utilizarse en las historias médicas de los hospitales.

**1975:** Se realiza la Conferencia Internacional para la revisión de la Novena Clasificación convocada por la OMS. Se hizo necesaria la elaboración de una serie de modificaciones que permitan una clasificación más completa para cada especialidad, se estableció categorías de 3 dígitos, desarrollando además subcategorías de 4 y subclasificaciones de 5 categorías, creando así el CIE-9-MC.

**1989:** Se publica la 1ª edición en castellano de la CIE-9-MC. El Centro Nacional de Estadísticas de Salud de Estados Unidos, dejó de actualizar la CIE-9-MC desde 2013.

**1992:** Se desarrolla la CIE-10, por parte de la OMS, con algunas extensiones de este código en países como Australia, Canadá, Alemania, Estados Unidos, Panamá, y realizándose, actualizaciones mayores cada 3 años.

**18 de junio 2008:** En este año la Organización, Mundial de la Salud, publicó su nueva edición del manual de enfermedades (CIE-11), sin embargo, se proyecta que tendrá validez desde el año 2022.



hallazgos anormales, quejas y circunstancias de tipo social que pueden ocupar el lugar del diagnóstico en los registros de salud” (OPS, 2015).

“La Clasificación es utilizada para recolectar información registrada tales como razones de admisión, diagnósticos, motivo de la consulta, con los cuales se derivan muchas estadísticas y otras informaciones sobre la situación de salud” (OPS, 2015).

### **1.3 Clasificación de enfermedades**

#### **1.3.1. Características generales y contenido de la propuesta de décima revisión de la CIE**

La principal propuesta para la décima revisión fue el uso de una codificación alfanumérica de una letra seguida de tres números formando cuatro caracteres. Esto tuvo el efecto de más del doble del tamaño del marco de codificación en comparación con la novena revisión y permitió que la gran mayoría de capítulos a los que se les asignará una letra o grupo de letras único, cada uno capaz de proporcionar 100 categorías de tres caracteres. De las 26 cartas disponibles, 25 se ha utilizado, la letra U queda vacante para futuras adiciones y cambios y para posibles clasificaciones provisionales para resolver las dificultades que surjan a nivel nacional y nivel internacional entre revisiones (OMS, 2016).

#### **1.3.2 Propósito**

Dentro del propósito que se encuentran (OPS, 2015):

- Aprobar un registro sistemático, que involucre el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas.
- Transformar los términos diagnósticos dicho en palabras, a códigos alfanuméricos para facilitar su almacenamiento y posterior análisis de la información.
- Favorecer el registro sistemático, mediante análisis, interpretación y posterior comparación de los datos de mortalidad y morbilidad, recolectados en diferentes áreas geográficas, en determinados espacios de tiempo.

- Realizar el control de la incidencia y prevalencia de enfermedades.
- Realizar estudios epidemiológicos generales y otros de administración de salud.

Una de las maneras prácticas para la recolección de datos es la forma utilizada por CIE-10, la cual consta de categorías que engloban varias entidades, no solo enfermedades, si no también otras situaciones de salud. Con una gran utilidad para la recolección de información para manejo estadístico.

### **1.3.3 Utilidad**

**De acuerdo con la OPS (2015) dentro de la utilidad se encuentran:**

- Convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información. El CIE-10, se ha convertido en una clasificación estándar internacional para propósitos epidemiológicos generales y de administración de salud.
- El CIE-10, no es adecuada para una clasificación de entidades clínicas individuales, pero si lo es para clasificar enfermedades y otros tipos de problemas de salud.
- Históricamente se ha podido verificar la importancia de contar con un sistema de clasificación de enfermedades y problemas relacionados con la salud, para la formación de datos estadísticos que nos permitan notificar acerca de causas de muerte, estadísticas de morbilidad, e indirectamente la asignación de recursos en la atención primaria, valoración de la facturación del seguro de enfermedad, algunas decisiones clínicas, el registro de datos clínicos y posterior al mismo la formación de base de datos. La digitalización de los sistemas de información sanitaria y los procesos de datos conexos para la recopilación de información sobre la salud generan una demanda adicional (Kaplan & Chambers, 2016).

Sin embargo, cabe recalcar que los datos presentados a nivel de la Organización Mundial de la Salud presentan un porcentaje considerable de datos de mala calidad, provocando que disminuya de esa manera el objetivo final de CIE-10.

Con lo anteriormente mencionado, se abren varias interrogantes, como se si este método de clasificación se encuentra difundido adecuadamente o si el conocimiento de la forma de utilización de este se encuentra claro en los profesionales de la salud, todo esto provoca una necesidad de investigar tanto el nivel de conocimiento o la percepción de este, datos en los que se basa este estudio.

Como primera parte se diferenciará los términos Clasificación estadística y nomenclatura.

Una clasificación es un método de generalización que permite ser utilizada según el usuario, ejemplo de esto vemos en los campos del médico, patólogo o jurista, cada uno con su propio punto de vista puede clasificar las enfermedades y las causas de defunción a su propio juicio, facilitando sus investigaciones y obteniendo resultados generales.

Una clasificación estadística de enfermedades se caracteriza por basarse en como las categorías son capaces de abarcar todo el rango de condiciones morbosas. Estas categorías deben estar de tal forma que permitan facilitar el estudio estadístico del fenómeno de la enfermedad. Por ejemplo, enfermedades que son de particular importancia en salud pública, o que se presenta frecuentemente, debe tener su propia categoría (Wang & Khanna, 2017).

Otro ejemplo son las categorías asignadas a grupos de afecciones distintas pero relacionadas. Así como la creación de categorías residuales para otras afecciones y para una miscelánea de afecciones que no pueden ser ubicadas en las categorías más específicas (OMS, 2016).

Este tipo de agrupación es la diferencia fundamental en la distinción de una clasificación estadística y una nomenclatura siendo la característica de esta última que debe tener un nombre específico para cada entidad mórbida conocida.

#### **1.3.4. Componentes del CIE-10**

A continuación, se explica cómo se utiliza este sistema y como está constituido.

Consta de 3 volúmenes:

- Volumen 1:

Introducción

Centros Colaboradores de la OMS (2016) para la Clasificación de Enfermedades

Lista tabular:

Es la parte más importante de este volumen y contiene componentes que se mencionan a continuación:

El Informe de la Conferencia Internacional de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Lista de categorías de tres caracteres y cuatro caracteres la clasificación para la morfología de los tumores [neoplasias].

Listas de tabulaciones especiales para la mortalidad y la morbilidad.

Definiciones

Reglamento

- Volumen 2:

En este volumen se encuentra el Manual de instrucciones, y se agrupa, los siguientes ítems

Recomendaciones para Certificación y clasificación incluidas con anterioridad en el Volumen 1

Orientaciones e instrucciones sobre la manera de usar el Volumen 1

Tabulaciones y planificaciones necesaria para emplear la CIE-10

Información histórica que pertenecía anteriormente a la parte de la introducción del Volumen 1.

- Volumen 3:

Este volumen presenta:

Índice alfabético

- **La introducción**

El sistema CIE-10 contiene 21 capítulos, 2.036 categorías y 12.154 subcategorías ordenados por criterios anatómicos o nosocomiales.

Los siguientes son los capítulos con lo que consta el CIE-10 (solo se mencionara el nombre del capítulo en general, los subcapítulos no serán mencionados, con excepción de los capítulos relacionados con este estudio:

**Capítulo I:** Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00–B99)

(Código adicional (U80–U89) identificar el antibiótico al cual el agente bacteriano es resistente opcional).

**Capítulo II:** Tumores [neoplasias] (C00–D48)

**Capítulo III:** Enfermedades de sangre, y órganos hematopoyéticos, ciertos trastornos que afectan la inmunidad (D50–D89)

**Capítulo IV:** Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00–E90)

*Nota:* Casi todos los tumores, se clasifican en el Capítulo II. (Semler & Stover, 2015).

**Capítulo V:** Trastornos mentales y del comportamiento (F00–F99):

**Capítulo VI:** Enfermedades del sistema nervioso (G00–G99)

**Capítulo VII:** Enfermedades ojo y sus anexos (H00–H59)

**Capítulo VIII:** Enfermedades oído y apófisis mastoides (H60–H95)

**Capítulo IX:** Enfermedades del sistema circulatorio (I00–I99)

**Capítulo X:** Enfermedades del sistema respiratorio (J00–J99)

**Capítulo XI:** Enfermedades del sistema digestivo (K00–K93)

**Capítulo XII:** Enfermedades piel y tejido subcutáneo (L00–L99)

**Capítulo XIII:** Enfermedades osteomusculares y tejido conjuntivo (M00–M99)

**Capítulo XIV:** Enfermedades sistema genitourinario (N00–N99)

**Capítulo XV:** Embarazo, parto y puerperio (O00–O99)

**Capítulo XVI:** Ciertas afecciones originadas del período perinatal (P00–P96)

**Capítulo XVII:** Malformaciones congénitas, anomalías cromosómicas y deformidades (Q00–Q99)

**Capítulo XVIII: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00–R99)**

Se mencionará este capítulo con más detalle por interés al actual estudio, los motivos son los siguientes:

En este capítulo se encuentran los síntomas, signos, las afecciones mal definidas que no pueden ser clasificadas. (Collen, 2015).

Las categorías de este capítulo son clasificadas como “no especificadas en otra parte”, o “de etiología desconocida” o “transitorias”.

Las afecciones, signos y síntomas incluidos en las categorías R00–R99 consisten en:

- a) casos que no se puede efectuar un diagnóstico específico, aun después de haber investigado todos los hechos;
- b) signos o síntomas existentes en el momento del primer contacto, que fueron transitorios y sus causas no pudieron ser determinadas;
- c) diagnósticos provisionales utilizados en casos que los pacientes no volvieron a recibir una atención o investigación adicional;
- d) casos referidos a otras instituciones para su investigación o tratamiento, antes de hacerse un diagnóstico;
- e) casos en los que no se llegó a un diagnóstico preciso, por cualquier razón;
- f) información complementaria referida a ciertos síntomas que representan, por sí mismos, problemas en la atención médica (Mark & Weiner, 2017).

*Excluye:* Afecciones del período perinatal (P00–P96) y hallazgos anormales del examen prenatal en madre (O28.)

**Este capítulo contiene los siguientes grupos:**

**R00–R09 Síntomas y signos sistemas circulatorio y respiratorio**

**R10–R19 Síntomas y signos sistema digestivo y el abdomen**

**R20–R23 Síntomas y signos de tejido subcutáneo y piel**

**R25–R29 Síntomas y signos de los sistemas osteomuscular y nervioso**

**R30–R39 Síntomas y signos sistema urinario**

**R40–R46 Síntomas y signos del conocimiento, percepción, estado emocional y conducta**

**R47–R49 Síntomas y signos del habla y la voz**

**R50–R69 Síntomas y signos generales**

**R70–R79 Hallazgos anormales en examen de sangre, sin diagnóstico**

**R80–R82 Hallazgos anormales en examen de orina, sin diagnóstico**

**R83–R89 Hallazgos anormales en exámenes de tejidos corporales, sustancias y otros fluidos sin diagnóstico**

**R90–R94 Hallazgos anormales encontrados por imágenes y estudios funcionales, sin diagnóstico**

**R95–R99 Causas de mortalidad desconocidas y mal definidas**

**CAPÍTULO XIX Traumatismos, envenenamientos y otras causas externas (S00–T98)**

Segundo capítulo para interés de este estudio ya que trata los eventos que con más frecuencia podemos enfrentarnos en el ámbito prehospitalario.

*Excluye:* traumatismos obstétricos (O70–O71) y Traumatismo del nacimiento (P10–P15)

**Este capítulo contiene los siguientes grupos:**

**S00–S09 Traumatismos de cabeza**

**S10–S19 Traumatismos de cuello**

**S20–S29 Traumatismos de tórax**

**S30–S39 Traumatismos de región lumbosacra, columna lumbar y pelvis y abdomen**

**S40–S49 Traumatismos de hombro y brazo**

**S50–S59 Traumatismos de antebrazo y codo**

**S60–S69 Traumatismos de muñeca y mano**

**S70–S79 Traumatismos de cadera y muslo**

**S80–S89 Traumatismos de rodilla y pierna**

**S90–S99 Traumatismos de tobillo y pie**

**Como señala el sistema de clasificación Internacional de Estadísticas y censos CIE-10:**

**“T00–T07 Traumatismos que afectan a varias regiones del cuerpo”** (OMS, 2016)

**“T08–T14 Traumatismos de parte no especificada tronco, miembros o región del cuerpo”** (OMS, 2016)

**“T15–T19 Efectos de cuerpos extraños que penetran por orificios naturales”** (OMS, 2016)

**“T20–T32 Quemaduras y corrosiones”** (OMS, 2016)

**“T33–T35 Congelamiento”** (OMS, 2016)

**“T36–T50 Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas”** (OMS, 2016)

**“T51–T65 Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal”** (OMS, 2016)

**“T66–T78 Otros efectos y los no especificados de causas externas”** (OMS, 2016)

**“T79 Algunas complicaciones precoces de traumatismos”** (OMS, 2016)

**“T80–T88 Complicaciones de atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte”** (OMS, 2016)

**“T90–T98 Secuelas de traumatismos, de envenenamientos y de otras causas externas” (OMS, 2016)**

La sección S, codifica distintos traumatismos relacionados con regiones del cuerpo únicas y la sección T para cubrir traumatismos de regiones múltiples del no especificadas, así como envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (OMS, 2016).

**“CAPITULO XX: Causas externas de morbilidad y de mortalidad (V01 Y98)” (OMS, 2016)**

Esto permite clasificar acontecimientos ambientales y causa de circunstancias como traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos.

Estos códigos se espera que se lo utilice como adicional.

Las causas de muerte deben codificarse de acuerdo con los Capítulos XIX y XX

Otras afecciones clasificadas en los Capítulos I al XVIII pueden notificarse como debidas a causas externas (Kaplan & Chambers, 2016).

**Este capítulo contiene los siguientes grupos según establecidos en el CIE-10:**

**“V01–X59 Accidentes” (OMS, 2016)**

**“V01–V99 Accidentes de transporte” (OMS, 2016)**

**“V01–V09 Peatón lesionado en accidente de transporte” (OMS, 2016)**

**“V10–V19 Ciclista lesionado en accidente de transporte” (OMS, 2016)**

**“V20–V29 Motociclista lesionado en accidente de transporte” (OMS, 2016)**

**“V30–V39 Ocupante de vehículo de motor de tres ruedas lesionado en accidente de transporte” (OMS, 2016)**

**“V40–V49 Ocupante de automóvil lesionado en accidente de transporte” (OMS, 2016)**

**“V50–V59 Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado en accidente de transporte”** (OMS, 2016)

**“V60–V69 Ocupante de vehículo de transporte pesado lesionado en accidente de transporte”** (OMS, 2016)

**“V70–V79 Ocupante de autobús lesionado en accidente de transporte”** (OMS, 2016)

**“V80–V89 Otros accidentes de transporte terrestre”** (OMS, 2016)

**“V90–V94 Accidentes de transporte por agua”** (OMS, 2016)

**“V95–V97 Accidentes de transporte aéreo y espacial”** (OMS, 2016)

**“V98–V99 Otros accidentes de transporte, y los no especificados”** (OMS, 2016)

**CAPÍTULO XX: las otras clasificaciones que presenta este capítulo son:**

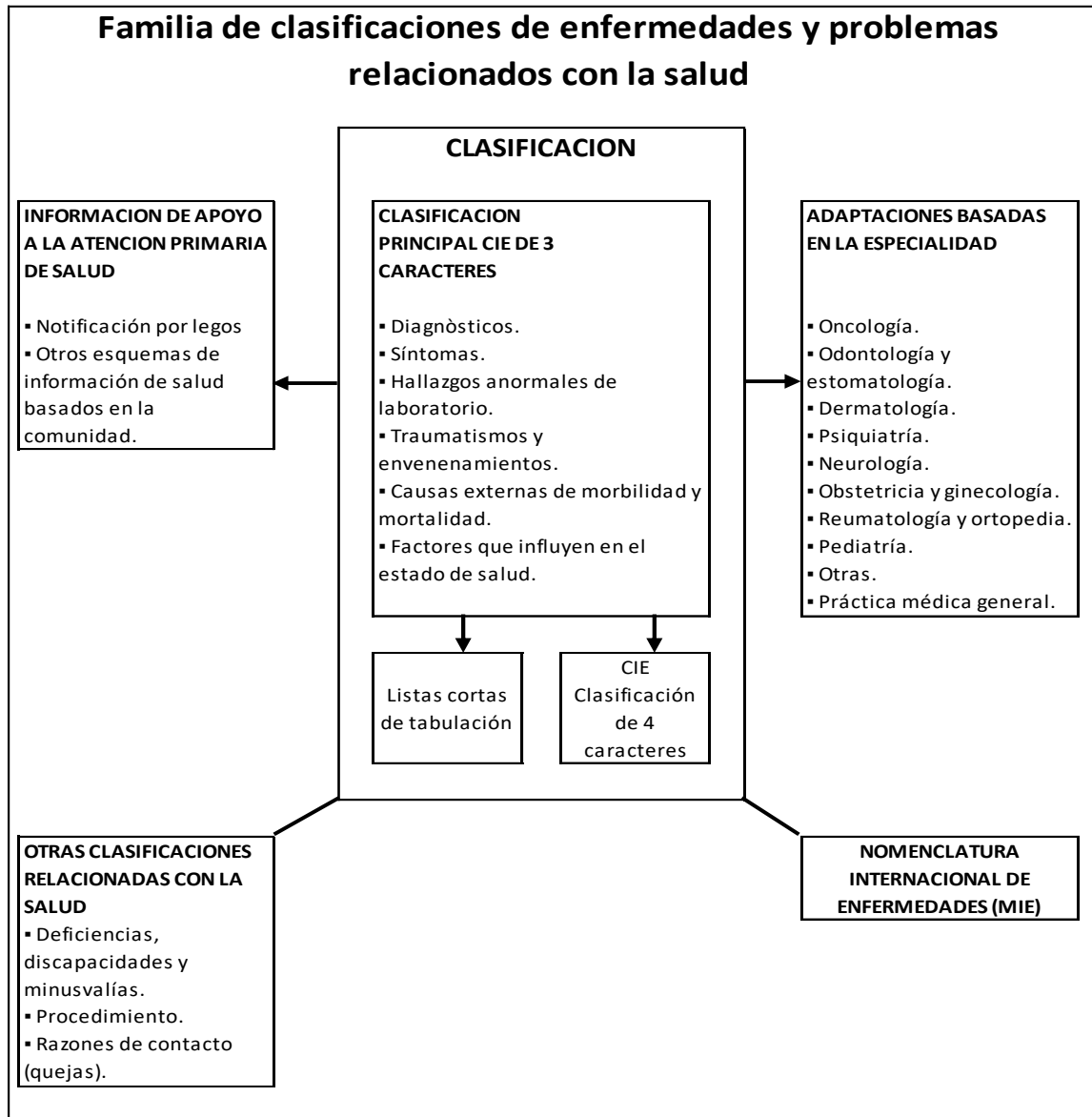
**W00-X59:** Caída y accidente de tránsito

**X60-Y36:** Otras causas externas de mortalidad

**Y40: Y98:** Efectos secundarios a tratamientos

**“Z00–Z99:** Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud” (OMS, 2016)

A continuación, se demuestra como por medio de la clasificación “familia” se establecen las clasificaciones antes mencionadas.



*Figura No 1 Clasificación de enfermedades*

Fuente: OMS (2016)

El capítulo 3 constituye el índice alfabético para la lista tabular del capítulo 1, el Índice tiene el propósito de incluir la gran mayoría de los términos diagnósticos que se usan en la actualidad.

Este capítulo tiene 3 secciones:

“**Sección I:** contiene términos clasificables de los Capítulos I a XIX y XXI”. (OMS, 2016)

“**Sección II:** índice de causas externas de morbilidad y mortalidad que contiene todos los términos clasificables en el Capítulo XX, con excepción de medicamentos y otros productos químicos”. (OMS, 2016)

“**Sección III:** tabla de productos químicos y medicamentos” (OMS, 2016).

Por motivos de este estudio se enfocará en el apoyo de información para la Atención Primaria de Salud.

La Organización mundial de la Salud considera que la recolección de datos en la atención primaria de salud es un gran reto en estos últimos años y que en países que la información es de baja calidad o se encuentra incompleta, se necesita enfocar varias formas para adaptar, suplementar o reemplazar el uso convencional de la CIE, ejemplo de eso, desde los años 70, en algunos países han experimentado la recolección de información por personal no médico (lego). La notificación por personal no médico (“lay reporting”) ha sido extendida a un concepto amplio denominado “métodos no convencionales”, los cuales utilizan (censos, encuestas, estadísticas vitales y estadísticas de morbilidad) y aun así han resultado inadecuados, por tal motivo en diferentes países estos métodos, que cubren una variedad de enfoques, han evolucionado con medios de obtener información acerca del estado de salud de la población, denominándolos “información basada en la comunidad”, las cuales involucran la participación de la comunidad en la definición, recolección y utilización de la información relacionada con la salud. El grado de participación de la comunidad va desde el trabajo de recolección de los datos hasta el diseño, el análisis y la utilización de la información (Aldhous, 2016).

La Conferencia se dio cuenta de la experiencia de varios países en la generación y aplicación de información de salud basada en la comunidad, que comprendía problemas y necesidades de salud, factores de riesgo relacionados y recursos. Esto apoyaba el concepto de crear métodos no convencionales en la comunidad como una manera de completar la información en los países y de fortalecer sus sistemas de información. Llegando a la conclusión que dichos métodos o sistemas deben crearse localmente sin extrapolar las formas de recolección

de datos de otros países por las variaciones de factores en la morbilidad, variaciones de idioma y diferencias culturales (Evans & Reed, 2015).

Dados los resultados favorables en muchos países, la Conferencia acordó que la OMS debería continuar orientando el desarrollo de esquemas locales y apoyando los progresos de esta metodología.

### **1.3.5 Importancia del CIE-10**

La importancia del sistema de códigos CIE-10 puede evaluarse a partir de su aplicación en varios ámbitos de la gestión de la calidad, la asistencia sanitaria, la tecnología de la información y la salud pública (McManman, 2018).

El sistema de códigos CIE-10 ofrece códigos de procedimiento precisos y actualizados para mejorar el costo de la atención médica y garantizar políticas de reembolso justas. Los códigos actuales ayudan específicamente a los proveedores de atención médica a identificar a los pacientes que necesitan un manejo inmediato de enfermedades y a diseñar programas de manejo de enfermedades efectivos (Fuller, 2019).

La CIE-10 se ha adoptado internacionalmente para facilitar la implementación de una atención médica de calidad, así como su comparación a escala mundial.

En comparación con la versión anterior la CIE-10 es más específica y captura las enfermedades de salud pública, en particular las enfermedades relacionadas con lesiones externas, como el terrorismo.

Los códigos CIE-10 tienen una importancia particular en la investigación, ya que el análisis de códigos es un componente esencial de la investigación y el desarrollo. El sistema de código y la lógica permiten menos errores de codificación que, en última instancia, se benefician en los análisis de investigación y desarrollo (OMS, 2016).

La versión actualizada del sistema mejora la toma de decisiones sobre políticas de salud al proporcionar mejores datos para el monitoreo y el desempeño de la organización.

El sistema de códigos CIE-10 es más fácil de configurar y recuperar en formato electrónico que ofrece un mejor formato que CIE-9.

Los formatos alfanuméricos del sistema de códigos proporcionan una mejor alternativa que los códigos CIE-9, ofreciendo una versión más flexible y actualizable, por ejemplo, diabetes mellitus - E10-E14.

Por último, el sistema de codificación CIE-10 ayuda a:

- Reducir el error de medicación.
- Mejorar las opciones de tratamiento y los resultados de la enfermedad.
- Menor costo de tratamiento y reclamo.
- En la política sanitaria y la planificación operativa y estratégica.
- Mejorar los sistemas de pago mediante el procesamiento de reclamaciones.
- Disminuir las presentaciones de reclamos (Fuller, 2019).

Leon-Chisen (2015) dice: "La codificación médica está ahí para ayudar a presentar una imagen " Y con la amplitud del uso del sistema de codificación actual, los datos mejorados respaldarán una gran cantidad de necesidades de atención médica, que incluyen:

- Medir la calidad, seguridad y eficacia de la atención.
- Diseño de sistemas de pago y tramitación de reclamaciones de reembolso.
- Realización de investigaciones, estudios epidemiológicos y ensayos clínicos.
- Establecer la política de salud.
- Planificación operativa y estratégica y diseño de sistemas de prestación de servicios de salud.
- Supervisión de la utilización de recursos.
- Mejorar el desempeño clínico, financiero y administrativo.
- Prevención y detección del fraude y el abuso en la atención médica.
- Seguimiento de riesgos y salud pública. (p.12)

La CIE-10 permitirá una mayor adopción y también se beneficiará de las nuevas tecnologías. Está diseñado para trabajar con terminologías estructuradas, lo que podría acelerar el desarrollo y la adopción de la codificación asistida por computadora. La mayor especificidad permitirá una mayor recuperación de datos electrónicos que maximizará la inversión en bases de datos y reducirá la dependencia de la abstracción de registros secundarios. Por ejemplo, los códigos de diagnóstico indicarán la izquierda y la derecha, si se trata de una afección nueva o una afección anterior con secuelas actuales y, en algunos casos, combinan

afecciones relacionadas. Los códigos de procedimiento permiten información muy específica sobre la parte del cuerpo involucrada, el enfoque para un procedimiento específico, el dispositivo utilizado y el procedimiento básico realizado (Granek, 2016).

### 1.3.6. Otros sistemas de codificación

Se debe mencionar que aparte del sistema CIE-10, existe varios sistemas de clasificación, pero los sistemas que son recomendados y aprobados por el Ministerio de Salud Pública de Salud es el CIE-10 y la Clasificación Internacional de la Atención Primaria, Segunda edición CIAP-2; este último fue creada por la WONCA ("Organización Mundial de los Médicos Generales / de Familia"), en el año de 1999, su primera edición en español, un año antes se publicó su versión en inglés (First, 2017).

Este sistema tiene una estructura biaxial: El primer eje comprende 800 rúbricas repartidas en 17 capítulos organizados en aparatos y sistemas orgánicos, mientras que el otro está formado por 7 componentes.

Existe una correspondencia oficial entre el CIE-10 Y EL CIAP-2, si la correspondencia es en sentido de CIAP-2 a CIE-10, existe varias correspondencias, (un código de CIAP-2 corresponde a varias del CIE-10), si la correspondencia es inversa (CIE-10 a CIAP-2), la conversión es indicativa y no exacta.

El ministerio de Sanidad del Gobierno de España realizo un mapeo de CIE-10 a CIAP-2, realizando posibles soluciones para los tipos de correspondencia, adoptado 3 soluciones-tipo, para las diversas situaciones.

El código CIE10 tiene varias similitudes con la versión oficial del CIAP2.

“Solución-tipo 1: Se opta razonadamente por la elección de uno de los códigos señalados por CIAP” Calvo (2016).

<p>CIAP2 lleva cada código CIE10 a 2 códigos CIAP: P18-abuso de fármacos y P19-abuso de drogas. La última opción no parece adecuada. Existen otros códigos CIE10 que, si han de transformarse en P19, por ejemplo F14 abuso de cocaína.</p>			
F13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos.	P18	Abuso de fármacos.
F13.0	Intoxicación aguda.	P18	Abuso de fármacos.
F13.1	Uso nocivo.	P18	Abuso de fármacos.

Figura No 2 Códigos señalados por la CIAP

Fuente: Calvo (2016)

“Solución 2: Se decide agrupar varios códigos CIAP2 a efectos de explotación, al ser clínicamente posible. Estas agrupaciones son similares a las propuestas en la conversión CIE9MC, aunque se añade alguna nueva” Calvo (2016).

O60	Trabajo de parto prematuro	W92+W93	W92	Parto complicado/recién nacido vivo	W93	Parto complicado/recién nacido muerto
O60.0	Trabajo de parto prematuro sin parto	W92+W93	W92	Parto complicado/recién nacido vivo	W93	Parto complicado/recién nacido muerto
O60.1	Trabajo de parto prematuro con parto prematuro	W92+W93	W92	Parto complicado/recién nacido vivo	W93	Parto complicado/recién nacido muerto
O60.2	Trabajo de parto prematuro con parto a término	W92+W93	W92	Parto complicado/recién nacido vivo	W93	Parto complicado/recién nacido muerto

Figura No 3 Agrupación de varios códigos por la CIAP

Fuente: Calvo (2016)

“Solución tipo 3: En unos pocos casos se decide optar por la conversión clínica más frecuente sacrificando la exactitud” Calvo (2016).

<p>CIAP transforma C50 en X76 e Y78.          CIE10 no distingue en estos C50 Ca mama mujer y hombre.          CIE9 si separa neo de mama en mujer 174 y hombre 175.          Los códigos a donde lleva CIAP (X76 y Y78) no son homogéneos.          eCIEMaps traduce todo el C50 de la CIE10 a 174 (mujer) de la CIE9MC (en sentido contrario, tanto 174-Mujer como 175-Hombre van a C50).          Se decide, por tanto, llevar todo el C50 al X76 de la CIAP2.</p>					
C50	Tumor maligno de la mama	X76	Neoplasias malignas de mama, en la mujer	Y78	Otras neoplasias malignas de mama/aparato genital masculino

Figura No 4 Neoplasias malignas

En el caso de: El código a tres dígitos incluye subcódigos a 4 y/o 5 dígitos que tienen distintas equivalencias a códigos CIAP2, incluso pertenecientes a distintos aparatos. Se hace referencia a la solución relacionada con el capítulo de interés

“Solución tipo 2: Se mantiene la equivalencia múltiple creando un código ad hoc” Calvo (2016).

R09	Otros síntomas y signos que involucran los sistemas circulatorio y respiratorio.	Ad hoc	Código ad hoc para recibir signos y síntomas de carios aparatos y sistemas.
R09.8	Otros síntomas y signos especificados que involucran los sistemas circulatorio y respiratorio.	Ad hoc	Código ad hoc para recibir signos y síntomas de carios aparatos y sistemas.

Figura No 5 Códigos ad hoc

Fuente: Calvo (2016)

## **CAPÍTULO II. ATENCION PREHOSPITALARIA**

### **2.1 Atención prehospitalaria**

#### **2.1.1 Antecedentes Históricos**

Históricamente la atención prehospitalaria se relaciona estrechamente con la aparición de los primeros auxilios.

Zares de Rusia: se inicia el transporte de pacientes, cuando el médico y un ayudante trasladaban en los campos de batalla a los pacientes graves en carretas

Guerra Napoleónica: aparece el termino Ambulancia de la raíz ambulant que significa deambular. Los heridos eran trasladados en carretas, los cuales iban en la parte posterior de las tropas para resguardar al personal médico de guerra.

Estados Unidos 1940: aparece el termino de Atención Pre-Hospitalaria cuando el cuerpo de bomberos inicio la atención médica a los enfermos o heridos mientras eran transportados.

En 1960: se introdujo normas de entrenamiento para el personal de ambulancias

En 1962: primer curso para la formación de técnicos en emergencia médicas, en este curso se enfocó en patologías cardiacas como enfermedades coronarias, arritmias graves y muerte súbita.

Guerra de Corea y Vietnam: se centró en el transporte rápido de heridos en campos de batalla y el tratamiento definitivo inmediato, evidenciando la importa del mismo, con esta experiencia se instauró a nivel mundial este transporte, para pacientes que se encontraban en las ciudades.

El primer personal de la atención prehospitalaria o los primeros organismos de grupos de socorro, conformados por tripulantes voluntarios dentro de sus ambulancias y con niveles de entrenamiento no formal impartidos por las mismas instituciones de socorro.

## 2.2 Prehospitalaria en Ecuador

Actualmente existe diferentes servicios de ambulancia prehospitalaria en el servicio público y privado se menciona los institutos en los que se realiza el estudio.

CRUZ ROJA ECUATORIANA: Av. El Inca N47-46 y Av. 6 de diciembre, Quito (02) 240-2244. Rumipamba Oe3-19 y Antonio de Ulloa, Quito 170147. Teléfono: (02) 603-6096. Rector: Víctor Malquín Fweltala. Presidenta Nacional: Sra. Victoria Albán. Presidenta Provincial: María Dolores Ponce.

BENEMÉRITO CUERPO DE BOMBEROS DE QUITO: Comandancia General Veintimilla E5-66 y Reina Victoria (La Mariscal). Quito 170526. Teléfono: (02) 395-3700. Jefe de Bomberos: TCrnl. (B) Esteban Cárdenas Varela.

ECU 911 – QUITO: Calle Julio Endara s/n, sector Parque Itchimbí. Quito 170136. Teléfono: (02) 380-0700. Coordinador Zonal Quito: Ing. Oscar Rouget Gabela Jijón. Director General ECU 911: Ing. Juan Zapata.

Inician sus operaciones por iniciativa de organizaciones humanitarias como:

- Cruz roja ecuatoriana
- Cruz amarilla
- Movimiento Scout del Ecuador
- Defensa Civil

La Cruz roja ecuatoriana institucional inicia su servicio de Ambulancia y atención prehospitalaria (SAMPRE), a inicios del siglo XX, siendo en ese tiempo el principal proveedor de la atención prehospitalaria.

El primer sistema integral por parte del estado fue la comisión interinstitucional de la Red de emergencias médicas (CIREM), creada el 7 de septiembre de 1995, su principal objetivo era definir políticas y participación de las instituciones dentro de esta red, sin embargo, no

logo cumplir con su objetivo, manteniendo su organización solo a nivel de la ciudad de Quito.

En el Ecuador la creación del Sistema Integral de Seguridad ECU 9-1-1, tuvo su resolución en el Ejecutivo 988 del 29 de diciembre del 2011, publicado en el Registro Oficial 618 del 13 de enero del 2012, logrando unificar la atención extrahospitalaria con las diferentes instituciones de ayuda de una emergencia.

Luego de dicho evento, varios centros de educación superior crearon carreras profesionales con relación a la carrera de emergencia, abriendo las puertas no solo a médicos sino también a profesionales egresados como paramédicos.

### **Cuerpo de bomberos Quito:**

“Se encuentran regidos por la Ley de Defensa Contra Incendios que se publicó en el Registro Oficial 815 del 19 de abril de 1979 (20) y en cuyo texto se asigna funciones específicas como: protección contra incendios, socorrismo en catástrofes o siniestros con acciones y salvamento, sin embargo no se relaciona en la asistencia sanitaria prehospitalaria ni se vincula con el Ministerio de Salud o entidades sanitarias locales” (Ministerio de Salud Pública, 2015).

### **ECU 9-1-1:**

- **Misión ECU 911 (Servicio Integrado de Seguridad)**

“Dirigir en todo el territorio ecuatoriano, la atención en situaciones de emergencia de la ciudadanía, reportadas a través del número 911, y las que se generen por video vigilancia o monitoreo de alarmas, mediante el remito de recursos de atenciones especializadas que pertenece a organismos públicos y privados articulados al sistema, con la finalidad de contribuir, de manera permanente, a la obtención y sustento de la seguridad integral ciudadana” (ECU 911, n.d.) (pg.2)

- **Visión ECU 911(Servicio Integrado de Seguridad)**

“Ser una institución líder y modelo en el país para la combinación de servicios de emergencia utilizando tecnología de punta en sistemas y telecomunicaciones, comprometidos con la calidad, seguridad, salud y medio ambiente que permitan servir de manera única y permanente a la comunidad”(ECU 911, n.d.) (pg.2)

- **Política de Calidad**

“ECU 911 brinda servicios de emergencias en forma eficiente y oportuna con una plataforma tecnológica, con personal competente cumpliendo estándares técnicos y normativos. Enfocados siempre en mejorar continuamente para la encontrar la satisfacción de los ciudadanos del territorio ecuatoriano”(ECU 911, n.d.) (pg.2)

## **CRUZ ROJA ECUATORIANA**

- **Misión**

*“La Cruz Roja Ecuatoriana labora brindando alivio y previniendo el sufrimiento humano, desde comunidades, fomentando el bienestar y dignidad en la diversidad, por medio del desarrollo sostenido del voluntariado” (CRE - Misión, Visión y Acción, n.d.)*

- **Visión**

*“Cruz Roja Ecuatoriana es parte de las comunidades, alcanzando con ellas su bienestar y desarrollo sostenible” (CRE - Misión, Visión y Acción, n.d.)(pag3)*

### **Objetivos Generales**

1. Reforzar la gestión en la Sociedad Nacional y la movilización de recursos.
2. Afianzar el desarrollo armónico y sostenible de la red territorial y del voluntariado.
3. Contribuir al desarrollo comunitario sostenible

### **2.3 NIVEL DE FORMACIÓN DE LOS PARAMÉDICOS DE LA CIUDAD DE QUITO:**

Varias instituciones se encargan de la formación de profesionales de la atención prehospitalaria, pero nos centraremos en la formación de paramédicos; entre las instituciones que cumplen esta función esta: Instituto Técnico Superior Cruz Roja, Universidad Central del Ecuador, Cuerpo de Bomberos de la ciudad de Quito.

Estos expertos son preparados para brindar atención prehospitalaria en incidentes que afecten la vida en general, ya sea por efectos naturales o causados por el hombre, y resolver la patología prevalente en el país.

Distingue, valora, diagnostica funcionalmente, remite y suministra tratamiento e intervención, incluyendo servicios de atención y seguimiento a personas de todas las edades con o en riesgo de vida

## **2.4 NORMATIVA DE CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS**

### **2.4.1. Decretos relacionados con la codificación de diagnósticos**

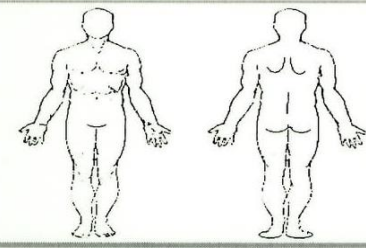
Es importante conocer que es lo que se encuentra decretado por el Ministerio de Salud Pública de nuestro País, si en realidad está considerado el uso de la codificación para diagnósticos en el área prehospitalaria. Como esto nos puede ayudar en la mejora de la calidad de salud.

Iniciamos con el decreto que menciona que tipo de hoja es utilizada en la atención prehospitalaria autorizada por MSP, con el llenado correcto y completo de dicho documento.

#### **DECRETO N.º Q 1 3 7 - 2 Q 1 6**

##### **De la Derivación por Emergencia**

En los casos de pacientes de atención prehospitalaria, el profesional de la ambulancia utilizará el formulario atención prehospitalaria (Figura No 9).

INSTITUCION		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO UO	N° AMBULANCIA	CANTON		PROVINCIA	N° DE HOJA
<b>1 DATOS GENERALES</b>									
MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS CUADRADAS									
NOMBRE DE LA VICTIMA		CEDULA		EDAD		SEXO		HORA DE DESPACHO	
DIRECCION DEL EVENTO				ESCENARIO DEL EVENTO		FECHA Y HORA DEL EVENTO			
FECHA Y HORA DE LA ATENCION		VEHICULO IDENTIFICADO	NUMERO DE PLACA	SOAT	ASEGURA DORA			NUMERO POLIZA	
<b>2 INTERROGATORIO</b>									
ANTECEDENTES DEL EVENTO, SINTOMAS, MEDICAMENTOS QUE RECIBE, CINEMATICA								ALERGIAS	ADICCIONES
<b>3 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO</b>									
MARCAR "X" SOLO EN LAS CELDAS CUADRADAS Y DESCRIBIR ABAJO, ESCRIBIENDO EL NUMERO DE LA LESION									
1 VIA AEREA OBSTRUIDA	2 ALIENTO ALCOHOLICO	3 LESION EN CABEZA	4 LESION EN OJOS	5 LESION EN OREJAS	6 LESION EN ABDOMEN	7 LESION EN TORSO	8 LESION EN COLUMNA	9 LESION EN MIEMBROS	
DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS						ESTADO INICIAL	GRAVE	MODERAD O	LEVE
						ESTADO FINAL	GRAVE	MODERAD O	LEVE
REACCION: RN= NORMAL RL= LENTA RR= RAPIDA DILATACION: DN= NORMAL DD= MOCIS DA= MDRIASIS									
<b>4 SIGNOS VITALES</b>									
ESCALA DE COMA DE GLASGOW					PUPILAS				
LUGAR	PULSO / min	TEMPER °C	TENSION ARTERIAL mm Hg	FRECUENCIA RESPIRATORIA	APERTURA OJOS (E)	RESPUESTA VERBAL (V)	RESPUESTA MOTORA (M)	DERECHA REACCION (DN-DO-DA)	IZQUIERDA REACCION (RN-RL-RR)
ESCENA									
TRANSPORTE									
ENTREGA									
<b>5 TRAUMA</b>									
ACCIDENTE					VIOLENCIA		ACCIDENTE		AUTO AGRESION
VICTIMA CONDUCTOR	VICTIMA PASAJERO	VICTIMA PEATON	AUTOMOVIL-CAMIONETA	AUTOBUS	VEHICULO PESADO	MOTO	BICICLETA		
IMPACTO FRONTAL	IMPACTO LATERAL	IMPACTO POSTERIOR	ATROPELLO DE VEHICULO	CAIDA DE VEHICULO	CHOQUE DE VEHICULO	EXPULSION DE VEHICULO	VOLCA MIENTO		
BOLSA INFLADA	CINTURON COLOCADO	CASCO COLOCADO	ROPA PROTECTORA	EN ASIENTO DELANTERO	EN ASIENTO POSTERIOR	VICTIMA ATRAPADA	OTRO VEHICULO		
OTROS	HERIDA POR ARMA DE FUEGO CUERPO EXTRAÑO	HERIDA POR ARMA CORTANTE CAIDA	HERIDA POR ARMA PUNZANTE AGRESION SEXUAL	HERIDA POR OTRO OBJETO AGRESION FISICA	QUEMADURA AGRESION INTRAFAMILIAR	APLASTA MIENTO ENVENENAMIENTO	MORDEDURA INTOXICACION	FRACTURA OTRO	
<b>6 EMERGENCIA GINECO-OBSTETRICA Y NEONATAL</b>									
PARTO					ABORTO		SANGRADO		
FECHA ULTIMA MENSTRUACION	SEMANA DE	GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESAREAS	CONTRACCIONES UTERINAS	HORA		
MEMBRANAS INTEGRAS	MEMBRANAS ROTAS	TIEMPO DE RUPTURA	PRESENTACION			NUMERO			
DILATACION	BORRAMIENTO	PLANO	ALTURA UTERINA			INTENSIDAD			
F. CARDIACA FETAL	MOVIMIENTO FETAL	EXPULSIVO	ECLAMPSIA	PRE ECLAMPSIA	SEXO R.N. (H/M)	APGAR 1 MINUTO	APGAR 5		
<b>7 PARO CARDIO RESPIRATORIO</b>									
PRESENCIADO X PERSONAL SEM	PRESENCIADO X ESPECTADOR	NO PRESENCIADO	RCP X PERSONAL ENTRENADO	RCP X LEGO	SE UTILIZA DESFIBRILADOR	DURACION RCP ANTES LLEGADA	DURACION DEL PARO		
<b>8 LOCALIZACION DEL TRAUMA</b>									
SEÑALAR EL NUMERO DE LA LESION SOBRE LA ZONA AFECTADA Y DIBUJAR									
		1 HERIDA PENETRANTE	9 MORDEDURA						
		2 HERIDA NO PENETRANTE	10 CUERPO EXTRAÑO						
		3 ESGUINCE	11 QUEMADURA						
		4 LUXACION	12 APLASTAMIENTO						
		5 FRACTURA CERRADA	13						
		6 FRACTURA EXPUESTA	14						
		7 HEMATOMA	15						
		8 AMPUTACION	16						
<b>9 PROCEDIMIENTOS</b>									
VENTILACION MANUAL									
VENTILACION MECANICA									
OXIGENTERAPIA (VOLUMEN/MIN)									
FLUIDOTERAPIA (VOLUMEN)									
MEDICACION			PUNCION CRICOTIROIDEA	INTUBACION					
INMOILIZACION PARCIAL			INMOILIZACION TOTAL		DESCOMPRESION TORAX				
SONDAJE VESICAL			SONDAJE NASOGASTRICO		EXTRACCION C. EXTRAÑO				
SUTURA / CURACION			TAPONAMIENTO NASAL		HEMOSTASIA				
<b>10 ENTREGA DEL PACIENTE</b>									
HORA LLEGADA	CARGO DE QUIEN ENTREGA	RESPONSABLE QUE ENTREGA	FIRMA		VIVO		MUERTO		
HORA ENTREGA	UNIDAD QUE RECIBE	RESPONSABLE QUE RECIBE	FIRMA		MANEJO AMBULATORIO		INTERNADO		

SNS-MSP / HCU-anexo 2 / 2008

ATENCION PREHOSPITALARIA (1)

ANEXO 9 - FORMULARIO ATENCION PREHOSPITALARIA

Figura No 6 Formulario de atención hospitalaria

Fuente: (Expediente Único Para La Historia Clínica, 2006)

1 MEDICAMENTOS							
N°	MEDICAMENTO	PRESENTACION	CONSUMO	N°	MEDICAMENTO	PRESENTACION	CONSUMO
01				06			
02				07			
03				08			
04				09			
05				10			

2 INSUMOS MEDICOS											
N°	INSUMO	PRESENTACION	CONSUMO	N°	INSUMO	PRESENTACION	CONSUMO	N°	INSUMO	PRESENTACION	CONSUMO
01	APOSITOS			11	ESPARADRAPO			21	TUBO DE TORAX		
02	AGUJA TORACOCENTESIS			12	GUANTES DESECHABLES			22	TAPON NASAL		
03	BAJALENGUAS			13	GASAS			23	VENDAS		
04	BIGOTERA			14	JERINGUILLAS			24			
05	CANULA DE GUEDEL			15	MASCARILLA DE OXIGENO			25			
06	CLAMP UMBILICAL			16	TUBO ENDOTRAQUEAL			26			
07	COMBITUBE			17	SONDAVESICAL			27			
08	CATETER VENOSO			18	SONDA NASOGASTRICA			28			
09	EQUIPO DE VENOSCLISIS			19	SUTURAS			29			

**3 CUSTODIA DE PERTENENCIAS (describir)**

---



---



---



---



---

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL QUIEN RECIBE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

**4 DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

REHUSA TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_ REHUSA TRASLADO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ CEDULA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_

**5 DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL SERVICIO**

REHUSA RECEPCION: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ CEDULA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_

**6 OBSERVACIONES**

---



---



---



---



---

Fuente: (Expediente Único Para La Historia Clínica, 2006)

Porque debemos encontrar métodos, o sistemas para mejorar la atención de salud de los sistemas de emergencia en este caso del sistema prehospitalario.

**DECRETO N.º: 00002599:** (PROCESO DE INCORPORACION DE LAS UNIDADES DE ATENCION PREHOSPITALARIA ECU911, 2012)

**Conforme al decreto N° 00002599 (2012):** “Que, el artículo 32 de la misma Constitución prescribe que la salud es un derecho que garantiza el Estado, dependiendo su realización a otros derechos que sostienen un buen vivir, de la misma manera se garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, y, el acceso permanente, oportuno y sin exclusión de programas y servicios de promoción y atención integral de salud” (p.3)

**Conforme al decreto N° 00002599 (2012):** “Que, la prestación de servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional;” (p.3)

**“Art. 6 Procedimiento de operación para la atención prehospitalaria en situaciones de emergencias de salud:** El conductor y el profesional prehospitalario designado como responsables del manejo y operabilidad de la ambulancia, serán los encargados de llevar el control de las entradas y salidas de Unidad Operativa o Establecimiento Privado de Salud y además deberán reportar a la Central del Servicio ECU-911 la siguiente información”  
( decreto N° 00002599, 2012, Art.,6)

Hora de salida de su base;

Hora de retorno a su base;

Kilometraje (inicial y final);

Medida de combustible tanto a la salida y regreso de la base;

Nombre del profesional prehospitalario responsable que asiste al evento adverso;

Momento de arribo a la escena;

Condición inicial del paciente y recepción en el Establecimiento de Salud determinado por el ECU-911, de acuerdo con su patología;

Momento de arribo al Establecimiento de Salud;  
Nombre de la víctima y su edad;  
Diagnóstico presuntivo.  
Número de hoja de registro (Anexo 002);  
Nombre del profesional que recibió al paciente y de Establecimiento de Salud en que fue recibido; y, en caso de existir, nombre de la persona que acompaña al paciente, número de cédula y número telefónico.”

**Conforme al Decreto Ejecutivo No. 988 (29 de diciembre de 2011):** Qué, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador, implementó el Servicio Integrado de Seguridad ECU-911, como herramienta tecnológica integradora de los servicios de emergencias que brindan los Cuerpos de Bomberos, las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional e instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud;” (p.3)

**DECRETO N.º: 00000391** (Ley Orgánica de Salud , 2012)

**DECRETO N.º: 00000391 (2012)** “Qué; el Art.4 de la Ley Orgánica de Salud manda que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las que dicte para su plena vigencia serán obligatorias;” (p.3)

**DECRETO N.º: 00000391 (2012)** “Qué; esta Cartera de Estado aprobó y autorizó la Norma Técnica para operativizar ambulancias terrestres;” (p.3)

**DECRETO N.º: 00000391 (2012)** “Qué; es necesario mejorar los servicios de atención de emergencias ya que en el Ecuador no existen estándares mínimos que regulen y garanticen la atención prehospitalaria y el transporte sanitario;” (p.3)

**DECRETO N.º: 00000391 (2012)** “Qué; La atención prehospitalaria y las unidades de transporte sanitario deben considerarse como un servicio más de salud, los mismos que deben ser normados y regulados para garantizar un servicio de calidad a la población que lo requiera;” (p.3)

**DECRETO N.º: 00000391 (2012)** “Qué; el proyecto Emblemático Mi Emergencia solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial; y, en ejercicio de las atribuciones concedidas por los artículos 151 y 154 de la Constitución de la República del Ecuador y el artículo 17 del estatuto del régimen jurídico administrativo de la función ejecutiva.” (p.5)

**ACUERDA:**

“ART. 1 Proclamar a la atención prehospitalaria y transporte sanitario público y privado como un servicio de salud.” (Decreto Ministerial 2016, 2016), Art. 1).

“ART. 2 El Ministerio de Salud Pública, autoridad sanitaria nacional, emitirá las normas, protocolos y reglamentos para la aplicabilidad de estos servicios y será quien licencie al servicio prehospitalaria, traslado sanitario y la certificación del personal.”(Decreto Ministerial 2016, 2016), Art. 2).

“ART. 3 Esta cartera de estado será el encargado de dar el cumplimiento y la aplicación de las normas, protocolos y reglamentos establecidos.”(Decreto Ministerial 2016, 2016, Art. 3).

“ART. 4 Este acuerdo ministerial entrará en vigor a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el registro oficial, encárguese a la subsecretaría nacional de provisión servicios de salud y la subsecretaría nacional de Gobernanza de la Salud Pública.”(Decreto Ministerial 2016, 2016, Art. 4).

A continuación, Historia clínica prehospitalaria:

Registro sistemático, de eventos, procedimientos y evolución, relacionado con una víctima, desde el lugar del evento hasta la llegada al servicio de emergencia.

N°	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
<b>ATENCIÓN PREHOSPITALARIA</b>			
INSTITUCIÓN Y AMBULANCIA	CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN	PROVINCIA/CANTON/PARROQUIA	NÚMERO DE HOJA
1	DATOS GENERALES DE ATENCIÓN		REGISTRAR EL NOMBRE Y APELLIDO, NÚMERO DE CÉDULA, EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS Y EL SEXO DEL USUARIO REGISTRAR EL NOMBRE Y APELLIDO Y NÚMERO DE CÉDULA DEL INFORMANTE REGISTRAR LA FECHA (D/M/A) Y LA HORA DE ATENCIÓN AL USUARIO REGISTRAR LA DIRECCIÓN O LA UBICACIÓN DE REFERENCIA, EL LUGAR (VIA PÚBLICA, DOMICILIO, PARQUE, QUEBRADA, BOSQUE, ETC.) FECHA (D/M/A) Y HORA DEL EVENTO CAUSANTE DEL ACCIDENTE REGISTRAR LOS DATOS MÁS RELEVANTES DEL INTERROGATORIO REALIZADO AL USUARIO SOBRE LOS SÍNTOMAS (DOLOR, CONCIENCIA, ESTADO DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS, ANTECEDENTES)
2	SIGNOS VITALES Y ESCALAS	SIGNOS VITALES	REGISTRAR LA HORA Y LOS VALORES DE LOS SIGNOS VITALES SEÑALADOS
		ESCALA DE GLASGOW	REGISTRAR LA HORA DEL EXAMEN REGISTRAR LOS VALORES DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES Y EL VALOR TOTAL DE LA ESCALA DE GLASGOW (1 - 15)
		PUPILA DERECHA PUPILA IZQUIERDA	REGISTRAR LA HORA DEL EXAMEN REGISTRAR LA RAPIDEZ DE LA REACCIÓN (RN= REACCIÓN NORMAL, RL= REACCIÓN LENTA, RR= REACCIÓN RÁPIDA) REGISTRAR EL TIPO DE APERTURA PUPILAR: NOR: NORMAL MIO: MIOSIS MID: MIDRIASIS
		ESCALA DE TRAUMA	REGISTRAR LA HORA DEL EXAMEN REGISTRAR LOS VALORES DE LA ESCALA DE TRAUMA PEDIÁTRICO Y DE ADULTO
3	TRAUMA Y OTRAS LESIONES	ACCIDENTE DE TRANSITO	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES DESCRIBIR LAS OBSERVACIONES SOBRE LAS OPCIONES MARCADAS, SI AMERITA
		OTRAS LESIONES	MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES REGISTRAR LOS VALORES OBSERVADOS EN LAS OPCIONES RESPECTIVAS REALIZAR OBSERVACIONES SOBRE LAS OPCIONES MARCADAS, SI AMERITA
4	EMERGENCIA OBSTÉTRICA		MARCAR "X" EN LAS OPCIONES RESPECTIVAS REGISTRAR LAS CARACTERÍSTICAS MÁS IMPORTANTES DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA
5	EMERGENCIAS CARDIORRESPIRATORIAS		MARCAR "X" EN LAS OPCIONES PERTINENTES REGISTRAR LOS VALORES ESTABLECIDOS, SI EXISTEN AMPLIAR LA INFORMACIÓN, SI ES NECESARIO
6	EXAMEN FÍSICO Y DIAGNÓSTICO		MARCAR "SP" SI SE ENCUENTRA SIN PATOLOGÍA, MARCAR "CP" SI SE ENCUENTRA CON PATOLOGÍA (2 - 7) MARCAR "X" EN VIA AEREA O ALCOCHECK, SI ES DEL CASO. REGISTRAR ABAJO EL NÚMERO Y LOS HALLAZGOS PATOLÓGICOS REGISTRAR EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
7	TIPO DE LESIONES Y LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA		SEÑALAR EN EL ESQUEMA TOPOGRÁFICO EL NÚMERO CORRESPONDIENTE A LA LESIÓN EXISTENTE. REGISTRAR OBSERVACIONES, SI ES DEL CASO
8	PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTO		MARCAR "X" EN LAS CELDAS DE LOS PROCEDIMIENTOS DETALLADOS EN EL BLOQUE. REGISTRAR LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA Y LOS PROCEDIMIENTOS ADICIONALES EN LAS LÍNEAS EN BLANCO
9	CONDICIÓN DE LLEGADA AL HOSPITAL		MARCAR "X" SEGÚN LAS CONDICIONES DE LLEGADA DEL USUARIO AL HOSPITAL
10	DERIVACIÓN		REGISTRAR EL DESTINO FINAL DEL USUARIO, EN CASO DE NO SER ENTREGADO AL HOSPITAL. PUEDE DERIVARSE AL DOMICILIO O A OTRO LUGAR QUE SE ESPECIFICARÁ
ESTABLECIMIENTO QUE RECIBE CONDUCTOR		RESPONSABLE QUE ENTREGA RESPONSABLE QUE RECIBE	FIRMA FIRMA
			HORA DE ENTREGA HORA DE RECEPCIÓN

Fuente: (Expediente Único Para La Historia Clínica, 2006), (Andrade, 2011)

En el ámbito prehospitalario, se utilizará diagnósticos presuntivos, en cada hoja de atención prehospitalaria. A continuación, se describirá los diferentes diagnósticos que se pueden colocar en todos los formularios aprobados por el MSP.

**Diagnostico presuntivo:** este diagnóstico se registra luego de una entrevista clínica, donde se anotan los síntomas que refiere el paciente, y los signos encontrados por el personal de salud, se trata de un diagnostico hipotético, de las posibles causas que en ese momento aquejan al paciente. Este se

diagnóstico se puede convertir o ser cambio a un diagnóstico definitivo luego de comprobar con otras técnicas, exámenes y procedimientos la verdadera situación de presenta el paciente.

**Diagnostico diferencial:** este tipo de diagnóstico es aquel que toma todas las posibles enfermedades que pueda tener el paciente, con los síntomas signos y ciertos exámenes que se haya realizado, además permite descartar ciertas causas y determinar la necesidad de realización de exámenes.

**Diagnóstico definitivo:** diagnóstico que se evidente de las características de una enfermedad por sus signos y síntomas específicos o mediante confirmación por pruebas realizadas en los servicios técnicos complementarios.

En nuestro medio se utiliza los dos tipos de sistemas de codificación en las diferentes instituciones encargadas de la atención prehospitalaria. Y a pesar de contar con estos sistemas algunas instituciones optan por tener listas más específicas para la codificación de los diagnósticos más frecuentes de la prehospitalaria.

Ejemplo de listado de diagnósticos más frecuentes utilizados en la prehospitalaria.

<b>CIAP-2 - Spanish</b> <b>Clasificación Internacional de la Atención Primaria</b> <b>Comité Internacional de Clasificación de la @Wonca</b>						
<b>Códigos del Proceso</b> -30 Exploración médica completa -31 Exploración médica parcial -32 Pruebas de sensibilidad -33 Pruebas micro e in vitro -34 Análisis de sangre -35 Análisis de orina -36 Análisis de heces -37 Citología exfoliativa/histológica -38 Otro análisis de laboratorio NE -39 Pruebas de la función física -40 Endoscopia diagnóstica -41 Radiología/imagen diagnóstica -42 Trastornos eléctricos -43 Otros procedimientos diag. -44 Inmunizaciones /med preventivos -45 Observación/EPS/como/año/día -46 Intercambio prof sin primaria -47 Intercambio con especialista -48 Aclaración/discusión RDC -49 Otros procedimientos preventivos -50 Med/observación/renovación/inv -51 Incisión/drenaje/lavado (excl cateterización -53) -52 Exciación/remoción/biopsia -53 Cateterización/intubación -54 Reducción/fijación/aj/escayola -55 Inyección/infiltración local -56 Vendaje/pe/edón/compresión -57 Medicina física/rehabilitación -58 Consejo terap/escucha terap -59 Otros procedimientos terap NE -60 Res pruebas y procedimientos -61 Res explor/pruebas/otro prof -62 Procedimiento administrativo -63 Consulta seguimiento -64 Consulta/probl iniciado por prof -65 Consulta/probl iniciado tercero -66 Derivación otro prof (excl médico) -67 Derivación a médico/especialista -68 Otras derivaciones NE -69 Otras razones de consulta NE	828 Miedo al SIDA 828 Miedo cáncer sangre/hemat/linf 827 Miedo enf sangre/hemat/linf 828 Incap/min sangre/hemat/linf 829 Otros sig/sin sangre/hemat/linf 870 Linfadenitis aguda 871 Linfadenitis crónica/inespecífica 872 Enfermedad de Hodgkin/linfomas 873 Leucemia 874 Otras neo malignas hemat 875 Neo benign hemat/inespecíficas 876 Eritema traumático de base 877 Otro trauma hematol/linf/bazo 878 Anemias hemolíticas hereditarias 879 Otro anom congén sangre/hemat 880 Anemia ferropénica 881 Anemia perniciosa/déficit folatos 882 Otras anemias/inespecíficas 883 Púrpura/díscras coagulación 884 Leucocitos anormales 887 Eosinofilia 890 Infección por VIH, SIDA 899 Otro enf hemat/linf/inmunológicas	<b>CÓDIGOS DEL PROCESO</b> <b>SIGNOS Y SÍNTOMAS</b> <b>INFECCIONES</b> <b>NEOPLASIAS</b> <b>LESIONES</b> <b>ANOMALÍAS CONGÉNITAS</b> <b>OTROS DIAGNOSTICOS</b>	F27 Miedo a una enfermedad ocular F28 Incap/minusvalía de ojo y anejos F29 Otros sig/sin oculares F70 Conjuntivitis infecciosas F71 Conjuntivitis alérgica F72 Blefaritis/ocruelo/chalazión F73 Otro infecc/inflamaciones ojos F74 Neoplasias de ojos/anejos F75 Contusión/hem ojos/anejos F76 Cuerpo extraño en el ojo F79 Otras lesiones oculares F80 Objet conducto lagrimal lactante F81 Otro anomalías oculares congén F82 Desprendimiento de retina F83 Retinopatía F84 Degeneración de la mácula F85 Ojera a corneal F86 Trauma F91 Alteraciones de la refracción F92 Catarata F93 Glaucoma F94 Ceguera/veda agudeza visual F95 Estrabismo F99 Otro enf/prob de ojos/anejos	114 Sig/sin del muslo y de la pierna 115 Sig/sin de la rodilla 116 Sig/sin del tobillo 117 Sig/sin del pie y sus dedos 118 Dolor muscular 119 Otros sig/sin musculares NE 120 Otro/sin articulares NE 126 Miedo cáncer aparato locomotor 127 Miedo otr enf aparato locomotor 128 Incap/min del aparato locomotor 129 Otros sig/sin aparato locomotor 170 Infecciones del aparato locomotor 171 Neo malign del aparato locomotor 172 Fractura de codo/radio 173 Fractura de tibia/peroné 174 Fract carpo/tarso/mano/pie 175 Fractura de fémur 176 Otras fracturas 177 Esquimos distensiones del tobillo 178 Esquimos distensiones rodilla 179 Esquimos y distensiones NE 180 Luxación y subluxación 181 Otro lesiones aparatos locomotor NE 182 Anomalías congén apar locomotor 183 Síndromes del cuello 184 Sínd lamb/horick sin irradi dolor 185 Dolor adq columna vertebral 186 Sínd lamb/horick con irradi dolor 187 Parálisis/tendinitis/sinovitis NE 188 Artritis reumatoide 189 Artritis de cadera 190 Artritis de rodilla 191 Otras artritis 192 Síndromes del hombro 193 Codo de tenista 194 Osteocondritis 195 Osteoporosis 196 Lesión aguda interna de la rodilla 197 Neo benign/inesp apar locomotor 198 Deformidades adq miembros 199 Otro enf del aparato locomotor		
<b>Probl Gen, Inesp A</b> A01 Dolor generalizado/múltiple A02 Escalofríos A03 Fiebre A04 Atenua/cansaño/debilidad A05 Sensación de enfermedad A06 Desmayo/síncope A07 Coma A08 Inflamación A09 Problemas de sudoración A10 Sangrado/hemorragia NE A11 Dolor torácico NE A12 Miedo al tratamiento A13 Lactante irritable/nervioso A18 Preocupación sobre la apariencia A20 Soledad/disc eutanasia A21 Factor de riesgo para cáncer NE A23 Factor de riesgo NE A25 Miedo a la muerte/a la agonía A26 Miedo al cáncer NE A27 Miedo a otra enfermedad NE A28 Incapacidad/minusvalía NE A29 Otros sig/sin generales A70 Tuberculosis A71 Sarampión A72 Varicela A73 Paludismo/malaria A74 Rubéola A75 Mononucleosis infecciosa A76 Otras enfermedades virales con exantema A77 Otras enfermedades virales NE A78 Otras enfermedades infecc NE A79 Cáncer/neoplasia maligna NE A80 Traumatismo/lesión NE A81 Traumatismo/lesiones múltiples A82 Efecto secund tercio trauma A84 Intoxic/suven/ sobre med A85 Efecto adverso med dosis correcta A86 Efectos tóxicos sustancias no med A87 Complicación tratamiento médico A88 Efectos adversos factores físicos A89 Efectos adversos prof/otro A90 Anomalías congén múltiples NE A91 Res anormales pruebas NE A92 Alergia/reacciones alérgicas NE A93 Rección sácidos prem/inmaduros A94 Otra morbilidad perinatal A95 Mortalidad perinatal A96 Fallecimiento/ muerte A97 Sin enfermedad A98 Medicina preven/promoción salud A99 Otras enfermedades generales NE	D01 Dolor abdominal gen/retorjiones D02 Dolor de estómago/epigástrico D03 Pirosis D04 Dolor rectal/anal D05 Prurito perianal D06 Otros dolores abd localizados D07 Diarrea/indigestión D08 Flatulencia/aerofagia/gases D09 Náusea D10 Vómito D11 Diarrea D12 Estreñimiento D13 Ictericia D14 Hematemesis/vómito de sangre D15 Melena D16 Rectorragia/hemorragia rectal D17 Incontinencia fecal D18 Cambio en las heces/en el ritmo D19 Sig/sin de disnea y eructos D20 Sig/sin de boca, lengua y labios D21 Problemas de la deglución D23 Hepatomegalia D24 Masa abdominal NE D25 Distensión abdominal D26 Miedo cáncer aparato digestivo D27 Miedo otr enf aparato digestivo D28 Incap/min aparato digestivo D29 Otros sig/sin aparato digestivo D70 Infección gastrointestinal D71 Parotiditis epidémica/paperas D72 Hepatitis viral D73 Infección intestinal inespec/posible D74 Neoplasias malignas del estómago D75 Neo malignas de colon/recto D76 Neoplasias malignas de páncreas D77 Otro neo malign digestivo NE D78 Neo benignas/inesp digestivo D79 Cuerpo extraño en tracto digestivo D80 Otras lesiones aparato digestivo D81 Anomalías congén digestivo D82 Enf de los dientes/encías D83 Enf de la boca/lengua/labios D84 Enfermedades del estómag D85 Ojera duodenal D86 Otras úlceras pépticas D87 Alterac funcionales del estómago D88 Apendicitis D89 Hernia inguinal D90 Hernia de hiato D91 Otras hernias abdominales D92 Enf disenteric del intestino D93 Síndrome de colon irritable D94 Enteritis crónica/colitis ulcerosa D95 Fisura anal/absceso perianal D96 Oloros/ascaris/otros parásitos D97 Enfermedades hepáticas NE D98 Colestítis/colélitiasis D99 Otras enfermedades digestivo	<b>Aparato Digestivo D</b> <b>Ojo y Anejos F</b>	H01 Dolor de oído/oreja H02 Sig/sin auditivos H03 Zumbido/tinnitus/pitidos H04 Secreción por el oído H05 Sangre en/del oído H13 Sensación de taponamiento H15 Preocupación apariencia orejas H27 Miedo a una enfermedad del oído H28 Incap/min del aparato auditivo H29 Otros sig/sin del oído/oreja H70 Otitis externa H71 Otitis media/miringitis aguda H72 Otitis media serosa H73 Salpingitis trompa de Eustaquio H74 Otitis media crónica H75 Neoplasias del aparato auditivo H76 Cuerpo extraño en el oído H77 Perforación del tímpano H78 Lesión superficial del oído/oreja H79 Otro lesiones del aparato auditivo H80 Anomalías congén apar auditivo H81 Oera excesiva conducto auditivo H82 Síndromes vertiginosos H83 Otosclerosis H84 Presbiacusia H85 Trauma acústico H86 Sordera H99 Otro enf del aparato auditivo	<b>Apar Auditivo H</b> <b>Apar Circulatorio K</b> K01 Dolor cardíaco/atribuido corazón K02 Opresión/presión cardíaca K03 Dolor cardiovascular NE K04 Palpitaciones/percepción latidos K05 Otro irregularidades ritmo cardíaco K06 Venas inflamadas K07 Tobillos hinchados/edematosos K22 Factor riesgo enf cardiovascular K24 Miedo a un infarto de miocardio K25 Miedo a la hipertensión K27 Miedo otr enf cardiovasculares K28 Incap/minusvalía cardiovascular K29 Otros sig/sin cardiovasculares K30 Enf infecc cardiovasculares K71 Fiebre/enf reumat cardíaca K72 Neoplasias cardiovasculares K73 Anom congén cardiovasculares K74 Isquemia cardíaca con angina K75 Infarto agudo de miocardio K76 Isquemia cardíaca sin angina K77 Insuficiencia cardíaca K78 Fibrilación/taquicardia supraventricular K79 Taquicardia paroxística K80 Arritmia cardíaca NE K81 Soplos cardíacos/arteriales NE K82 Enfermedad pulmonar cardíaca K83 Enfermedad valvular cardíaca K84 Otras enfermedades cardíacas K85 Elevación de la presión arterial K86 Hipertensión no complicada K87 Hipertensión afectación org diana K88 Ripoteñación postural K89 Isquemia cerebral transitoria K90 ACV/ictus/apopleja K91 Enfermedad cerebrovascular K92 Aterosclerosis/enf arterial perif K93 Embolismo pulmonar K94 Flebitis y tromboflebitis K95 Venas varicosas en ext inferiores K96 Hemorroides K99 Otras enf cardiovasculares	<b>Sistema Nervioso N</b> N01 Cefalea N03 Dolor en la cara N04 Síndrome de piernas inquietas N05 Hormigueo en manos y pies N06 Otro alteraciones de la sensibilidad N07 Convulsiones/crisis convulsivas N08 Movimientos involuntarios anor N16 Alteraciones del gusto y del olfato N17 Vértigo/vaultido N18 Parálisis/debilidad N19 Alteraciones del lenguaje N26 Miedo cáncer sistema nervioso N27 Miedo otr enf neurológicas N28 Incap/minusvalía neurológica N29 Otros sig/sin neurológicos N70 Poliomielitis N71 Meningitis/encefalitis N72 Tetanos N73 Otro infecc sistema nervioso N74 Neo malignas del sistema nervioso N75 Neo benignas del sistema nervioso N76 Neo inespecíficas sistema nervioso N79 Comoción cerebral/concusión N80 Otros traumatismos craneales N81 Otras lesiones sistema nervioso N85 Anom congén sistema nervioso N86 Esclerosis múltiple N87 Enf Parkinson/ parkinsonismos N88 Epilepsia N89 Migraña N90 Cefalea en racimos/cluster N91 Parálisis facial/de Bell N92 Neuralgia del trigémino N93 Síndrome del túnel carpiano N94 Neuritis/neuropatías periféricas N95 Cefalea tensional N96 Otras enfermedades neurológicas	<b>Probl Psicológicos P</b> P01 Sensación ansiedad/tensión P02 Estrés agudo P03 Sens/sent depresivos P04 Sens/sent de irritabilidad/enjojo P05 Sentimientos/conducta sensil P06 Trastornos del sueño P07 Diminución del deseo sexual P08 Ausencia/pérdida de la sat sexual P09 Preocupación pref sexuales P10 Tartamudeo, disfemia, tics P11 Diminución deseo sexual P12 Ausencia/pérdida sat sexual P13 Preocupación pref sexual P15 Tartamudeo, disfemia, tics P16 Probl conducta alimentaria niños P17 Enuresis P18 Encopresis P19 Abuso crónico del alcohol P20 Abuso agudo del alcohol P22 Abuso del tabaco P23 Abuso de fármacos P24 Abuso de drogas P25 Abuso agudo del alcohol P27 Abuso del tabaco P28 Abuso de fármacos P29 Abuso de drogas P70 Trastornos de la memoria P71 Sig/sin comport niño P72 Sig/sin comport adolescente

Figura No 7 Diagnósticos más frecuentes utilizados en la prehospitalaria

Fuente: Pineida (2015)

P73	Probl específicos del aprendizaje	S77	Neoplasias malignas de la piel	W75	Neo benign/ineap conexión emb	Y84	Otr anom congén genital, varón
P74	Probl etapas de la vida en adultos	S78	Lipoma	W76	Lesiones complican el embarazo	Y85	Hipertrofia prostática benigna
P75	Miedo a una enfermedad mental	S79	Neo benignas/inespecíficas piel	W77	Anom congén complican emb	Y86	Hidrocele
P76	Incapacidad/minusvalía mental	S80	Queratosis/quemadura solar	W78	Embarazo	Y89	Otr enf mama genital masculino
P77	Otr sig/sin psicológicas/mentales	S81	Hemangioma/linfangioma	W79	Embarazo no deseado	<b>Problemas sociales Z</b>	
P78	Demencia	S82	Nevus/lunar	W80	Embarazo ectópico	Z01	Pobreza/dificultades económicas
P79	Otras psicosis crónicas	S83	Otras anomalías congénitas	W81	Torsemia del embarazo	Z02	Problemas de alimentos y agua
P80	Esquizofrenia	S84	Impétigo	W82	Aborto espontáneo	Z03	Problemas de vivienda/vecindad
P81	Psicosis afectivas	S85	Quiste/fístula pilonidal	W83	Aborto provocado	Z04	Problemas socioculturales
P82	Trast ansiedad/estado ansiedad	S86	Dermatitis seboreica	W84	Embarazo de alto riesgo	Z05	Diabetes gestacional
P83	Trast somatización/d conversión	S87	Dermatitis/eccema atópico	W85	Embarazo de bajo riesgo	Z06	Desempleo/paro
P84	Depresión/trastornos depresivos	S88	Dermatitis de contacto/alérgica	W86	Parto normal/recién nacido vivo	Z07	Probl de educación/formación
P85	Suicidio/intento de suicidio	S89	Dermatitis del pañal	W87	Parto normal/r.n. muerto	Z08	Probl con sistema bienestar, S.S.
P86	Neurosesia/sermenaje	S90	Pitiriasis rosada	W88	Parto complicado/r.n. vivo	Z09	Problemas legales
<b>Apar Respiratorio R</b>				S91	Fasciitis	W89	Mastitis puerperal
R01	Dolor atribuido apar respiratorio	S92	Euf glándulas sudoríparas	W90	Otr probl/enf mama emb/puerp	Z10	Problemas con sistema sanitario
R02	Fatiga respiratoria/diurna	S93	Quiste sebáceo	W91	Otr complicaciones del puerperio	Z11	Problemas con el estar enfermo
R03	Respiración jadeante/sibilante	S94	Uña encarnada	W92	Otr probl/enf del embarazo/parto	Z12	Probl relación entre cónyuges*
R04	Otros problemas de la respiración	S95	Molluscum contagiosum	<b>Apar Genital Fem y Mamas X</b>			
R05	Tos	S96	Acné	X01	Dolor genital femenino	Z13	Probl con la conducta del cónyuge
R06	Epistaxis/hemorragia nasal	S97	Úlcera crónica de la piel	X02	Dolor menstrual	Z14	Probl por enfermedad del cónyuge
R07	Estornudos/congestión nasal	S98	Urticaria	X03	Dolor intermenstrual	Z15	Pérdida/muerte del cónyuge
R08	Otros sig/sin nasales	S99	Otras enfermedades de la piel	X04	Dolor en el coito, en la mujer	Z16	Probl de relación con los hijos
R09	Sig/sin de los senos paranasales	<b>Apar Endocrino, Metab y Nutrición T</b>				Z17	Probl por enfermedad de los hijos
R21	Sig/sin garganta/faringe/amig	T01	Sed excesiva	X05	Menstruación ausente/escasa	Z18	Pérdida/muerte de un hijo
R23	Sig/sin de la voz	T02	Apetito excesivo	X06	Menstruación excesiva	Z20	Probl relación con padres otr fam
R24	Hemoptias	T03	Pérdida de apetito	X07	Menstruación irregular/frecuente	Z21	Probl con condic padres otr fam
R25	Expectoración/lemas anormales	T04	Probl alimentación lactante/niño	X08	Sangrado intermenstrual	Z22	Probl por enf padres otr familiares
R26	Miedo cáncer aparato respiratorio	T05	Probl alimentación en el adulto	X09	Sig/sin premenstruales	Z23	Pérdida, muerte padres otr fam
R27	Miedo otr enf aparato respiratorio	T06	Canancia de peso	X10	Aplazamiento provocado menstr	Z24	Probl relación con los amigos
R28	Incap/min aparato respiratorio	T07	Pérdida de peso	X11	Sig/sin menopáusicas	Z25	Probl derivados violencia/agres
R29	Otros sig/sin aparato respiratorio	T08	Fallo/retraso del crecimiento	X12	Sangrado posmenopáusicas	Z26	Miedo a un problema social
R71	Tos ferina	T09	Deshidratación	X13	Sangrado postcoital	Z29	Otros problemas sociales
R72	Faringitis/amigdalitis estreptococ	T36	Miedo cáncer aparato endocrino	X14	Secreción/flujo vaginal excesivo	<b>Abreviaturas</b>	
R73	Forúnculo/absceso de la nariz	T37	Miedo otr enf endocrinas/metab	X15	Otros sig/sin vaginales	Abd	Abdominal/es
R74	Infecc respiratoria aguda superior	T38	Incap/min endocr/metab/nutri	X16	Otros sig/sin vulvares	ACV	Accidente cerebrovascular
R75	Sinusitis aguda/crónica	T39	Otr sig/sin endocr/metab/nutri	X17	Otr sig/sin de la pelvis femenina	Adq	Adquirida/o/s
R76	Laringitis/tracéetis aguda	T70	Infecciones endocrinas	X18	Dolor mamario, en la mujer	Alb	Albuminuria
R77	Bronquitis/bronquitis aguda	T71	Neoplasias malignas de tiroides	X19	Masa/bulto mamario, en la mujer	Amig	Amígdala/s
R78	Bronquitis crónica	T72	Neoplasias benignas de tiroides	X20	Sig/sin bezones, en la mujer	Anom	Anomalía/s
R80	Oripie	T73	Otr neo endocrinas/ inespecíficas	X21	Otros sig/sin mama, en la mujer	Agres	Agresión/es
R81	Neumonía	T74	Conducto/quiste tiroideo	X22	Preocup apariencia mamas, mujer	Aten	Atención
R82	Derrame pleural/pleuritis	T75	Neoplasias malignas de tiroides	X23	Miedo ETS mujer	Alterac	Alteración/es
R83	Otras infecciones respiratorias	T76	Obesidad	X24	Miedo disfunción sexual, mujer	Aten	Atención
R84	Neo malign tráq/bronq/pulm/pleu	T77	Sobrepeso	X25	Miedo al cáncer genital femenino	Brong	Bronquio/s
R85	Otr neo malign aparato respiratorio	T78	Hipertiroidismo/tirotoxicosis	X26	Miedo cáncer mama, en la mujer	Conduc	Conducta
R86	Neo benign aparato respiratorio	T79	Hipotiroidismo/mixedema	X27	Miedo otr enf sexual mama, mujer	Comp.	Comportamiento
R87	Cuer extrañ nariz/faringe/ bronq	T80	Hipoglucemia	X28	Incap/min genital mamas, mujer	Coagén	Congénita/o/s
R88	Otr lesiones aparato respiratorio	T81	Diabetes insulínodpendiente	X29	Otr sig/sin genital mamas, mujer	Cuer	Cuerpo
R89	Anom congén apar respiratorio	T82	Diabetes no insulínodpendiente	X70	Sifilis, en la mujer	Depres	Depresiva/o/s/sión
R90	Hipert/infecc crónica amig/aden	T90	Diabetes no insulínodpendiente	X71	Concorrea, en la mujer	Diag	Diagnóstica/o/s
R92	Neo ineap aparato respiratorio	T91	Déficit vitamínico/nutricional	X72	Candidiasis genital, en la mujer	Disc	Discusión
R95	EPOC	T92	Otra	X73	Tricomoniasis genital, en la mujer	Endocr	Endocrino
R96	Mama	T93	Trastornos metabólico/líndico	X74	Enfermedad inflamatoria crónica	Eaven	Envenenamiento
R97	Rinitis alérgica	T99	Otr probl endocr/metab/nutri	X75	Neo malignas de cuello de útero	EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
R98	Síndrome de hiperventilación	<b>Apar Urinario U</b>				EPS	Educación para la salud/sanitaria
R99	Otr enf aparato respiratorio	U01	Disuria/micción dolorosa	X76	Neo malign mama, en la mujer	Estreptoc	Estreptocóico
<b>CÓDIGOS DEL PROCESO</b>				U02	Micción imperiosa/frecuente	ETS	Enfermedad/es de transmisión sexual
<b>SIGNOS Y SÍNTOMAS</b>				U03	Incontinencia urinaria	Extr	Extremidad/es
<b>INFECCIONES</b>				U04	Otros problemas de la micción	Explor	Exploración
<b>NEOPLASIAS</b>				U05	Hematuria	Fam	Familia/r/s/los
<b>LESIONES</b>				U06	Otros sig/sin de la orina	Gen	General/es
<b>ANOMALÍAS CONGÉNITAS</b>				U07	Retención urinaria	Hem	Hemorragia
<b>OTROS DIAGNOSTICOS</b>				U13	Otros sig/sin de la vejiga urinaria	Incap	Incapacidad órgano
<b>Piel, Faneras S</b>				U14	Sig/sin del riñón	Incap	Incapacidad órgano
S01	Dolor/sensib anormal de la piel	U26	Miedo cáncer del aparato urinario	U27	Miedo otr enf aparato urinario	Incap	Incapacidad órgano
S02	Prurito	U28	Incap/min aparato urinario	U29	Otros sig/sin del aparato urinario	Incap	Incapacidad órgano
S03	Verrugas	U29	Otros sig/sin del aparato urinario	U70	Pielitis/pielonefritis	Incap	Incapacidad órgano
S04	Inflamación/masa localizada	U30	Lesiones del aparato urinario	U71	Castitis/otras infecc urinarias	Incap	Incapacidad órgano
S05	Inflamación/masas múltiples	U31	Anom congén aparato urinario	U72	Uretritis	Incap	Incapacidad órgano
S06	Eritema/rash localizado	U32	Neoplasias malignas de riñón	U75	Neoplasias malignas de riñón	Incap	Incapacidad órgano
S07	Eritema/rash generalizado	U33	Neo malignas de la vejiga urinaria	U76	Neo malignas de la vejiga urinaria	Incap	Incapacidad órgano
S08	Cambios en el color de la piel	U34	Neo benignas del aparato urinario	U77	Otras neo malign aparato urinario	Incap	Incapacidad órgano
S09	dedo de la mano/del pie infectado	U35	Neo NE del aparato urinario	U78	Neo malignas del aparato urinario	Incap	Incapacidad órgano
S10	Forúnculo/átrax	U36	Lesiones del aparato urinario	U79	Neo NE del aparato urinario	Incap	Incapacidad órgano
S11	Infecc dermatológica postrauma	U37	Neoplasias malignas de riñón	U80	Lesiones del aparato urinario	Incap	Incapacidad órgano
S12	Picadura de insecto	U38	Neo malignas de la vejiga urinaria	U81	Anom congén aparato urinario	Incap	Incapacidad órgano
S13	Mordedura humana/animales	U39	Otras infecciones urinarias	U82	Neftosis/glomerulonefritis	Incap	Incapacidad órgano
S14	Quemadura/escaldadura	U40	Album/proteinuria ortostática	U83	Cálculos urinarios	Incap	Incapacidad órgano
S15	Cuerpo extraño en la piel	U41	Cálculos urinarios	U84	Análisis anormales de orina NE	Incap	Incapacidad órgano
S16	Contusión/maquilladura	U42	Otr probl/enfermedades urinarias	U43	Otr probl/enfermedades urinarias	Incap	Incapacidad órgano
S17	Abrasión/ampollas/arañazos	<b>Plan Fam, Emb, Parto, Puerperio W</b>				Incap	Incapacidad órgano
S18	Laceración/herida lacia	W01	Cuestiones acerca del embarazo	W02	Miedo a estar embarazada	Incap	Incapacidad órgano
S19	Otras lesiones de la piel	W03	Miedo a una ETS, en el varón	W04	Miedo a una ETS, en el varón	Incap	Incapacidad órgano
S20	Callos/callosidades	W04	Miedo a una ETS, en el varón	W05	Miedo cáncer apar genital varón	Incap	Incapacidad órgano
S21	Sig/sin de la textura e cutánea	W05	Vértigo/mareos del embarazo	W06	Miedo otr enf apar genital varón	Incap	Incapacidad órgano
S22	Sig/sin de las uñas	W06	Miedo complicaciones embarazo	W07	Incap/min apar genital masculino	Incap	Incapacidad órgano
S23	Calvicie/caída del pelo	W07	Contracepción postcoital	W08	Otr sig/sin apar genital, varón	Incap	Incapacidad órgano
S24	Otros sig/sin pelo/cabeñera	W08	Contracepción oral, en la mujer	W09	Otr sig/sin función sexual, varón	Incap	Incapacidad órgano
S26	Miedo al cáncer de piel	W09	Contracepción intrauterina	W10	Infertilidad masculina	Incap	Incapacidad órgano
S27	Miedo otr enfermedades de la piel	W10	Esterilización/plani fam mujer	W11	Otr métodos plan fam masculina	Incap	Incapacidad órgano
S28	Incap/min de la piel/faneras	W11	Otr métodos contracepción mujer	W12	Sig/sin mama, en el varón	Incap	Incapacidad órgano
S29	Otros sig/sin de la piel y faneras	W12	Infertilidad femenina	W13	Miedo a disfunción sexual, varón	Incap	Incapacidad órgano
S30	Herpes zoster	W13	Hemorragia posparto	W14	Miedo a una ETS, en el varón	Incap	Incapacidad órgano
S31	Herpes simple	W14	Otros sig/sin del posparto	W15	Miedo cáncer apar genital varón	Incap	Incapacidad órgano
S72	Sarna y otras acaridiasis	W15	Sig/sin de la mama/lactancia	W16	Miedo otr enf apar genital varón	Incap	Incapacidad órgano
S73	Pediculosis otr infestaciones piel	W16	Preocup apariencia embarazo	W17	Incap/min apar genital masculino	Incap	Incapacidad órgano
S74	Dermatomycosis	W17	Miedo complicaciones embarazo	W18	Otr sig/sin apar genital, varón	Incap	Incapacidad órgano
S75	Candidiasis/moniliasis de la piel	W18	Incap/min emb/parto/puerperio	W19	Otr sig/sin apar genital, varón	Incap	Incapacidad órgano
S76	Otras infecciones de la piel	W19	Infección/sepsis puerperal	W20	Sifilis, en el varón	Incap	Incapacidad órgano
		W20	Otr enf infecc emb/parto/puerp	W21	Concorrea, en el varón	Incap	Incapacidad órgano
		W21	Neo mallo conexión embarazo	W22	Herpes genital, en el varón	Incap	Incapacidad órgano
		W22		W23	Prostatitis/veliculitis seminal	Incap	Incapacidad órgano
		W23		W24	Orquitis/epididimitis	Incap	Incapacidad órgano
		W24		W25	Balanitis	Incap	Incapacidad órgano
		W25		W26	Condiloma acuminado, varón	Incap	Incapacidad órgano
		W26		W27	Neoplasias malignas de próstata	Incap	Incapacidad órgano
		W27		W28	Otr neo malign mama genital varón	Incap	Incapacidad órgano
		W28		W29	Neo benign ineap mama genital var	Incap	Incapacidad órgano
		W29		W30	Lesiones apar genital masculino	Incap	Incapacidad órgano
		W30		W31	Fimosis/prepucio excesivo	Incap	Incapacidad órgano
		W31		W32	Hipospadias	Incap	Incapacidad órgano
		W32		W33	Testículo no descendido	Incap	Incapacidad órgano

Figura No 8 Diagnósticos más frecuentes utilizados en la prehospitalaria

Fuente: Pineida (2015)

DIAGNOSTICOS PREHOSPITALARIOS MAS FRECUENTES			
Tipo de evento	DIAGNOSTICOS	CIE-10	
	<b>Cabeza</b>	Traumatismo superficial en cuero cabelludo	S000
		Traumatismo superficial en cabeza	S009
		Herida en cuero cabelludo	S010
		Herida del parpado y de la región periocular	S011
		Heridas múltiples en cabeza	S017
		Traumatismo intercraneal no especificado	S069
		Fractura de huesos propios de nariz	S022
	<b>Cuello</b>	Traumatismo superficial múltiple de cuello	S107
		Herida de cuello parte no especificada	S119
	<b>Tórax</b>	Contusión del tórax	S202
		Herida en pared posterior de tórax	S212
		Herida en pared anterior de tórax	S211
		Traumatismos superficiales múltiple del tórax	S207
	<b>Abdomen</b>	Herida en pared abdominal	S311
		Abdomen agudo	R100
	<b>Pelvis</b>	Contusión en cadera	S700
		Herida de cadera	S710
	<b>Columna</b>	Contusión en región lumbosacra y de la pelvis	S300
		Traumatismo superficial del abdomen de la región lumbosacra	S309
		Dolor en columna dorsal	M546
		Traumatismo superficial múltiple, no especificado	T009
		Traumatismo superficial de la región no especificada del cuello	T140
		Esguince y torceduras de la columna cervical	S134
	<b>Extremidades superiores</b>	Traumatismo superficial del antebrazo, no especificado	S509
		Herida de antebrazo parte no especificada	S519
		Contusión de hombro y brazo	S400
		Heridas múltiples de hombro y brazo	S417
		Heridas de los dedos de la mano sin daño de uña	S610
		Fractura de epífisis inferior de radio	S025
	<b>Extremidades inferiores</b>	Luxación de rodilla	S831
		Traumatismo estructuras múltiples de rodilla	S837
		Fractura múltiple de pierna	S827
		Heridas de otras partes de la pierna	S818
Traumatismos superficiales múltiples de la pierna		S807	
Esguinces y torceduras del tobillo		S934	

Figura No 9 Diagnósticos prehospitalario más frecuente

Fuente: Hospital Carlos Andrade Marín (2020)

CLINICO	Neurológico	Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico	I64
		otras epilepsias	G408
		Epilepsia, tipo no especificada	G409
	Respiratorio	Paro respiratorio	R092
		Insuficiencia respiratoria, no especificada	J969
		Neumonía, no especificada	J189
	Circulatorio	Hipertensión esencial	I10
		Paro cardiaco, no especificado	I469
		Dolor precordial	R072
		Dolor en pecho, no especificado	R074
	Gastrointestinal	Otras intoxicaciones alimenticias debido a bacterias, no especificadas	A058
		Gastritis, no especificada	K297
		Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis	K801
	Metabólico	Hiperglicemia, no especificada	R739
		Malestar y fatiga	R53
		Otros trastornos del equilibrio de electrolitos y líquidos	E878
Hipoglicemia, no especificada		E162	
GINECOLOGICOS	Aborto espontaneo completo no especificado, sin complicaciones	O039	
	Sepsis puerperal	O85	
	Producto único nacido fuera del hospital	Z381	
	Trabajo de parto sin otra especificación	O479	
Psiquiátricos	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol, intoxicación aguda	F100	
Intoxicaciones	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados en viviendas.	X640	
Otros	Atención medica no especificada.	Z519	

Fuente: Hospital Carlos Andrade Marín (2020)

## 2.5. Protocolos de la atención de Salud Pública del Ecuador



Figura No 10 Protocolos de atención prehospitalaria

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2015)

*Coordinación editorial:* Lourdes Camacho Zambrano.

*Diseño y diagramación:* Andrés S. Changoluiza.

*Revisión de textos:* Andrés Landázuri.

*Impresión:*

Impreso en Quito, octubre 2011

AUTORES:

Dr. David Chiriboga Allnutt

Ministro de Salud Pública

Dr. Nicolás Jara Orellana

Subsecretario General de Salud

Dra. Angélica Andrade Jana

Subsecretaria para la Extensión de la Protección Social en Salud

Dra. Fátima Franco Game

Subsecretaria Región Costa Insular

Dr. Juan Martín Moreira Viteri

Director General de Salud

La realización de protocolos de atención prehospitalaria realizada en el 2011, por el Ministerio de Salud Pública establece en primer lugar un manejo de las principales emergencias con alto riesgo de mortalidad para los pacientes, según protocolos internacionales y nacionales, en segundo lugar, los diagnósticos codificados según las patologías especificadas en el sistema CIE-10.

Se coloca de forma precisa las citaciones de dicho protocolo para conservar la autoría de este.

Objetivos mencionados

*“El objetivo del servicio prehospitalario es que durante el transporte se presente una serie de actividades médicas de reanimación y soporte, con lo cual se logra mejorar estado en el ingreso del hospital, su sobrevivencia frente a lo que ocasionó el evento adverso, y su posterior traslado a la unidad de salud adecuada para recibir tratamiento, considerando la gravedad de la patología” (Ministerio de Salud Pública, 2015).*

La ideología de la atención prehospitalaria se resume en:

*“Transportar al paciente adecuado al lugar adecuado en el tiempo adecuado” (Ministerio de Salud Pública, 2015).*

*“Dando cumplimiento al propósito de brindar atención de salud y mejorar la calidad y la eficiencia en la respuesta ante una emergencia médica de parte de todos quienes realizan atención prehospitalaria”(Protocolos De Atención Prehospitalaria Para Emergencias Médicas, 2011)(p.8)*

*“Se pone a disposición de los equipos encargados el presente documento de Protocolos de Atención Prehospitalaria para Emergencias Médicas, el mismo que refleja el trabajo de un equipo de profesionales de las instituciones que componen el Sistema de Emergencias Médicas” (Ministerio de Salud Pública, 2015).*

Tabla 5 Transporte y registro

<b>TRANSPORTE Y REGISTRO</b>	
Llene completamente la H.C.U. 002 del MSP	
Datos generales	
Interrogatorio simple dirigido (datos aportados por familiares y testigos)	Examen físico y diagnóstico presuntivo de acuerdo con el CIE10 o al CIAP-2 de este manual de protocolos
A.M.P.L.I.A: Alergias, medicamentos habituales utilizados, patología previa y embarazo	Signos vitales (escena, transporte y entrega)
Libaciones	Tipo de trauma
Ingestas	Emergencia gineco-obstétrica (si amerita)
Ambiente y eventos relacionados con la patología	Entrega del paciente y los campos de la parte posterior, según amerite.
	Consentimiento informado o descargo de responsabilidades con firma de responsabilidad del paciente o del familiar.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2015)

A continuación, se nombra los diagnósticos que constan en el protocolo según sistema CIE-10 y sistema CIAP-2

Tabla 6 Diagnóstico

Código codificado CIE 10	Codificación CIAP-2
T17 Cuerpo extraño en la vía respiratoria	R87 cuerpo extraño en nariz/laringe/bronquio

**Código Codificación CIE 10**

R57.0 Choque cardiogénico

R57.1 Choque hipovolémico

R57.8 Otras formas de choque

T-78 Choque anafiláctico

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Tabla 7 Codificación CIE-10

Código	Codificación CIE 10	Código	Codificación CIE 10
R072	Dolor precordial	I20	Angina de pecho
R074	Dolor en el pecho no especificado	I20.0	Angina inestable
I21	Infarto agudo de miocardio	K22	Otras enfermedades del esófago
I26	Trombo-embolismo pulmonar	K27	Úlcera péptica, sitio sin especificar
I30	Pericarditis	J93.9	Neumotórax, no especificado
I33	Endocarditis aguda y subaguda	G58.0	Neuropatía intercostal
I34.1	Prolapso de la válvula mitral	K20	Esofagitis
I71	Aneurisma y disección aórtica		

Código	Codificación CIE 10	Código	Codificación CIAP 2
I20	Angina de pecho	I75	Infarto agudo de miocardio
I20.0	Angina inestable	K74	Izquemia cardiaca con angina
I21	Infarto agudo de miocardio		

Código	Codificación CIE 10	Código	Codificación CIAP 2
I10	Hipertensión esencial (primaria)	K85	Elevación de la presión arterial
I11	Enfermedad cardiaca hipertensiva	K87	Hipertensión con lesión de órgano diana
I15	Hipertensión secundaria		

Código	Codificación CIE 10	Código	Codificación CIAP 2
I47	Taquicardia paroxística	K79	Taquicardia paroxística
I47.1	Taquicardia supraventricular	K80	Arritmia cardiaca
I47.2	Taquicardia ventricular		
I49	Otras arritmias cardiacas		
I49.0	Fibrilación ventricular y palpitos		
I49.9	Arritmia cardiaca sin especificar		

Código	Codificación CIE 10	Código	Codificación CIAP 2
I149.9	Arritmia cardiaca sin especificar	K80	Arritmia cardiaca NE
149.8	Otras arritmias cardiacas especificadas		
149	Otras arritmias cardiacas		

Código	Codificación CIE 10	Código	Codificación CIAP 2
J80	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto	R02	Fatiga respiratoria / disnea
J81	Edema pulmonar		
J45	Asma		
J93	Neumotórax		
J96	Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte		

Código	Codificación CIE 10	Código	Codificación CIAP 2
J46	Estado asmático	R96	Asma

Código	Codificación CIE 10
S14	Trauma raquimedular
S14.6	Traumatismo de otros nervios y de los no especificados del cuello

Código	Codificación CIE 10
S10	Traumatismo superficial de cuello
S11	Herida de cuello
S16	Contusión / magulladora

Código	Codificación CIE 10	Código	Codificación CIE10
S20	Traumatismo superficial del tórax	S270	Neumotórax traumático
S21	Herida del tórax	S271	Hemotórax traumático
S223	Fractura de costilla	S272	Hemo neumotórax traumático
S224	Fracturas múltiples de costillas	S297	Traumatismos múltiples de tórax
S228	Fracturas de otras partes del tórax óseo		

Código	Codificación CIE 10	Código	Codificación CIE10
S36	Traumatismo de los órganos intra-abdominales	D91	Otras hernias abdominales
K45	Otras heridas de la cavidad abdominal		
S31	Herida del abdomen, de la región lumbo-sacra y de la pelvis		
S30	Traumatismo superficial del abdomen, de la región lumbo-sacra y de la pelvis		
J96	Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte		

Código	Codificación CIE 10	Código	Codificación CIE10
S01	Herida de la cabeza / cuero cabelludo	S31	Herida del abdomen, de la región lumbo-sacra y de la pelvis
S01.1	Herida del párpado y región periocular	S41	Herida del hombro y del brazo
S01.2	Herida de la nariz	S51	Herida del antebrazo y del codo
S01.3	Herida del oído	S61	Herida de la muñeca y de la mano

S01.4	Herida de la mejilla y región temporo-mandibular	S71	Herida de la cadera y del muslo
S01.5	Herida del labio y de la cavidad bucal	S81	Herida de la pierna
S01.7	Heridas múltiples de la cabeza	S81	Herida de la pierna
S11	Herida del cuello	S91	Herida del tobillo y del pie
S21	Herida del tórax	T01	Heridas que afectan múltiples regiones del cuerpo

Código	Codificación CIE 10	Código	Codificación CIAP 2
R10	Dolor abdominal agudo	D01	Dolor abdominal con retortijones
R10.0	Abdomen agudo	D02	Dolor de estómago / epigástrico
R10.1	Dolor abdominal localizado en parte superior	D06	Otros dolores de abdomen localizados
R10.2	Dolor pélvico y perineal		
R10-3	Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen		
R10.4	Otros dolores abdominales y los no especificados		

Código	Codificación CIE 10
T65	Efecto tóxico de otras sustancias y las no especificadas
T51	Efecto tóxico de alcohol
Y91	Evidencia del alcoholismo, determinado por el nivel de intoxicación
Y51.0	Efectos adversos de agentes anticolinesterasa
T60.0	Insecticidas organofosforados y carbamatos
T57.1	Fósforo y sus componentes
T53	Efecto tóxico de los derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos y aromáticos
X66	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores
X60	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos
X65	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por exposición al alcohol
X68	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por exposición a plaguicidas

Código	Codificación CIE 10
T68	Hipotermia
T33	Congelamiento superficial
T34	Congelamiento con necrosis tisular
T35	Congelamiento que afecta múltiples regiones del cuerpo y congelamiento no especificado
T69	Otros efectos de la reducción de la temperatura

Código	Codificación CIE 10
T63	Efecto tóxico del contacto con animales venenosos
B88.0	Picadura de ácaros

T14.0	Mordedura/picadura de araña no venenosa; mordedura/picadura de insecto no venenoso
T63.2	Mordedura de escorpión
T63.3	Mordedura/picadura de araña venenos
T63.4	Mordedura de artrópodo venenoso, mordedura de cienpiés, picadura de abeja, picadura de insecto ponzoñoso
T63.9	Picadura de insecto venenoso

Código	Codificación CIAP 2
S12	Picadura de insecto
S13	Mordedura humana / animal

Código	Codificación CIE 10
T63	Efecto tóxico del contacto con animales venenosos
T63.0	Efecto tóxico por contacto con veneno de serpiente

Código	Codificación CIE 10
T20	Quemadura y corrosión de la cabeza y del cuello
T21	Quemadura y corrosión del tronco
T22	Quemadura y corrosión del hombro y miembro superior, excepto muñeca y mano
T23	Quemadura y corrosión de la muñeca y de la mano
T24	Quemadura y corrosión de cadera y miembro inferior, excepto tobillo y pie
T25	Quemadura y corrosión de tobillo y del pie
T26	Quemadura y corrosión limitada al ojo y sus anexos
T27	Quemadura y corrosión de las vías respiratorias
T28	Quemadura y corrosión de otros órganos internos
T29	Quemaduras y corrosiones de múltiples regiones del cuerpo
T31	Quemaduras clasificadas según la extensión de la superficie del cuerpo afectada
T310	Quemaduras en menos del 10% del cuerpo

Código	Codificación CIE 10	Código	Codificación CIAP 2
R40	Somnolencia, estupor y coma	N29	Otros signos y síntomas neurológicos
R402	Coma no especificada	N99	Otras enfermedades neurológicas

Código	Codificación CIE 10	Código	Codificación CIAP 2
G40	Epilepsia	N07	Convulsiones / crisis convulsiva
G40.5	Síndromes epilépticos especiales	N08	Movimientos involuntarios anormales
G40.8	Otras epilepsias		
G41	Estado de mal epiléptico		

Código	Codificación CIE 10	Código	Codificación CIAP 2
R51	Cefalea	N01	Cefalea
G43	Migraña	N90	Cefalea en racimos / clúster
G44.1	Cefalea vascular, no clasificada en otra parte	N95	Cefalea tensional
G44.2	Cefalea debida a tensión		

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2015)

## 2.6. FLUJOGRAMA DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN QUITO:

El flujo de coordinación para la gestión administrativa y operativa de la atención prehospitalaria se distribuye de la siguiente manera.

Las ambulancias que brindan atención prehospitalaria se anclan a los distritos de salud, pero las coordinaciones zonales son las que se encargan de su operabilidad eso quiere decir que velaran por la coordinación y supervisión de la gestión del distrito.

Los distritos estarán a cargo de la gestión y provisión de los recursos como talento humano, medicamentos, dispositivos médicos, combustible, mantenimiento, todo esto para garantizar el funcionamiento de la ambulancia; además, de actividades de micro planificación y coordinación.

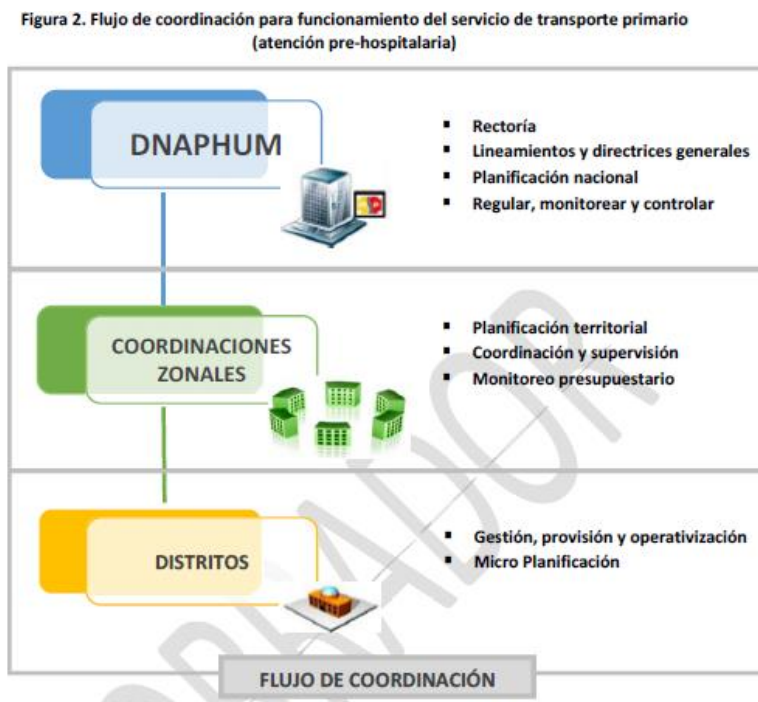


Figura No 11 (MODELO DE GESTION, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO) MSP

### Modelo de gestión de la Atención de Emergencias en el distrito Metropolitano de Quito

Desde su creación el Sistema Integrado de Seguridad ECU 911, ha instaurado una respuesta inmediata e integral ante emergencias, coordinan la atención de los organismos de respuesta articulados en este caso para emergencias, dichas entidades involucradas son: Policía Nacional, Fuerzas Armadas, Cuerpo de Bomberos, Comisión Nacional de Tránsito, Ministerio de

Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Secretaría de Gestión de Riesgos, Cruz Roja Ecuatoriana y otros organismos locales encargados de la atención de emergencias.

A continuación, el Modelo de Gestión



Figura No 12 Modelo de Gestión

Con respecto, al procedimiento de llamadas en consolas operativas, se procede en la atención de las alertas que recepta la institución. Particularmente, al recibir una alerta (sea por llamada a la línea única 911 o vía aplicativo por smartphone), el evaluador de operaciones de llamadas evalúa si procede o no para la atención como una emergencia. En el caso de que proceda, el evaluador llena una ficha especificando datos relacionados al informante, lugar de ocurrencia y tipo de emergencia, conforme un listado definido con las instituciones de Salud, Policía, Militar, Cuerpos de Bomberos, etc. En el caso de emergencias de salud, en el trimestre abril-junio 2020, se han coordinado 11.453 Consultas Médicas, 10.153 Eventos clínicos, 7.393 Problemas Respiratorios, 4.691 emergencias por Mal Estado General.

Con lo expuesto anteriormente, el Ministerio de Salud Pública, en colaboración con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Hospital Pablo Arturo Suárez, Federación Médica Ecuatoriana, Universidad Tecnológica Equinoccial, de la Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna, de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética, del CONASA y de la OPS/OMS, en el año 2005 y 2006, validan

la utilización de formularios, médicos, unificados con el objetivo de realizar monitoreos, evaluaciones de las actividades de salud que se evidencia en la práctica clínica, permitiendo asegurar estándares de calidad en la atención médica, mejorar el diagnóstico, ajustar el uso de exámenes complementarios, favorecer la investigación, con el propósito de disminuir la morbimortalidad, mejorar la relación costo-beneficio, optimizar los recursos humanos y materiales existentes en las unidades y mejorar el acceso y la calidad de atención. Por todo lo mencionado con anterioridad se concluye que este documento que registra la experiencia médica con el paciente, utilizando incluso para posteriores procesos médicos legales.

En el Expediente Único para la Historia Clínica publicado por el Ministerio de Salud Pública, en el año 2006, menciona como base legal lo siguiente "El actual proceso de revisión conceptual y de los formularios de la historia clínica única, se fundamenta en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, artículo 11, literal d; y, artículo 27, publicada en registro oficial No.670 (septiembre, 2002); y en los artículos 77, 78 y 79, y en la disposición transitoria cuarta del Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema de Salud, publicado en el Registro Oficial No. 9 del 28 de enero del 2003". Por tal motivo es necesario un llenado adecuado de este tipo de documento.

## **2.7 Epidemiología en los sistemas prehospitalarios**

Se ha tomado algunos estudios internacionales como referencia, en los cuales se observa la inexistencia a nivel mundial de una base de datos epidemiológicos reales que permita avanzar en cambios que beneficie a la atención en este nivel de salud. Se describirán cortamente dichos estudios a continuación:

### **Base de datos de calidad para los servicios médicos de emergencia prehospitalaria (realizados en la ciudad de Dinamarca)**

Este estudio recalca el sistema de recolección de datos de calidad en la atención de emergencia para evaluar, monitorear y mejorar la calidad. La base de datos de calidad danés de servicios médicos de emergencia prehospitalaria (QEMS) es uno de los tres sub-bases de datos nacionales. Las otras dos bases de datos cubren las admisiones de emergencia y trauma. El objetivo de los QEMS es evaluar, monitorear y mejorar la calidad de los servicios médicos de emergencia prehospitalaria atención (EMS) en toda la vía paciente y actúa como base para la investigación clínica y de servicios de salud.

Hay pocos indicadores de calidad y normas basadas en la evidencia de alto nivel, la mayoría de las normas se basan en las opiniones de un panel de expertos.

El mayor reto y dificultad en la atención de emergencia, especialmente en el ámbito prehospitalario, es que la gran mayoría de los pacientes presentan síntomas y no diagnósticos. Por lo tanto, la atención de EMS ha de ser iniciado y entregado sobre la base de los síntomas con un conocimiento limitado acerca de la condición objetiva del paciente y su historia médica.

Se definieron nueve indicadores de calidad y las siguientes variables: las marcas de tiempo para llamadas de emergencia recibidos en uno de los centros de coordinación médica de cinco emergencias regionales, el envío de la unidad prehospitalaria (s), la llegada de la primera unidad prehospitalaria, la llegada de la primera suplementario prehospitalaria unidad, y la misión terminación. Por último, el nivel profesional y el tipo del recurso prehospitalaria enviados a un incidente y el estado final de la misión (misión completada por teléfono, en la escena, o ingreso en el hospital) están registrados.

El país de Dinamarca realiza este tipo de base de datos para la construcción de estudios que demuestren la mejor atención de los pacientes. Con resultados verdaderos y no solo en consenso de expertos (Christensen & Berlac, 2016).

### **El Consorcio de Resultados de Reanimación Epistry-Trauma: Diseño, desarrollo e implementación de un registro de trauma Prehospitalario epidemiológico de América del Norte**

El siguiente estudio de basa en las lesiones moderadas a graves que presentan los pacientes prehospitalarios, considerando que esto representa una carga a nivel de economía social y afectación en la morbimortalidad en general.

Mencionan sobre la poca evidencia de datos epidemiológicos existentes en este nivel de atención “ La información basada en los resultados para guiar la atención futura de los sistemas de servicios de la Emergencia, se ha visto obstaculizada por La falta de recursos de datos prehospitalarios integrales, estandarizados y multicéntricos que incluyan resultados significativos para los pacientes. ”

También nos indica, los datos son obtenidos por información recolectada cuando el paciente ingresa a un hospital, y que no se toma en cuenta los pacientes que fallecen en la escena o que por las lesiones menores presentadas son enviados a domicilio desde la ambulancia. Los registros de trauma se han utilizado para cuantificar por el impacto, los procesos y la atención al paciente brindados en los sistemas de trauma organizados, tales fuentes de antecedentes por lo general identifican a los pacientes utilizando criterios basados en el hospital (por ejemplo, gravedad de la lesión, ingreso hospitalario), lo que puede introducir un sesgo de selección significativo. “ impidiendo así posibles mejoras en la atención prehospitalaria.

El objetivo de la creación de este tipo de base de datos es permitir que exista la posibilidad de realizar estudios de cohorte en la prehospitalaria. Incluso mencionan lo siguiente.

“La información recopilada en ROC Epistry-Trauma proporcionará información importante sobre la definición de las mejores prácticas prehospitalarias, facilitando los esfuerzos de salud pública para la prevención de lesiones y mejorando los esfuerzos de mejora de la calidad del EMS, educación y capacitación. ” (Newgard & Sears, 2016).

### **La gestión médica prehospitalaria reduce mortalidad en traumatismos cerrados graves: un estudio epidemiológico prospectivo.**

**Porque este estudio pone interés en el traumatismo cerrado grave:** “ Según la Organización Mundial de la Salud, las lesiones son la principal causa de muerte de personas menores de 45 años. En Europa, casi 800,000 personas mueren por lesiones cada año. ”

El estudio diferencia el sistema de atención, por un equipo especializado de emergencia (incluye médico, enfermera) junto el tratamiento avanzado para trauma cerrado en la prehospitalaria, versus la atención de primeros auxilios brindada por el equipo de bomberos en la ciudad de Francia, para valorar la posterior sobrevida de los pacientes a los 30 días y 72 días luego de ser ingresos en las áreas de cuidados intensivos de los hospitales universitarios.

Para obtener los datos los médicos intensivistas se basaron en la clínica inicial de los pacientes, comparando el estado de Glasgow, la estabilidad o inestabilidad hemodinámica, y la actuación por parte del personal que atendió inicialmente los pacientes, concluyendo con lo siguiente:

Es un estudio epidemiológico diseñado para describir prospectivamente el manejo y la atención del trauma cerrado severo en Francia.

El tratamiento médico prehospitalario se asocia con una reducción significativa de la mortalidad a los 30 días. (OR: 0.55, IC 95%: 0.32 a 0.94, P = 0.03). Pero no se evidencia una reducción estadísticamente significada a los 72 días. A pesar de un mayor tiempo fuera del hospital, la organización SAMU / SMUR mejora las demoras en la admisión al hospital universitario (centro de trauma nivel 1), lo que tiene un impacto positivo en la supervivencia. (O: 0.62, IC 95%: 0.62 a 1.10, P = 0.1) (Yeguiayan & Garrigue, 2015).

Los resultados de este estudio, debe apoyarse con estudios adicionales que apoyen los mismos, esto debido que existen estudios que demuestran que la atención intensiva prehospitalaria incrementa la mortalidad del paciente.

### **La epidemiología y el resultado de la dificultad respiratoria prehospitalaria**

El objetivo del estudio fue caracterizar la epidemiología de la dificultad respiratoria prehospitalaria y los resultados posteriores del paciente.

Este fue un estudio de cohorte, retrospectivo, basados en la población de adultos que se vincularon con encuentros categorizados como dificultad respiratoria, que fueron transportados por EMS a cualquiera de los 16 hospitales entre 2002 y 2006. Describieron las características del paciente prehospitalario, las intervenciones y los diagnósticos del alta hospitalaria. (Utilizando los códigos ICD-9-CM). La asociación entre las variables prehospitalarias, definidas a priori, y el ingreso hospitalario se describieron mediante regresión logística multivariable.

Se definió pacientes con dificultad respiratoria, basado en la documentación inicial del proveedor prehospitalario. También fue documentado por personal de EMS una impresión diagnóstica para cada paciente con dificultad respiratoria: "Falta de aliento / hiperventilación", "asma", "Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) / enfisema", "Depresión respiratoria / paro respiratorio", u "Otro problema respiratorio" (Prekker & Feemster, 2016).

La dificultad respiratoria evidenciada en la prehospitalaria se asocia con una morbilidad y mortalidad sustanciales. Las características del paciente observadas en la prehospitalarias

pueden identificar a pacientes con una mayor probabilidad de requerir ingreso hospitalario. La realización de más investigaciones sobre los fenotipos de dificultad respiratoria prehospitalaria puede ayudar a recolectar información sobre las posibles terapias dirigidas o estadiajes y transporte más eficientes de estos pacientes.

### **Dolor agudo en el ámbito prehospitalario: un estudio basado en registros de 41.241 pacientes**

**En este estudio se puede observar lo siguiente:**

**El estudio se centra en que:** poco se sabe acerca de la frecuencia y las causas de dolor agudo en la población prehospitalaria, esto a pesar que el dolor agudo es un síntoma frecuente.

“El objetivo, es investigar la frecuencia del dolor moderado a severo en pacientes prehospitalarios y las causas subyacentes de acuerdo con los códigos de diagnóstico de hospitales primarios” (Friesgaard & Riddervold, 2018).

Se calificó al dolor por medio de dos escalas para la valoración de su intensidad, la primera escala numérica del dolor (NRS) mayor a 3 y la segunda la escala (escala de Likert mayor a 4). Correlacionaron diagnósticos en base al CIE 10 de las hojas de emergencia

#### **Conclusión**

En conclusión, el dolor moderado a intenso es un síntoma frecuente en el entorno prehospitalario, que involucra al menos al 28% de todos los pacientes agudos transportados en ambulancia y presente en casi todos los capítulos de la CIE-10. El más alto el número de pacientes con dolor moderado a intenso ocurrió dentro de las lesiones, Diagnósticos no específicos y enfermedades del sistema circulatorio. La mayor proporción de dolor moderado a intenso ocurre entre pacientes con enfermedades del sistema musculoesquelético, lesiones y enfermedades del sistema digestivo y genitourinario. Dada la frecuencia y la amplia gama de causas en términos de diagnósticos hospitalarios principales, se debe prestar más atención al manejo del dolor agudo

Con este estudio dejan varias cosas para buenos estudios, el uso de opioides como el fentanilo, como mejorar el tratamiento del dolor en la prehospitalaria, para disminuir la

morbilidad relacionados a los mismos, reducir los ingresos innecesarios a las unidades de salud.

## **2.8. Principales motivos de consulta que tiene el sistema prehospitalario**

### **Principios generales de atención en emergencias prehospitalarias**

1. Comprobar el contexto con la finalidad de brindar seguridad tanto al paciente como al personal prehospitalario.
2. Emplee equipo de seguridad y medidas de bioseguridad.
3. Evalúe los recursos necesarios para la atención del paciente.
4. verifique la respuesta del paciente.

La atención prehospitalaria se considera toda la asistencia brindada, directa o indirectamente, fuera del entorno hospitalario, utilizando los medios y métodos disponibles. Este tipo de asistencia puede variar desde un simple consejo u orientación médica hasta el envío de un vehículo de apoyo básico o avanzado al lugar del suceso donde se encuentran las personas traumatizadas, con el objetivo de mantener la vida y minimizar las secuelas. El sistema se divide en servicios móviles y fijos. El prehospitalario móvil, tiene la misión de brindar asistencia inmediata a las víctimas que son derivadas a atención prehospitalaria fija o atención hospitalaria (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Luego de que en los acuerdos ministeriales consideran a la atención prehospitalaria parte de una atención médica, sujeta a cumplir con estándares de calidad para mejora de la atención a las personas, en esta área, se presenció un crecimiento importante y al mismo tiempo una evolución con el contexto de la atención en el paciente, pasando de traslado del paciente, a una atención de profesionales, los cuales actúan en escena tratando de forma inicial las diferentes entidades patológicas que se presenta un ámbito inaudito como lo es el área extrahospitalaria, posterior a lo cual se realizara un transporte a una unidad de mayor complejidad, con todo esto se ha logrado mejorar la sobrevida tanto en mortalidad como en morbilidad de los paciente que ingresan a las casas de salud.

El servicio prehospitalario, en cualquiera de sus formas, se basa en el hecho de que, dependiendo del apoyo inmediato ofrecido a la víctima, las lesiones y traumas pueden tratarse sin causar secuelas significativas. Uno de los factores que interfiere en el pronóstico

de las víctimas de trauma es el tiempo que transcurre antes de que se pueda realizar el tratamiento definitivo. El Comité de Trauma del American College of Surgeons Souza y Ferreira (2018), en Estados Unidos, establece el tiempo de veinte minutos como máximo intervalo ideal para realizar los primeros procedimientos, en casos severos (Whitaker & Gutiérrez, 2015). La necesidad de una atención rápida se debe a que las primeras horas posteriores a un evento traumático han sido señaladas por varios autores, como el período con mayor tasa de mortalidad (Albuquerque, 2016). Los estudios de Champion et al. (2015) encontraron que, en general, entre las víctimas de trauma, más de la mitad no sobrevivió 24 horas.

En nuestro medio se ha intensificado las estrategias para lograr una mejor calidad en la atención teniendo como resultado una disminución en la de la mortalidad de las principales causas de atención en esta área.

### **Morbilidad en la Ciudad de Quito:**

En el 2016, se estimó 3.6 fallecidos por cada 1000 habitantes y de cada 10 personas 7 fallecieron por enfermedades no transmisibles, seguidas de causas externas y enfermedades transmisibles.

Desde el 1997 al 2016 se observa el incremento de las siguientes enfermedades:

- Isquémicas del corazón
- Diabetes mellitus
- Enfermedades hipertensivas
- Neoplasias malignas de estómago
- Accidentes de tránsito (presenta una disminución desde el tercer lugar al séptimo lugar en el 2016)

### **Morbilidad ambulatoria:**

Entre la morbilidad ambulatoria las patologías más conocidas en el Distrito Metropolitano de Quito son:

- Enfermedades transmisibles:
  - Digestivas

- Respiratorias
- Enfermedades no transmisibles:
  - Hipertensión esencial
  - Obesidad
  - Diabetes mellitus

A continuación, mencionamos las 10 principales causas de la atención prehospitalaria.

Tabla 12: Principales diagnósticos de morbilidad ambulatoria. DMQ, 2016

CODIGO	CAUSAS DE MORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	98.695	7,7
B829	Parasitosis intestinal sin otra especificación	53.014	4,1
J029	Faringitis aguda no especificada	51.870	4,1
N760	Vaginitis aguda	38.038	3,0
J039	Amigdalitis aguda no especificada	36.555	2,9
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	32.622	2,6
N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	30.663	2,4
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	29.251	2,3
E669	Obesidad no especificada	16.517	1,3
D509	Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación	15.222	1,2
N72X	Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	14.520	1,1
E660	Obesidad debida a exceso de caloría	14.250	1,1
J030	Amigdalitis estreptocócica	13.903	1,1
K297	Gastritis no especificada	12.824	1,0
M545	Lumbago no especificado	12.611	1,0
R51X	Cefalea	11.017	1,0

N300	Cistitis aguda	10.942	0,9
B373	Candidiasis de la vulva y de la vagina	9.845	0,9
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	9.089	0,8
J304	Rinitis alérgica no especificada	8.736	0,7
J209	Bronquitis aguda no especificada	7.906	0,7
E441	Desnutrición proteico-calórica leve	7.568	0,6
M792	Neuralgia y neuritis no especificada	7.030	0,6
K30X	Dispepsia	6.832	0,5
J069	Infección aguda de las vías respiratorias superiores no especificada		0,5
	Demás enfermedades	716.955	56
	Total	1.279.159	100

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias, 2016

Se mencionará algunas patologías frecuentes vistas en la atención prehospitalaria como atención de estas.

### **Manejo del paciente con dolor a nivel prehospitalario**

El dolor es una manifestación fisiológica, emocional y conductual del organismo ante estímulos neurológicos, tisulares reales o potenciales.

De acuerdo el tipo de dolor que se detecte en la prehospitalaria, sea este agudo o crónico, por las patologías que las provoca o las diferentes circunstancias que se vive extrahospitalariamente, si se enfoca en un tratamiento adecuado, se puede conseguir un mejor control del dolor, disminuyendo de forma efectiva la sobrecarga innecesaria de las instituciones de salud, con motivos de consultas por dolor que se pueden resolver en la escena misma de atención, para ese tipo de resultados, se necesita que el personal que se encuentre atendiendo en esta área, posea experiencia en la clínica, sintomatología e identificación de los diferentes dolores, como la experticia del uso de medicación analgesia según su grado y

por ende el tipo de ambulancia que atienda la emergencia y como esta se encuentra equipada. (Schweitzer, 2016).

### **Manejo de dificultad respiratoria y su codificación**

De acuerdo con la (OMS, 2017, pág. 10) las enfermedades respiratorias representan uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial, donde cientos de millones de personas de todas las edades sufren de estas enfermedades de estas más de 500 millones viven en países en desarrollo, aumentando su prevalencia, particularmente entre niños y ancianos, como consecuencia se evidencia una afectación directa de la calidad de vida en las personas afectadas, produciendo un gran impacto económico y social. Siendo la enfermedad más frecuente y ocupando el quinto lugar a nivel mundial la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Una de las causas que necesitan atención médica lo constituyen la bronquitis y la neumonía, localizando la mayor incidencia en niños menores de 5 años y en los adultos mayores. La mortalidad de estas enfermedades respiratorias se encuentra entre un 5% a un 15% de los hospitalizados y alrededor de un 25% los ingresados en las unidades de cuidados intensivos (Díaz & Jiménez, 2018, pág. 22).

Los trastornos respiratorios son una causa frecuente de búsqueda de atención en las unidades de emergencia. E incluso se ha tratado de evidenciar este tipo de patología, desde la atención prehospitalaria al ser una condiciones que arriesgan la vida rápidamente, el personal paramédico debe tener condiciones para identificar tempranamente los cambios presentes y los riesgos potenciales e intervenir con prontitud, con el fin de proporcionar mejores resultados en la mortalidad del paciente, aquí nuevamente interviene la preparación de los profesionales, como el adecuado equipamiento de las ambulancias, llegando a disminuir el ingreso a servicios de terapia intensiva, por ende la mortalidad.

### **Manejo de trauma:**

La patología más estudiada en el ámbito prehospitalario es el trauma en general, con estudios que sustentan la importancia de la atención inicial para la mejoría de la sobrevivencia del paciente y disminución de la discapacidad que afectan principalmente la población joven (Alem, 2015).

Dependiendo de la gravedad del cuadro causado por el trauma, se puede disminuir el dolor involucrado en esta afectación o en casos de traumatismos superficiales o mínimos dar un tratamiento definitivo en el lugar de atención.

### **Manejo de síntomas respiratorios altos:**

Al igual que el dolor, este cuadro patológico es muy amplio, requiriendo un tratamiento inmediato con traslado a instituciones de salud, para un manejo más complejo, como un tratamiento que se convierte en ambulatorio, sin necesidad de llegar a un traslado hospitalario, siempre mencionando las posibles complicaciones de los cuadros que se puedan presentar.

### **Manejo síntomas digestivos**

Los síntomas digestivos deben ser relacionados en forma global y siempre en contexto de un posible cuadro quirúrgico, o de una patología que necesariamente debe ser manejada en un hospital o con la realización de exámenes que no se disponen en una ambulancia, sin embargo, como se mencionó con anterioridad, depende mucho el conocimiento adecuado de la clínica, el examen físico y la relación de las patologías, para evitar posibles errores en el diagnóstico inicial con el cual dependerá la decisión de un traslado o no de los pacientes.

### **Manejo alteración del estado de consciencia:**

En la prehospitalaria, la alteración del estado de consciencia es una entidad que necesita un gran interés, ya que involucra patológicas que afectan a la morbilidad y mortalidad de los problemas cerebrovasculares, entidades que por muchos años se ha demostrado que entre más rápida sea su atención o con la decisión del traslado a un nivel de atención adecuado a mejorado su desenlace final, llegando a mejorar el gran impacto social, económico y de salud de las personas, tanto ha sido el caso que se han creado estrategias para la atención prehospitalaria, cuando los profesionales se enfrentan a estas patologías se sin más datos que los clínicos se debe descartar, (ejemplo: escala de Cincinnati, antecedentes personales de relevancia), situaciones que suman a un diagnóstico presuntivo pero con mayor sensibilidad a posibles diagnósticos que pueden ser graves en los pacientes.

## CAPÍTULO III. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS

### 3.1. Historia

La estadística se crea como una necesidad de la humanidad para poder numerar, cuantificar, calcular o inventariar los objetos que se encontraban alrededor del ser humano. En el Ecuador la historia no fue diferente ya que al mismo tiempo que se evidenciaba un proyectado a un desarrollo económico y una formalización demográfica, en el denominado Censo de América; en el año 1938, en Ecuador se formaba la Dirección General de Estadísticas, durante el gobierno de Enríquez Gallo, siendo esta institución dependiente del Ministerio de Hacienda.

**En 2020:** Afianza su posicionamiento técnico, sobre la base de alianzas estratégicas con organismos nacionales e internacionales.

- **Misión**

*“Organizar, normar y valorar las informaciones estadísticas oficiales provenientes del Sistema Estadístico Nacional, mediante la planificación, ejecución y análisis de operaciones estadísticas oportunas y confiables, así como de la generación de estudios especializados que contribuyan a la toma de decisiones públicas y privadas de la planificación nacional” (INEC, 2020).*

- **Visión**

*“Ser un referente a nivel nacional e internacional por la calidad, oportunidad e innovación en la producción de información estadística, en la articulación de las entidades del Sistema Estadístico Nacional y en la generación de conocimiento a través de estudios especializados” (INEC, 2020).*

### Valores

**Responsabilidad.** - Calidad de cada individuo para el desarrollo y el bienestar de todos, respondiendo por sus acciones (INEC, 2020).

**Honestidad.** - Posición asociada a la verdad y transparencia entre lo que se piensa, se siente y se hace, reconociendo sus limitaciones o imposibilidad de hacer o cumplir con algo (INEC, 2020).

**Compromiso.** - Vínculo de lealtad, identificación y obligación para el cumplimiento de metas y objetivos propios y de otros (INEC, 2020).

**Equidad.** - Imparcialidad para reconocer su derecho y el de los demás (INEC, 2020).

**Respeto.** - Consideración y reconocimiento a la individualidad de la persona en la Interacción social (INEC, 2020).

**Lealtad.** - Virtud de fidelidad a una persona u organizaciones (INEC, 2020).

El Instituto de Estadísticas y Censos es el ente rector de la información generada para la estadística del país es el único reconocido a nivel internacional, incluido como representante ante la Organización Mundial de la Salud como vocero de las estadísticas epidemiológicas de salud de nuestro País.

Una muestra es el curso realizado por la OMS, junto con los representantes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para la formación de Instructores en codificación de información médica y establecimientos de los Centros Nacionales de Referencia, realizado en el año 2010. Dicho curso fue impartido a representantes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) con el propósito de fortalecer la Red Latinoamericana y del Caribe de los Sistemas de información de salud.

Los objetivos de este curso fueron:

Formar instructores en CIE-10 para países seleccionados, permitiendo que se formen codificadores en el uso adecuado de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).

Establecer las bases para la conformación de un Centro Nacional de Referencia que brinde asesoría capacitación y apoye el mejoramiento de la calidad y uso de la información.

Basándose en el objetivo de la epidemiología para controlar los problemas de la salud, generan la siguiente información:

Formula, ejecuta y evalúa planes y programas de salud, para mejorar el nivel de salud de las poblaciones.

Mejora el proceso de toma de decisiones clínicas.

A continuación, se describe de forma breve la estadística demografía del Ecuador y como se utiliza el sistema del CIE-10, en la estadística hospitalaria, recolectada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

En el primer caso es importante como ha ido cambiando la demografía de la población del Ecuador, mediante esto se ha logrado cambiar las necesidades a nivel de salud, educación, vivienda y servicios básicos.

### 3.1.1 Transformaciones en la estructura etaria

Según los últimos censos poblacionales realizados por el INEC, durante las últimas dos décadas se ha evidenciado una disminución en la población de 5 años, mientras que la población de 40 y más presenta un aumento de sobrevivencia por pertenecer a la generación sobreviviente con altos índices de natalidad.

**Gráfico 7. Pirámide Poblacional (1990, 2001, 2010).**

Fuente: Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador (INEC, 2010a). Elaboración: INEC (2010a).

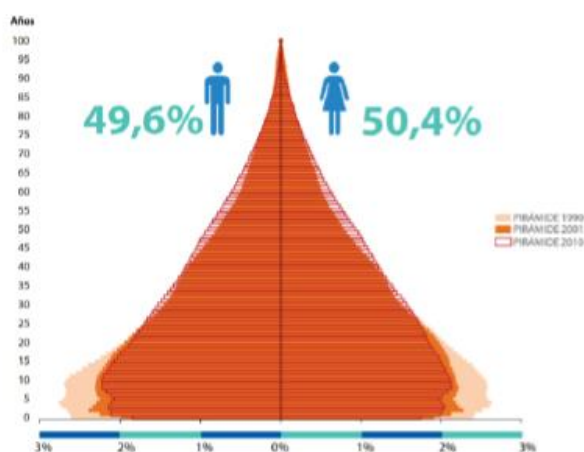


Figura  
No 13

Pirámide poblacional 1990, 2001, 2010

Fuente: INEC (2020)

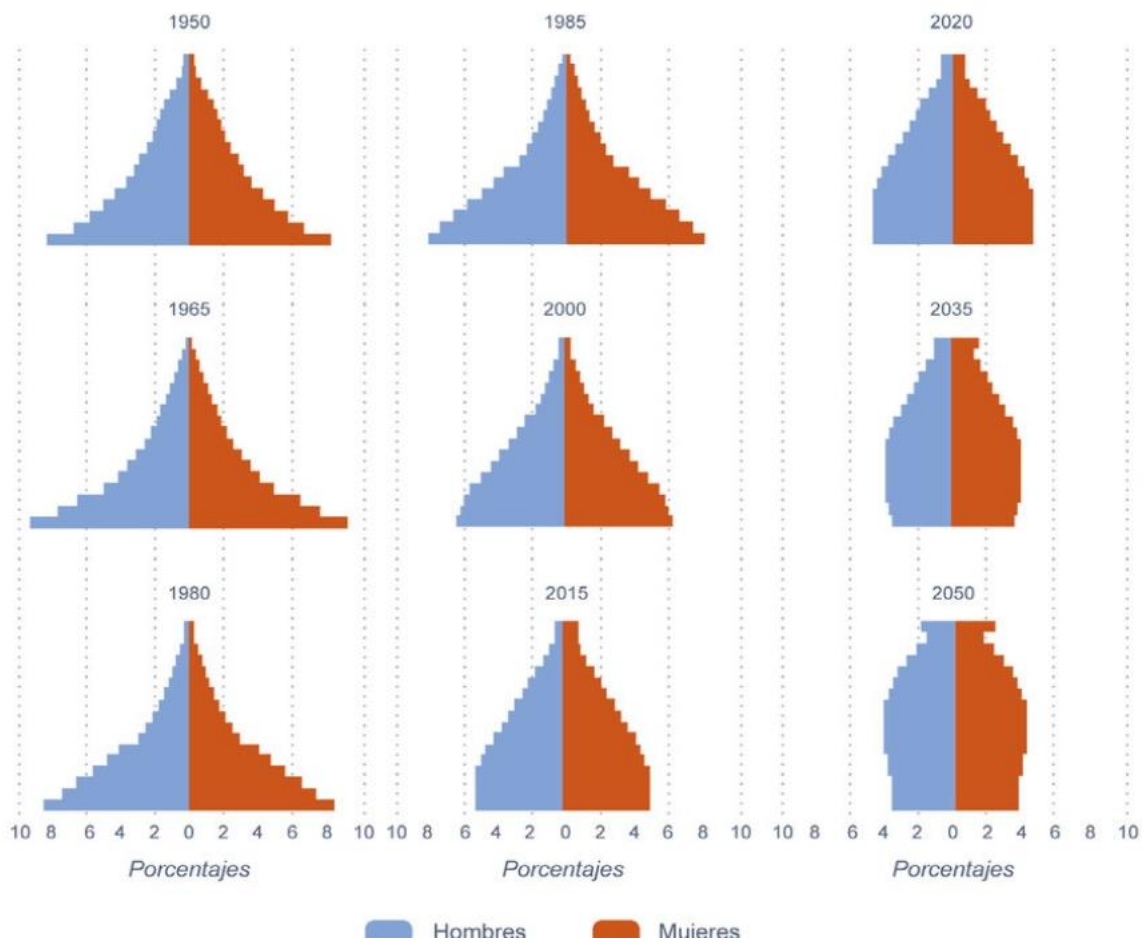


Figura No 14 Pirámide poblacional 1950 al 2050

Fuente: INEC (2020)

Porque se menciona este hecho demográfico en este estudio, la razón es que al igual que se evidencia un cambio de la población con respecto a la inversión de la pirámide demográfica, de la misma manera se debe, cambiar ciertas formas de atención tanto hospitalarias como intrahospitalarias, permitiendo satisfacer las necesidades actuales de las personas.

Aquí hablaremos sobre el segundo ejemplo de la estadística utilizada por el INEC, recolectar información suficiente en el ámbito hospitalario para tener un conocimiento de las diversas patologías más comunes que afecta a la población determinada según el sexo y la edad de las misma, con este tipo de información se ha logrado establecer, planes de mejora en el campo de salud, acorde a las necesidades que presenta la población a la cual están asignadas,

implementando tanto talento humano, como adquisiciones tecnológicas, todo esta información se logra gracias a que se cuenta con métodos de codificación alfanumérica que permite la recolección rápida, unificada de todos los centros de salud en los diferentes niveles de atención, es por esta razón que el Ministerio de Salud Pública de nuestro país obliga la utilización del Sistema de clasificación estadísticas internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10.

A continuación, las estadísticas reportadas por el INEC.

Registros estadísticos de camas y egresos hospitalarios.

Información recolectada de los diferentes niveles de atención médica, tanto de la Red pública integral de salud (RPIS) y red complementaria (RC), para la base de datos sobre la morbilidad hospitalaria y la disponibilidad de camas y la utilización de estas. Permitiendo obtener datos, que ayudan a la toma de decisiones para la gestión operativa y administrativa en este caso en el ámbito de salud.

Con respecto a las estadísticas prehospitatorias, no se encuentran datos formales, recolectados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, sobre las causas de morbilidad y mortalidad en esta área de atención. La información sobre accidentes de tránsito no se relaciona con los diagnósticos presuntivos en las hojas de atención, sino que se enfocan en las causas del siniestro, por la clase del siniestro, el tipo de vehículo que provocó el siniestro.

Tabla 8 Siniestros de tránsito según meses 2018

CLASE DE ACCIDENTE	TOTAL	MESES											
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
<b>TOTAL</b>	<b>25.530</b>	<b>2.060</b>	<b>1.975</b>	<b>2.129</b>	<b>2.130</b>	<b>2.077</b>	<b>2.089</b>	<b>2.167</b>	<b>2.119</b>	<b>2.143</b>	<b>2.238</b>	<b>2.054</b>	<b>2.349</b>
ATROPELLOS	4.288	367	340	339	383	362	351	328	379	371	387	311	370
CAIDA DE PASAJEROS	762	63	61	60	65	61	57	58	65	79	68	65	60
CHOQUES	11.629	923	905	982	935	930	986	1.002	954	980	1.031	911	1.090
ESTRELLAMIENTOS	3.417	249	287	291	278	270	260	285	271	272	302	307	345
ROZAMIENTOS	1.213	106	88	104	100	104	102	118	122	90	96	98	85
VOLCAMIENTOS	540	55	36	31	40	57	49	48	42	47	48	49	38
PERDIDA DE PISTA	2.977	248	218	228	257	234	225	266	239	244	254	251	313
OTROS	704	49	40	94	72	59	59	62	47	60	52	62	48

Fuente: INEC (2020)

Tabla 9 Siniestros de tránsito según meses 2018 por causas

CAUSA	TOTAL	MESES											
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
<b>TOTAL</b>	<b>25.530</b>	<b>2.060</b>	<b>1.975</b>	<b>2.129</b>	<b>2.130</b>	<b>2.077</b>	<b>2.089</b>	<b>2.167</b>	<b>2.119</b>	<b>2.143</b>	<b>2.238</b>	<b>2.054</b>	<b>2.349</b>
EMBRIAGUEZ O DROGA	1.913	144	122	162	161	169	147	157	142	146	152	169	242
MAL REBASAMIENTO INVADIR CARRIL	1.584	129	96	136	85	151	125	173	125	175	129	116	144
EXCESO DE VELOCIDAD	4.068	327	319	296	376	341	336	393	352	291	396	336	305

IMPERICIA E IMPRUDENCIA DEL CONDUCTOR	12.660	972	980	987	1.037	919	1.020	996	1.115	1.161	1.140	1.043	1.290
IMPRUDENCIA DEL PEATON	1.155	90	81	113	122	128	112	91	114	85	81	72	66
DANOS MECANICOS	284	17	27	29	25	17	21	25	18	14	37	29	25
NO RESPETA LAS SEÑALES DE TRANSITO	3.046	285	256	304	225	271	271	282	214	231	255	222	230
FACTORES CLIMATICOS	332	48	65	25	50	29	21	14	11	23	8	30	8
MAL ESTADO DE LA VIA	215	13	19	21	21	21	17	21	17	7	21	20	17
OTRAS CAUSAS	273	35	10	56	28	31	19	15	11	10	19	17	22

Fuente: INEC (2020)

Al igual que la estadística hospitalaria permite la mejora de la atención de salud, por el análisis según la población, la edad y las enfermedades más comunes. Se podría comenzar con la formación de base de datos que tengan características q similares a las hospitalarias, con el propósito de ofrecer mejoras en la atención de salud extrahospitalaria implementando tanto talento humano como equipamientos a nivel de los transportes utilizados en esta área, estas necesidades se direccionarían a las patologías las comunes encontradas en la atención prehospitalaria, que aumentan tanto la morbilidad como la mortalidad.

## **CAPÍTULO IV. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **4.1 JUSTIFICACIÓN**

La importancia de la realización de este trabajo radica en primer lugar, en la necesidad prioritaria de una base de datos epidemiológicos a nivel del ámbito prehospitalario, con el fin de mejorar la atención de esta, basados en las entidades patológicas y problemas de salud más frecuentes evidenciados en nuestra población y no solo extrapolando datos hospitalarios o a nivel de la escasa estadística prehospitalaria internacional.

Con este estudio podemos valorar de forma general la utilización del Sistema de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud (CIE-10), para determinar si su uso es el adecuado, si el conocimiento de este es el correcto o si este sistema deja dudas sobre las necesidades evidenciadas en la prehospitalaria.

Porque se decide enfocarse en el CIE-10, se ha visto que este sistema ha pasado por varias revisiones a lo largo de su creación, para ir modificándose acorde a las necesidades que se han presentado y así recolectar datos que posteriormente harán la base fundamental de la estadística en salud, se ha cambiado de datos exclusivos de mortalidad, a datos de morbilidad, de problemas relacionados a la salud, como es el ejemplo de motivos de admisiones, signos y síntomas, hallazgos anormales, quejas y circunstancias de tipo social, haciendo a este sistema el más completo para la codificación alfanumérica, de las diferentes situaciones de la salud. Con la correcta utilización del CIE-10 se ha podido crear datos estadísticos a nivel mundial que han permitido mejorar la calidad de atención sanitaria, reducir la mortalidad y morbilidad de ciertas patologías que se han identificado por medio de salas situacionales que han partido de datos obtenidos del CIE-10. Además, la Organización Mundial de la Salud, permite que se realice modificaciones justificadas de este Sistema, para su adaptación a las necesidades que presente el campo en el que se va a utilizar dicho sistema.

Actualmente aunque las diferentes instituciones encargadas de la Atención prehospitalaria en la ciudad de Quito, manejan estadísticas internas, no se ha hallado datos recolectados y

consolidados para la formación de una información estadística que se puedan exponer a nivel nacional o internacional, el motivo de esto es que el ente regulador oficial y reconocido a nivel de la Organización Mundial de Salud, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), no cuenta con los documentos o los datos epidemiológicos de la prehospitalaria, razón por la cual nuestro Sistema de estadísticas no tiene información real, actual de las atenciones prehospitalarias, por lo tanto no hay valoraciones o resultados de la atención realizada actualmente en el dicho campo.

Con este estudio se trata de dar el primer paso para tomar en cuenta lo necesario que es tener datos epidemiológicos en todos los campos de salud, incluido el campo de la atención prehospitalaria, hasta el momento no se ha logrado consolidar dicha información, sin embargo, tampoco sabemos los motivos de esto, tal vez una falta de conocimiento de la utilización del CIE-10 o la poca adaptación del sistema para abarcar la realidad de esta atención. Como se mencionó este estudio trata de lograr identificar los posibles problemas que tenga.

## **4.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **4.2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel de conocimientos y percepción sobre la utilidad, aplicabilidad y cumplimiento del sistema de clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10, en profesionales del ámbito prehospitalario de la ciudad de Quito?

## **4.3 OBJETIVOS**

### **4.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Establecer el nivel de conocimiento y de percepción sobre la utilidad, aplicabilidad y cumplimiento del sistema de clasificación internacional de enfermedades CIE-10, en profesionales del ámbito prehospitalario de la ciudad de Quito.

### **4.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar la influencia de la edad de los profesionales prehospitalarios en el nivel de conocimientos y aplicabilidad del CIE-10.
2. Describir la influencia del tipo de profesión sobre el nivel de conocimientos y percepción de la utilidad y aplicabilidad del CIE-10.
3. Relacionar el nivel de conocimiento y percepción sobre la utilidad, aplicabilidad y cumplimiento del propósito del CIE-10, con la institución en la que laboran los profesionales prehospitalarios.
4. Identificar el nivel de percepción de los profesionales prehospitalarios con respecto a la utilidad y aplicabilidad del CIE 10.
5. Reconocer el nivel de conocimiento sobre el sistema CIE-10 en los profesionales del área prehospitalaria.

### **4.4 HIPOTESIS**

El nivel de conocimiento y percepción sobre la utilidad, aplicabilidad y cumplimiento del sistema de codificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10, en los profesionales de la prehospitalaria, no es adecuado.

### **4.5 TIPO DE ESTUDIO**

La metodología que se empleó fue descriptiva y de corte transversal. Se analizó el nivel de conocimiento y de percepción sobre la utilidad, aplicabilidad y cumplimiento del sistema de clasificación internacional de enfermedades CIE-10, en profesionales del ámbito prehospitalario de la ciudad de Quito. A través de una encuesta estructurada.

A través de la investigación cuantitativa se generan datos numéricos o datos que se pueden transformar en estadísticas utilizables. La utilizamos para medir actitudes, opiniones, comportamientos y otras variables definidas, y generalizar los resultados de una muestra de



usual) o con relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador. 1,96

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador. 0,05

#### **4.7 CRITERIOS DE INCLUSION**

- Personal que labora en el ámbito prehospitalario: paramédicos, enfermeros, médicos.

#### **4.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Personal que labora en hospitales públicos o privados.
- Personal paramédico de instituciones privadas.
- Personal no relacionado al área prehospitalaria que trabaje en las instituciones que se realiza las encuestas.
- Personal paramédico que no acepte intervenir en el estudio, o que durante el mismo decida salir de este.

#### **4.9 CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES**

##### **Variable dependiente**

- Nivel de conocimiento y Percepción.

##### **Variable independiente**

- Utilidad, aplicabilidad y cumplimiento del Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.

#### 4.9.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo que ha vivido una persona (en años) en el momento de la participación en la investigación	18-30 31- 40 41-50 Más de 50	Medidas de tendencia central y de dispersión	Cuantitativa discreta
Profesión	Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que al ejercerla tiene derecho a recibir una remuneración o salario.	Paramédico/a Médico/a Otros.	1  2  3	Cualitativa ordinal
Institución	Organismo público o privado que ha sido fundado para desempeñar una determinada labor cultural, científica, política o social	Cruz roja Bomberos Otras Instituciones	1  2  3	Cualitativa ordinal
Frecuencia de capacitación constante	Número de veces que se realiza	Muy frecuente Frecuente Ocasionalmente	1 2 3	Cualitativa ordinal

del personal prehospitalario sobre CIE-10	capacitaciones en un determinado tiempo, para mejorar los conocimientos sobre el CIE-10	Rara vez Nunca	4 5	
Métodos de capacitación de personal prehospitalario sobre CIE-10	Conjunto de actividades cuyo propósito es mejorar el rendimiento presente o futuro del mismo, aumentando así, su capacidad a través de la mejora de conocimientos, habilidades y actitudes, en este caso sobre el CIE-10	Autoaprendizaje Capacitación institucional Otras formas de capacitación	1 2 3	Cualitativa ordinal
Nivel de percepción con respecto a la utilidad del CIE-10 en personal paramédico	Interpretación o comprensión con respecto a la utilidad del CIE-10 en el ámbito prehospitalario	Sin utilidad De poca utilidad Moderadamente útil Útil Muy útil	1 2 3 4 5	Cualitativa ordinal

Nivel de percepción con respecto a la aplicabilidad del CIE-10 en personal paramédico	Interpretación o comprensión con respecto a la aplicabilidad del CIE-10 en el ámbito prehospitalario	Sin aplicabilidad	1	Cualitativa ordinal
		De poca aplicabilidad	2	
		Moderadamente aplicable	3	
		Aplicable	4	
		Muy aplicable	5	
Nivel de percepción con respecto al cumplimiento de su propósito del CIE10 en personal paramédico	Interpretación o comprensión con respecto al cumplimiento del CIE10 en el ámbito prehospitalario	Sin cumplimiento del propósito	1	Cualitativa ordinal
		Cumplimiento parcial	2	
		Cumplimiento moderado	3	
		Cumple propósito	4	
Conocimiento del sistema CIE-10 por personal prehospitalario	Información adquirida a través de la educación, comprensión teórica o practica con relación al sistema	Varias preguntas sobre la forma de uso del CIE-10		Cualitativa ordinal

	CIE-10, en el ámbito prehospitalario.			
--	---------------------------------------	--	--	--

#### 4.10 RECOLECCION DE LA INFORMACION

Para la recolección de datos se elaboró una encuesta tipo Likert, enfocada a determinar datos demográficos específicos para este estudio y preguntas para la valoración del nivel de percepción y conocimiento del CIE-10 especificando tres datos, utilidad, aplicabilidad y cumplimiento del objetivo de dicho sistema.

En resumen:

- Técnica de investigación: encuesta.
  - Instrumentos para recolectar la información: cuestionario (solo vía online)
    - Mediante el siguiente enlace electrónico enviado a los representantes de cada institución Cruz Roja: Doctor Víctor Malquín; Cuerpo de Bomberos Señorita Arlén Guayasamín, por correo electrónico para la difusión de dicho cuestionario, <https://forms.gle/6TQky4EBqWYQyuZn6>, luego de contestada la encuesta, se envía nuevamente a la pagina del enlace, como encuesta contestada.
  - Fuente: personal prehospitalario

#### 4.11 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Las encuestas recolectadas se ingresarán en una base de datos los mismos que serán corridos en el programa estadístico SPSS ® Statistics versión 2.4.

Se realizará un análisis univariar, en función de las distintas variables, principalmente cualitativas, se describirán las frecuencias absolutas, relativas, las variables cualitativas

nominales y ordinales se las representará en forma de diagrama de barras o gráfico de sectores mientras, en el caso de las ordinales se mantendrá el orden de las categorías.

Para las variables cuantitativas se obtendrá las medidas de tendencia central, se presentarán mediante gráficos estadísticos

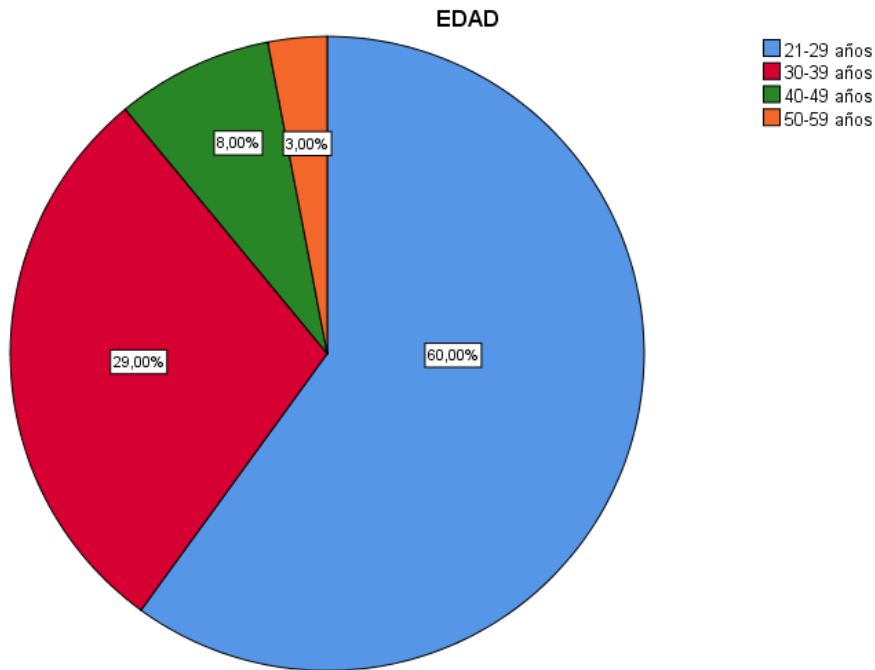
La influencia de las diferentes variables será analizada mediante la comparación de los Intervalos de Confianza.

#### **4.12 ASPECTOS BIOETICOS**

La información será manejada con absoluta reserva y confidencialidad, la información será procesada y analizada de manera general. Los profesionales que acepten participar de la encuesta firmarán un consentimiento informado con el cual autorizarán la utilización de su información para el análisis grupal.

## CAPÍTULO V: RESULTADOS

**Gráfico 1: Edad de los profesionales**

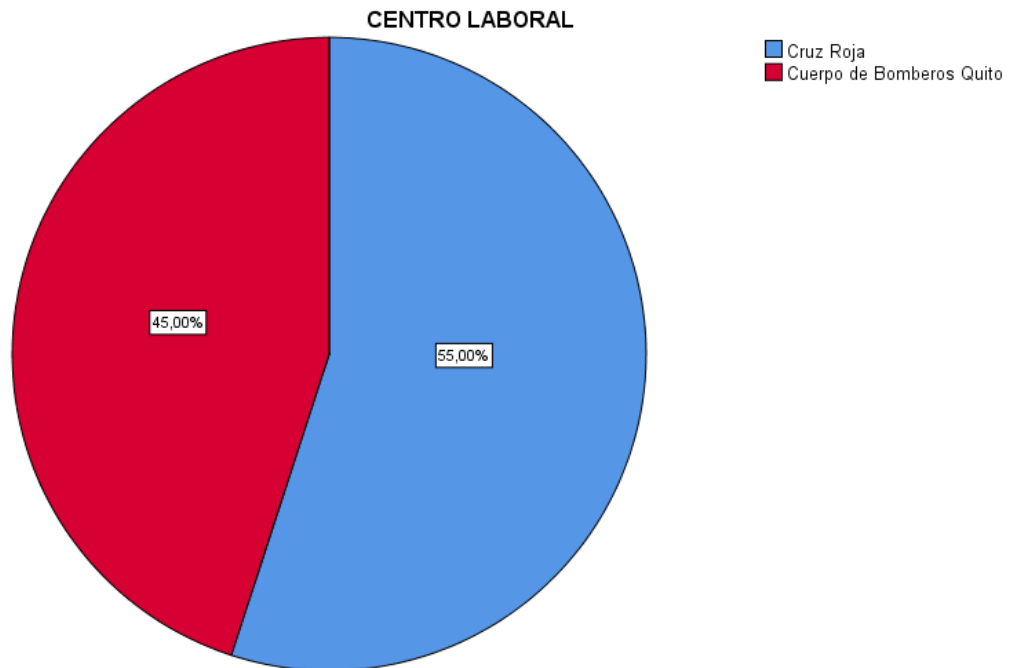


Autora: Ligia Elena Chicaiza Claudio  
Fuente: Base de datos de la investigación

### **Análisis e Interpretación**

En la investigación realizada sobre la edad de los participantes se encontró que el 60% correspondían al grupo de edad 21-29 años, un 29% se hallaban entre 30-39 años, un 8% entre 40-49 años y un 3% entre 50-59 años.

**Gráfico 2: Centro Laboral**

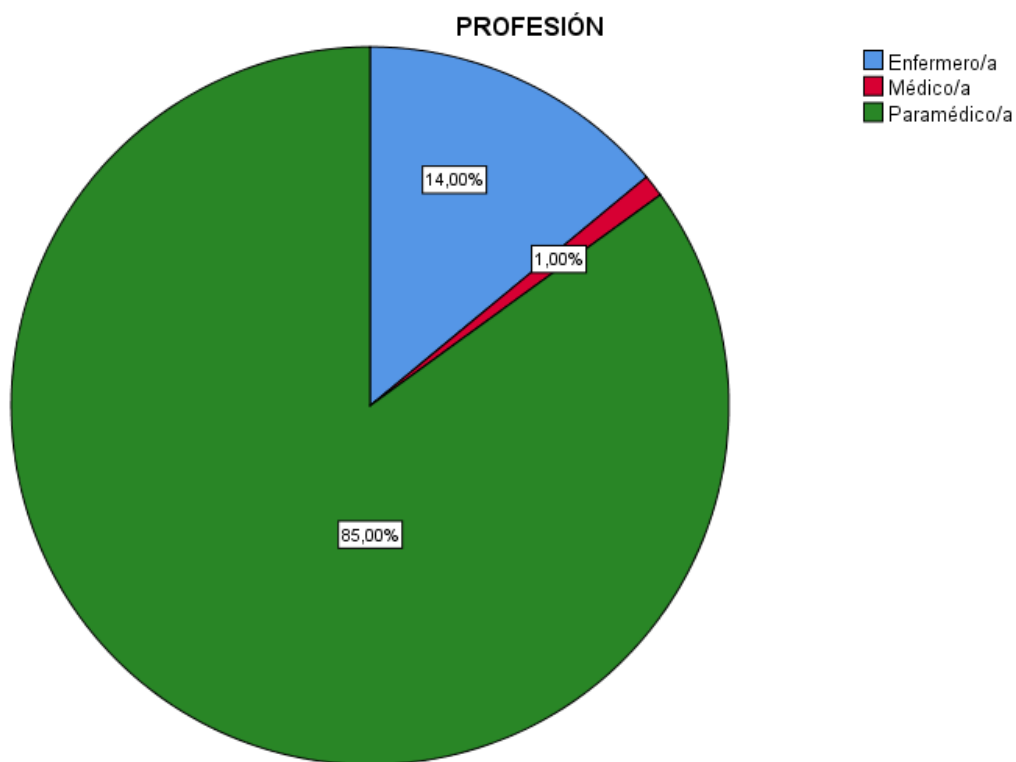


Autora: Ligia Elena Chicaiza Claudio  
Fuente: Base de datos de la investigación

### **Análisis e Interpretación**

Los resultados de la investigación realizada relacionado con el centro laboral se encontró que el 55% trabajan en la Cruz Roja y un 45% en el Cuerpo de Bomberos de Quito

**Gráfico 3: Profesión**



Autora: Ligia Elena Chicaiza Claudio  
Fuente: Base de datos de la investigación

### **Análisis e Interpretación**

En la investigación realizada sobre la profesión se encontró que el 85% eran Paramédicos, un 14% Enfermeros y un 1% Médico.

**¿Con qué frecuencia recibe información o capacitación para el correcto manejo del Sistema CIE-10?**

**Tabla 1: Frecuencia de la capacitación**

**Frecuencia con que recibe capacitación para el correcto manejo del Sistema CIE-10**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza 95%
Válido	Frecuente	8	8,0	8,0	8,0	3,26
	Muy frecuente	4	4,0	4,0	12,0	Desde: 16,74
	Nunca	25	25,0	25,0	37,0	Hasta: 23,26
	Ocasionalmente	17	17,0	17,0	54,0	
	Rara vez	46	46,0	46,0	100,0	
	Total	100	100,0	100,0		

Autora: Ligia Elena Chicaiza Claudio  
Fuente: Base de datos de la investigación

### Análisis e Interpretación

Los resultados de la investigación realizada sobre la interrogante con qué frecuencia recibe información o capacitación para el correcto manejo del Sistema CIE-10, se evidencia que un 46% respondieron que rara vez, un 25% que nunca, un 17% expresaron ocasionalmente, un 8% manifestaron frecuente y un 4% arrojaron muy frecuente.

**¿Usando cualquier número del 0-5, donde 0 es sin utilidad y 5 es muy útil, Califique el uso del CIE-10 en el ámbito prehospitalario?**

**(Utilidad: capacidad que tiene un elemento para generar la solución de un problema)**

**Tabla 2:10 Utilidad**

#### UTILIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza 95%
Válido	Sin utilidad	8	8,0	8,0	8,0	1,73

De poca utilidad	16	16,0	16,0	24,0	Desde: 18,27
Moderadamente útil	19	19,0	19,0	43,0	Hasta: 21,73
Útil	30	30,0	30,0	73,0	
Muy Útil	27	27,0	27,0	100,0	
Total	100	100,0	100,0		

Autora: Ligia Elena Chicaiza Claudio

Fuente: Base de datos de la investigación

### **Análisis e Interpretación**

En la investigación realizada sobre la incógnita usando cualquier número del 0-5, donde 0 es sin utilidad y 5 es muy útil, ¿Califique el uso del CIE-10 en el ámbito prehospitalario? (Utilidad: capacidad que tiene un elemento para generar la solución de un problema):

Un 30% manifestaron que es útil, un 27% expresaron muy útil, un 19% dijeron moderadamente útil, un 16% declararon de poca utilidad y un 8% plantearon sin utilidad,

**¿Usando cualquier número del 0-5, donde 0 es sin aplicabilidad y 5 es muy aplicable, califique el uso del CIE-10 en el ámbito prehospitalario?**

**(Aplicabilidad: poner en práctica un determinado conocimiento o principio para conseguir un efecto)**

**Tabla 3: Aplicabilidad**

### **APLICABILIDAD**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza 95%
Válido Sin aplicabilidad	9	9,0	9,0	9,0	2,12
De poca aplicabilidad	11	11,0	11,0	20,0	Desde: 17,88

Moderadamente aplicable	21	21,0	21,0	41,0	Hasta: 22,12
Aplicable	36	36,0	36,0	77,0	
Muy aplicable	23	23,0	23,0	100,0	
Total	100	100,0	100,0		

Autora: Ligia Elena Chicaiza Claudio  
Fuente: Base de datos de la investigación

### **Análisis e Interpretación**

Los resultados de la investigación realizada sobre la interrogante ¿Usando cualquier número del 0-5, donde 0 es sin aplicabilidad y 5 es muy aplicable, califique el uso del CIE-10 en el ámbito prehospitalario? (Aplicabilidad: poner en práctica un determinado conocimiento o principio para conseguir un efecto):

Un 36% plantearon aplicable, un 23% manifestaron muy aplicable, un 21% dijeron moderadamente aplicable, un 11% expresaron de poca aplicabilidad y un 9% arrojaron sin aplicabilidad, en este caso al igual que el indicador útil

**¿Usando cualquier número del 1-4, donde 1 es sin cumplimiento del propósito y 4 es cumple un propósito específico, califique el cumplimiento del propósito del CIE-10 en el ámbito prehospitalario?**

(propósito: objetivo que se pretende alcanzar. ej. Recolección de datos de morbi-mortalidad)

### **Tabla 4: Propósito**

#### **PROPÓSITO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza 95%
--	------------	------------	-------------------	----------------------	----------------------------

Válido	Sin cumplimiento del propósito	2	2,0	2,0	2,0	2,88
	Cumplimiento parcial	12	12,0	12,0	14,0	Desde: 17,12
	Cumplimiento moderado	39	39,0	39,0	53,0	Hasta: 22,88
	Cumple el propósito	47	47,0	47,0	100,0	
	Total	100	100,0	100,0		

Autora: Ligia Elena Chicaiza Claudio  
Fuente: Base de datos de la investigación

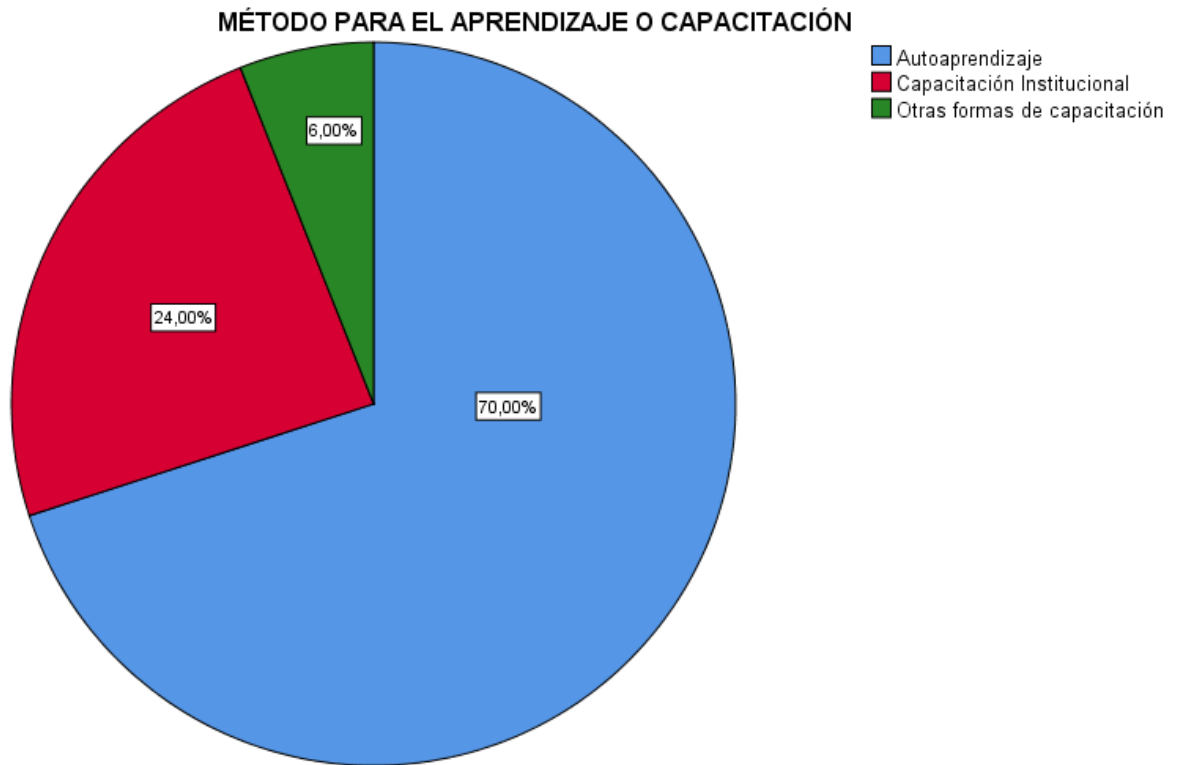
### **Análisis e Interpretación**

En la investigación realizada sobre la interrogante ¿Usando cualquier número del 1-4, donde 0 es sin cumplimiento del propósito y 4 es cumple un propósito específico, califique el cumplimiento del propósito del CIE-10 en el ámbito prehospitalario? (propósito: objetivo que se pretende alcanzar. ej. Recolección de datos de morbi-mortalidad): u

Un 47% manifestaron cumplimiento del propósito, un 39% expresaron cumplimiento moderado, un 12% dijeron cumplimiento parcial y un 2% plantearon sin cumplimiento del propósito

**Indique que método utiliza para la capacitación o aprendizaje de la forma correcta de usar la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10**

**Gráfico 4: Método para el aprendizaje o capacitación**



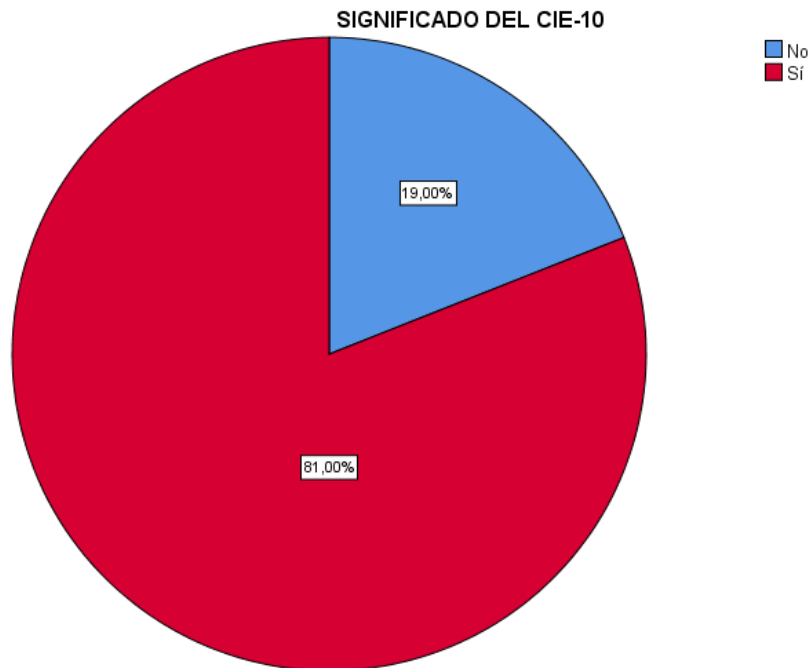
Autora: Ligia Elena Chicaiza Claudio  
 Fuente: Base de datos de la investigación

### **Análisis e Interpretación**

Los resultados de la investigación realizada sobre la incógnita ¿Indique que método utiliza para la capacitación o aprendizaje de la forma correcta de usar la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10?, un 70% manifestaron autoaprendizaje, un 24% revelaron capacitación institucional y un 6% dijeron que otras formas de capacitación.

### **Gráfico 5: Significado de las siglas CIE-10**

**¿Sabe que significa las siglas CIE-10?**



Autora: Ligia Elena Chicaiza Claudio  
 Fuente: Base de datos de la investigación

### **Análisis e Interpretación**

En la investigación realizada sobre la interrogante ¿Sabe que significa las siglas CIE-10? el 81% expresaron que sí y un 19% manifestaron que no conocen el significado.

**Tabla 11: Capítulos del CIE-10**

Marque cuantos capítulos contiene el CIE-10

### **CAPÍTULOS DEL CIE-10**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza 95%
Válido	10	20	20,0	20,0	20,0	5,56
	11	2	2,0	2,0	22,0	Desde: 14,44

12	7	7,0	7,0	29,0	Hasta: 25,56
<b>21</b>	<b>69</b>	<b>69,0</b>	<b>69,0</b>	<b>98,0</b>	
30	2	2,0	2,0	100,0	
Total	100	100,0	100,0		

Autora: Ligia Elena Chicaiza Claudio  
Fuente: Base de datos de la investigación

### **Análisis e Interpretación**

Los resultados de la investigación realizada sobre la interrogante ¿Marque cuantos capítulos contiene el CIE-10?

Un 69% expresaron que 21, un 20% dijeron que 10, un 7% manifestaron que 12 y un 2% revelaron que 11 y 30 respectivamente

**¿A qué Capítulo corresponde los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte?**

**Tabla 12: Capítulos de los síntomas, signos y hallazgos anormales**

**Capítulo corresponde los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Intervalo de confianza 95%
Válido	III	7	7,0	7,0	7,0	4,75
	V	20	20,0	20,0	27,0	Desde: 15,25
	X	6	6,0	6,0	33,0	Hasta: 24,75
	XVI	5	5,0	5,0	38,0	
	<b>XVIII</b>	<b>62</b>	<b>62,0</b>	<b>62,0</b>	<b>100,0</b>	

Total	100	100,0	100,0		
-------	-----	-------	-------	--	--

Autora: Ligia Elena Chicaiza Claudio  
Fuente: Base de datos de la investigación

### **Análisis e Interpretación**

En la investigación realizada sobre la incógnita ¿A qué Capítulo corresponde los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte?:

El 62% respondieron que XVIII, un 20% manifestaron que V, un /% expresaron que III, un 6% dijeron que X y un 5% plantearon que XVI.

### **¿Qué Capítulo corresponde a traumatismo, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa externa?**

**Tabla 13: Capítulo del traumatismo, envenenamiento y alguna otra causa externa**

#### **Capítulo corresponde a traumatismo, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa externa**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Intervalo de Confianza 95%
Válido II	8	8,0	8,0	8,0	4,89
X	14	14,0	14,0	22,0	Desde: 15,11
<b>XIX</b>	<b>64</b>	<b>64,0</b>	<b>64,0</b>	<b>86,0</b>	Hasta: 24,89
XVIII	3	3,0	3,0	89,0	
XX	11	11,0	11,0	100,0	
Total	100	100,0	100,0		

Autora: Ligia Elena Chicaiza Claudio  
Fuente: Base de datos de la investigación

## Análisis e Interpretación

Los resultados de la investigación realizada sobre la interrogante ¿Qué Capítulo corresponde a traumatismo, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa externa?

Un 64% manifestaron XIX, un 14% dijeron que X, un 11% expresaron que XX, un 8% plantearon que II y un 3% revelaron que XVIII.

### ¿A qué corresponde la letra mayúscula de la codificación CIE-10?

**Tabla 14: Codificación CIE-10**

#### A qué corresponde la letra mayúscula de la codificación CIE-10

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Intervalo de Confianza 95%
Válido Se asocia a las categorías definidas por el CIE-10	58	58,0	58,0	58,0	4,30
Se asocia a las subcategorías definidas por el CIE-10	16	16,0	16,0	74,0	Desde: 29,03
<b>Se asocia a los capítulos establecidos por el CIE-10</b>	<b>26</b>	<b>26,0</b>	<b>26,0</b>	<b>100,0</b>	<b>Hasta: 37,63</b>
Total	100	100,0	100,0		

Autora: Ligia Elena Chicaiza Claudio

Fuente: Base de datos de la investigación

## Análisis e Interpretación

En la investigación realizada sobre la incógnita ¿A qué corresponde la letra mayúscula de la codificación CIE-10?

Un 58% dijeron que se asocia a las categorías definidas por el CIE-10, un 16% expresaron que se asocia a subcategorías definidas por el CIE-10, mientras que el 26% de los profesionales encuestados respondieron que la letra mayúscula, corresponde al capítulo del CIE-10.

## ¿Qué volumen detalla la lista tabular?

**Tabla 15: Volumen de la lista tabular**

### Qué volumen detalla la lista tabular

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Intervalo de Confianza 95%
Válido Volumen 1	47	47,0	47,0	47,0	3,37
Volumen 2	39	39,0	39,0	86,0	Desde: 29,96
Volumen 3	14	14,0	14,0	100,0	Hasta: 36,71
Total	100	100,0	100,0		

Autora: Ligia Elena Chicaiza Claudio

Fuente: Base de datos de la investigación

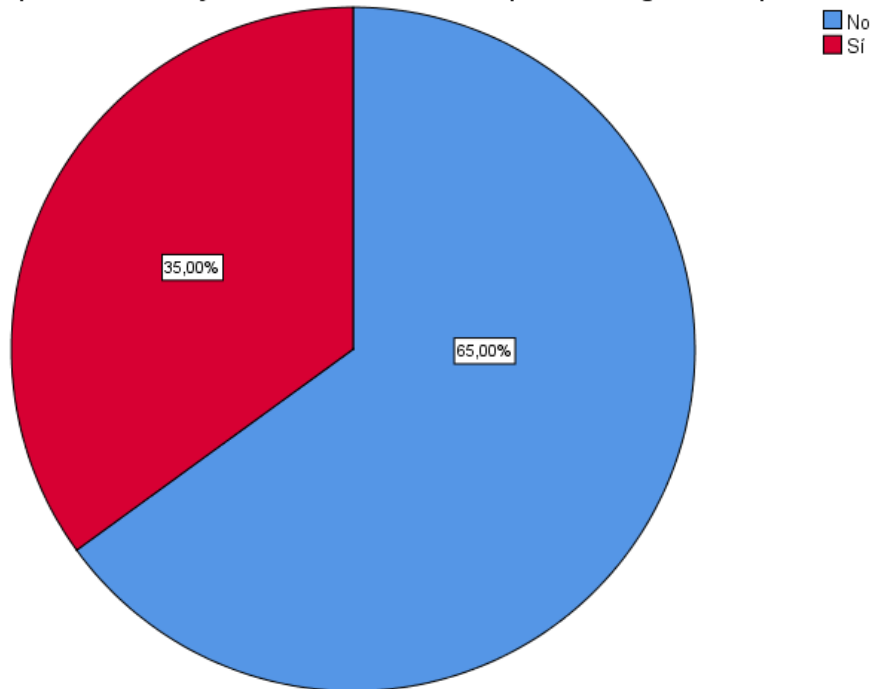
## Análisis e Interpretación

Los resultados de la investigación realizada sobre la interrogante ¿Qué volumen detalla la lista tabular?, el 47% expresaron volumen 1, un 39% dijeron Volumen 2 y un 14% manifestaron volumen 3.

**¿Cree usted que existe un mejor sistema de codificación para los diagnósticos presuntivos en la prehospitalaria?**

**Gráfico 6 Existe mejor sistema de codificación**

Cree usted que existe un mejor sistema de codificación para los diagnósticos presuntivos en la prehospitalaria



Autora: Ligia Elena Chicaiza Claudio  
Fuente: Base de datos de la investigación

### **Análisis e Interpretación**

En la investigación realizada sobre la interrogante ¿Cree usted que existe un mejor sistema de codificación para los diagnósticos presuntivos en la prehospitalaria?

Un 65% dijeron que no existe un mejor sistema de clasificación mientras que el 35% manifestaron que si existe otro sistema mejor que el sistema CIE10.

**Las siglas CIAP-2 significa:**

**Tabla 160 Siglas CIAP-2**

**Las siglas CIAP-2 significa:**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Intervalo de Confianza 95%
Válido	21	21,0	21,0	21,0	8,04
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.					
Clasificación Internacional de Atención primaria	<b>79</b>	<b>79,0</b>	<b>79,0</b>	<b>100,0</b>	<b>Desde: 41,96</b>
Total	100	100,0	100,0		Hasta: 58,04

Autora: Ligia Elena Chicaiza Claudio  
 Fuente: Base de datos de la investigación

**Análisis e Interpretación**

Los resultados de la investigación realizada sobre la interrogante ¿Las siglas CIAP-2 que significa?, un 79% respondieron Clasificación Internacional de Atención Primaria y un 21% dijeron que Clasificación de Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud, observando que el 79% respondieron correctamente.

## CAPITULO VI: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Esta investigación tuvo como propósito establecer un nivel de conocimiento y percepción de la utilidad, aplicabilidad y cumplimiento del CIE-10 en el ámbito prehospitalario, incluyendo a su vez la influencia que tiene la edad, profesión y lugar de trabajo de los profesionales que participaron en este estudio. Se realizaron 100 encuestas a diferentes profesionales de la prehospitalaria, donde se valoró de forma general el conocimiento sobre el CIE-10 y la forma como ven la utilidad de este sistema en este campo de la medicina de emergencias y aunque no existen suficientes estudios basados en este tema específico, si tenemos estudios que demuestran la importancia de recolección de datos epidemiológicos en la prehospitalaria, sin embargo muchos de estos resultados son datos recolectados desde que el paciente ingresa al servicio de emergencia y no por una base de datos sobre los diferentes diagnósticos encontrados en el lugar de la escena, (Newgard & Sears, 2016). Por este motivo se decidió realizar este estudio, obteniendo los siguientes resultados; el mayor porcentaje de edad corresponde al grupo comprendido entre 21-29 años, siendo el grupo más joven entre los participantes, así mismo se evidencia que los profesionales que más laboran en esta área son los profesionales paramédicos.

Con respecto a los datos sobre la percepción que los participantes tienen del Sistema de Clasificación Estadísticas de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10, se observa que en relación con la utilidad los encuestados consideraron su utilidad en el campo prehospitalario en un 30%, lo que nos demuestra que menos del 50 por ciento del personal profesional que se desempeña en el área considera necesario el sistema CIE-10, como sistema para clasificar las entidades morbosas que se presentan, sin embargo autores como (Prekker & Feemster, 2016), han realizado estudios con la recolección de los diferentes diagnósticos con los que ingresaron los pacientes al servicio de emergencia, incluso toma en cuenta los síntomas que presentaron los pacientes y que se colocaron en la hoja de atención prehospitalaria, con el objetivo de valorar el pronóstico de los pacientes con dificultad respiratoria, para su pronóstico posterior.

Con relación a la aplicabilidad, nos encontramos con un resultado similar, el personal paramédico considera que es aplicable en un 36%, y con respecto a la percepción del cumplimiento del sistema en el área prehospitalaria, se observa que el 39% reconocen que

este sistema si cumple su objetivo, demostrando que menos de la mitad de los profesionales prehospitalarios valoran a este tipo de sistema como útil y aplicable, sin embargo un ejemplo de la utilidad, aplicabilidad de este sistema se observa en el estudio sobre el dolor en el área prehospitalaria de los autores (Friesgaard & Riddervold, 2018), donde luego de la recolección de datos de las causas del dolor de moderado a grave según los registros del CIE-10, concluyeron que es mejor un manejo de analgésicos opioides en la prehospitalaria, este estudio demuestra que una recolección de datos más rápida y precisa se realiza mediante un sistema de codificación, en este caso CIE-10, incluso para tomas de decisión de los fármacos existentes en este ámbito.

Con respecto al conocimiento sobre el CIE-10, que tienen los profesionales prehospitalarios encontramos los siguientes resultados, la frecuencia con la que las instituciones imparten actualizaciones sobre el uso de este sistema son escasas, encontrando un porcentaje de rara vez en un 46%, al mismo tiempo esta respuesta está relacionada a la pregunta del método de aprendizaje más utilizado, según las respuestas obtenidas el autoaprendizaje ocupa el primer puesto con un 70%, de las personas que participaron en el estudio, sin embargo este resultado es un tanto contradictorio, ya que según la OMS la actualización del sistema CIE10, debe ser continua, de esta forma se puede ofrecer alternativas para una mejor aplicación en los diferentes ámbitos que se utiliza (OPS, 2015).

En la herramienta de recolección de datos, se coloca varias preguntas con relación al conocimiento, enfocado al ámbito prehospitalario y al conocimiento básico del sistema CIE-10, entre las preguntas realizadas se menciona el número de capítulos que posee el sistema CIE-10, encontrando que el 69% de los profesionales encuestados, contestan adecuadamente la pregunta, otros resultados demostraron que el 62% y 64%, de los encuestados poseen un correcto conocimiento de a que capítulos corresponden los signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte y traumatismo, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa externa, respectivamente, siendo estos los capítulos con los diagnósticos más comunes de esta área, en el estudio Epistry-Trauma de los autores (Newgard & Sears, 2016), se enfoca en las lesiones moderadas a graves que presentan los pacientes en la prehospitalaria y que un manejo adecuado desde la atención extrahospitalaria, mejora la sobrevivencia y disminuye la morbilidad posterior de las secuelas que puede existir por dichas lesiones, sin embargo nos enfocamos a lo mencionado en este estudio, no existe

datos prehospitalarios suficientes que tengan una significancia para guiar completamente, a los manejos prehospitalarios, la falta de bases epidemiológicas propias de este campo es la principal dificultad que se evidencia, ya que la mayoría de datos recolectados, son datos que se hallan cuando el paciente ya ingresa a una unidad de salud.

Con respecto a las preguntas más específicas de la estructuración del CIE-10, observamos porcentajes menores del 50 por ciento, siendo el primero del 47% con respecto a que capítulo se encuentra descrita la lista tabular y un 26% correspondiente al significado de la letra mayúscula que utiliza el CIE-10, lo que nos muestra una gran falencia sobre el conocimiento básico de cómo se encuentra constituido, este sistema. Es importante el conocer cómo se estructura el CIE-10, la forma correcta de su uso, para cumplir de forma adecuada el propósito de este sistema el cual es recolectar información registrada bajo denominaciones tales como “diagnósticos”, “razones para la admisión”, “afecciones tratadas” y “motivo de la consulta”, a partir de los cuales se deriva información estadística y otros sobre la situación de salud de un área o población específica (OPS, 2015).

Históricamente se ha podido verificar la importancia de contar con un sistema de clasificación de enfermedades y problemas relacionados con la salud, para la formación de datos estadísticos que nos permitan notificar acerca de causas de muerte, estadísticas de morbilidad, la asignación de recursos en la atención primaria, la medición de la calidad de la atención, la seguridad de los pacientes, la facturación del seguro de enfermedad, la toma de decisiones clínicas, el registro de datos clínicos y la investigación. La digitalización de los sistemas de información sanitaria y los procesos de datos conexos para la recopilación de información sobre la salud generan una demanda adicional (Kaplan & Chambers, 2016).

Los autores (Christensen & Berlac, 2016), en su estudio mencionan que la principal dificultad encontrada para una adecuada recolección de datos, que permita valorar de forma significativa los resultados encontrados y que por medio de estos se pueda mejorar la calidad de atención o realizar estudios con mayor relevancia estadística se centra especialmente en que los pacientes atendidos en la prehospitalaria, en su gran mayoría se maneja por medio de síntomas o signos encontrados y no en diagnósticos definidos, además de una limitada condición objetiva del paciente, lo que conlleva a cuestionar si el sistema CIE-10, en su forma actual, permite una recolección de datos, satisfactoriamente en la extrahospitalaria.

Se ha dedicado una amplia actividad preparatoria a una revisión radical de la idoneidad de la estructura de la CIE, esencialmente una clasificación estadística de enfermedades y otros problemas de salud, para atender una amplia variedad de necesidades de datos sobre mortalidad y asistencia sanitaria. Formas de estabilizar el sistema de codificación para minimizar la interrupción en sucesivas revisiones, al igual que posibilidad de proporcionar un mejor equilibrio entre el contenido de los diferentes capítulos de la CIE (Deyo & Cherkin, 2015).

Como último punto, se pregunta a los participantes sobre si considera que existe otro sistema que sea mejor que el método actual de clasificación de diagnósticos, encontrando que un 65% de los participantes considera que no existe un sistema mejor al actual, a pesar de estar familiarizados con otros sistemas de codificación, en este caso el CIAP-2.

Los autores (Newgard & Sears, 2016), enfatizan en su estudio, que al no contar con datos epidemiológicos específicos de la prehospitalaria, solo se toma en cuenta, los diagnósticos encontrados al momento de la admisión del paciente en las casas de salud, contribuyendo a un sesgo de información, de los pacientes que fallecen en la escena, o aquellos pacientes que por sus lesiones mínimas son dados de alta desde la atención en la ambulancia, lo que provoca que no se logre una valoración apropiada de las necesidades reales que ocurre en el área prehospitalaria,

## **CAPITULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **7.1 CONCLUSIONES**

1. El presente trabajo de investigación nos permitió establecer el nivel de conocimiento y de percepción sobre la utilidad, aplicabilidad y cumplimiento del sistema de clasificación internacional de enfermedades CIE-10, en profesionales del ámbito prehospitalario de la ciudad de Quito, mediante la utilización de una encuesta realizada a 100 profesionales prehospitalarios, de las instituciones más representativas de este ámbito, Cruz Roja y Cuerpo de Bomberos, encontrando el mayor porcentaje de participantes en la Cruz Roja de Quito, con un 55% de los participantes.

2. Además, se identificó el rango de edad de los profesionales prehospitalarios en donde en su mayoría son jóvenes entre 21-29 años, llegando así al 60% de las personas encuestadas, en contra posición, se evidencia que el 3% de los participantes, (porcentaje más bajo del estudio) corresponde al rango de edad entre 50-59 años, sin evidenciar que esto modifique ni en el conocimiento y en la percepción del sistema CIE-10.
3. En esta investigación se describió la profesión más frecuente encontrada, como era de esperarse los profesionales que más laboran en el área prehospitalaria son paramédicos, con el 85% del total de los profesionales, seguido de licenciados en emergencia con el 14% de los participantes y solo el 1% corresponde a médicos, que laboran en este campo, que al igual que la edad, la profesión no modifica, el nivel de percepción o conocimiento acerca del CIE-10.
4. En este trabajo se identificó el nivel de percepción de los profesionales prehospitalarios con respecto a la utilidad, aplicabilidad y propósito del CIE 10, presentando porcentajes similares entre útil, muy útil y moderadamente útil, con porcentajes que difieren escasamente entre ellos, 30%, 27% y 19%, respectivamente. Algo muy similar ocurre en cuanto a la aplicabilidad, los porcentajes obtenidos difieren en poca medida entre ellos, categorizando en aplicable, muy aplicable y moderadamente aplicable, con los siguientes porcentajes, 36%, 23%, 21%, respectivamente.

Por último, con la variable del cumplimiento del propósito el personal encuestado considera que, si cumple su propósito en el 47% de los profesionales, y moderadamente en 39%, de los encuestados, con todos los datos mencionados, se puede decir que el mayor porcentaje de los profesionales que laboran en la prehospitalaria, consideran en mayor medida que es útil, aplicable y que cumple su propósito como sistema de codificación en el área prehospitalaria.

5. En esta tesis se reconoció el nivel de conocimiento sobre el sistema CIE-10 en los profesionales del área prehospitalaria, con preguntas enfocadas al conocimiento general y direccionado al contenido de interés para la prehospitalaria obteniendo que el personal prehospitalario, tiene un conocimiento bueno sobre los capítulos del CIE-10, que corresponde al interés de este ámbito, llegando a un porcentaje del 64% para

el capítulo de traumatismo y 62% para el capítulo de signos y síntomas, lo que nos indica que los profesionales prehospitalarios están familiarizados con estos capítulos. En el conocimiento general, presenciamos dos cosas, la primera que los profesionales conocen de cuantos capítulos se encuentra conformado el CIE-10, llegando al 62% de los participantes, sin embargo, en la pregunta más específica del significado de la palabra mayúscula los participantes, presentan una gran confusión de como se encuentra designado cada característica del CIE-10. Concluyendo que el conocimiento en los profesionales se basa solo para las partes más generales del CIE-10.

## **7.2 RECOMENDACIONES:**

1. Se recomienda realizar más estudios investigativos, ampliando la variedad de instrumentos para obtener resultados más significativos con respecto al CIE-10 como herramienta estadística en la prehospitalaria.
2. Se sugiere fomentar la capacitación del adecuado uso del sistema CIE-10 en el ámbito prehospitalario, a nivel de las instituciones formadoras de los profesionales que laboran en el área prehospitalaria.
3. Crear herramientas que valoren los resultados obtenidos sobre el uso del sistema CIE-10, para adaptarlo de una manera adecuada, obteniendo mayor provecho y utilidad en el sector prehospitalario.
4. crear herramientas para la recolección de datos del sistema CIE-10 en el ámbito prehospitalario, que puedan ser parte de una base de datos estadística.

## BIBLIOGRAFÍA

- A, L. O., Montenegro, S., S, G. M., Toselli, L., & Otero, C. (2004). *Codificación múltiple de una lista de problemas utilizando la CIAP-2 , CIE-10 y SNOMED CT*.
- CIE 10 VOLUMEN 2, OMS 123 (2009).  
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199559121.003.0005>
- demografía del Ecuador, (2015).
- Censos, I. I. nacional de estadísticas y. (2020). *INSTITUTO DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS INEC*. Pagina Web. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/mision-vision-valores/>
- Christensen, E. F., Berlac, P. A., Nielsen, H., & Christiansen, C. F. (2016). The Danish quality database for prehospital emergency medical services. *Clinical Epidemiology*, 8, 667–671. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S100919>
- Manual de codificación, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016).  
<https://doi.org/860-11-222-9>
- CRE - Misión, Visión y Acción*. (n.d.). Retrieved July 11, 2020, from <http://www.cruzroja.org.ec/index.php/quienes-somos/mision-vision-y-accion>
- Del, M., Bomberos, C. D. E., & Distrito, D. E. L. (2015). *ANÁLISIS DEL RIESGO DEL PERSONAL PREHOSPITALARIO*.
- Dr. Trujillo Byron, Dr. Flores Jaime, Sr, Johnny Rios, I. C. (n.d.). *INTERPRETACION DE LA EVALUACION PARA PROVEEDORES DE SALUD PREHOSPITALARIA* (Vol. 3).
- erika andrade, luis tufiño. (2011). *HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA*.
- Friesgaard, K. D., Riddervold, I. S., Kirkegaard, H., Christensen, E. F., & Nikolajsen, L. (2018). Acute pain in the prehospital setting: A register-based study of 41.241 patients. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 26(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0521-2>
- Gómez Rivadeneira, A. (2015). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. *Monitor Estratégico*, 7, 66–73.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>
- INFORME DE GESTION ECU911*. (2016).
- Marin, hospital carlos andrade. (2018). *Módulo 2 : Estructura Clasificación Internacional de Enfermedades, 10* (2018).
- Marin, hospital carlos andrade. (2018). *Módulo 3: Lineamientos para el registro CIE-10 en morbilidad, 25* (2018).
- Marin, hospital carlos andrade. (2018). *Módulo 4 : Consideraciones generales y ejemplos,*

- 1 (2018).
- Marin, hospital carlos andrade. (2018). *Módulo Uno : Generalidades de la Clasificación Internacional de. 10.*
- Nota metodológica. Mapeo CIE10 a CIAP2 Sistema Nacional de Salud, 1 (2012).  
<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/NotaMetodologicaMapeoCIE10aCIAP2.pdf>
- 2012-msp-decretoministerial-regularatencion prehospitolaria.PDF.
- Expediente único para la Historia Clínica, 1 Expediente Para Historia Clinica 70 (2006).  
<http://www.conasa.gob.ec/biblioteca/Otros/bt15 - Expediente único para la Historia Clínica.pdf>
- Protocolos De Atención Prehospitolaria Para Emergencias Médicas, 1 Protocolos 171 (2011).  
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA PARA EMERGENCIAS MÉDICAS.pdf>
- PROCESO DE INCORPORACION DE LAS UNIDADES DE ATENCION PREHOSPITALARIA ECU911, 13 (2012).
- MODELO DE GESTION ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO, (2015).
- decreto ministerial 2016, 66 (2016).
- Ley organica de la salud, 53 Journal of Chemical Information and Modeling 1 (2012).  
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Newgard, C. D., Sears, G. K., Rea, T. D., Davis, D. P., Pirrallo, R. G., Callaway, C. W., Atkins, D. L., Stiell, I. G., Christenson, J., Minei, J. P., Williams, C. R., & Morrison, L. J. (2008). The Resuscitation Outcomes Consortium Epistry-Trauma: Design, development, and implementation of a North American Epidemiologic Prehospital Trauma Registry. *Resuscitation*, 78(2), 170–178.  
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2008.01.029>
- Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, Sld.Cu 1 (1992).  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/vol3\\_sec1\\_k.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/vol3_sec1_k.pdf)
- Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 8 (2019).  
<http://www.who.int/classifications/network/meeting2016/>
- organización panamericana de la salud cie 10 vol.3. (2008). CIE-10 clasificacion estadistica internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 554, 3(554), 758. <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume3.pdf>
- Organización Paramericana de la Salud. (2003). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud - Volumen 1. *Organización Panamericana de La Salud*, 1(554), 344–345.  
<http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>

E estadísticas Sanitarias Mundiales, 1 (2011).

Pineida Cachago CRISTINA ROXANA. (2015). CAUSAS DE TRAUMATISMOS TORÁCICOS Y MANEJO PREHOSPITALARIO POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CUERPO DE BOMBEROS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO EN EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2013. In *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis* (Vol. 16, Issue 2). <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0625>

Posgrados, C. De. (2017). *Francisco Javier Rosero Villarreal MD , MSc . Director de Trabajo de Titulación Francisco Javier Rosero Villarreal.*

Prekker, M. E., Feemster, L. C., Hough, C. L., Carlbom, D., Crothers, K., Au, D. H., Rea, T. D., & Seymour, C. W. (2014). The epidemiology and outcome of prehospital respiratory distress. *Academic Emergency Medicine*, 21(5), 543–550. <https://doi.org/10.1111/acem.12380>

Primaria, A., Proceso, C., Proceso, C. D. E. L., & Diagnosticos, O. (2010). *CIAP-2 - Spanish Apar Auditivo Aparato Digestivo Probl Gen , Inesp Ojo y Anejos L Apar Respiratorio Apar Endocrino , Metab y Apar Genital Fem y Mamas Problemas sociales Apar Urinario Apar Genital Masc y Mamas Plan Fam , Emb , Parto , Dr Juan Gérvas* (2 edición).

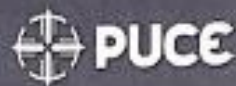
Salvador, P., & Santos, B. (2015). *REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.* 32(3), 58–69.

Yeguiayan, J. M., Garrigue, D., Binquet, C., Jacquot, C., Duranteau, J., Martin, C., Rayeh, F., Riou, B., Bonithon-Kopp, C., & Freysz, M. (2011). Medical pre-hospital management reduces mortality in severe blunt trauma: A prospective epidemiological study. *Critical Care*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/cc9982>

## **ANEXOS**

## Carta de aceptación de Pontificia Universidad Católica

Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador  
Facultad de Medicina



### SUBCOMITÉ DE BIOÉTICA

Quito, 26 de agosto de 2020

SB-CEISH-POS-510

Doctora

Ligia Elena Chicalza Claudio

Estudiante del Posgrado en Medicina de Emergencias y Desastres de la  
Facultad de Medicina de la PUCE

Presente. -

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, el Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, resuelve **Aprobar** el proyecto titulado: "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PERCEPCIONES SOBRE LA UTILIDAD Y APLICABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE-10, EN PROFESIONALES DEL ÁMBITO PREHOSPITALARIO DE LA CIUDAD DE QUITO JULIO AGOSTO 2020".

Por disposición del Consejo de Facultad, usted tiene a partir de esta fecha (26 de agosto de 2020) 12 semanas (18 de noviembre de 2020) para presentar borradores de la disertación en la Secretaría de la Facultad de Medicina.

Atentamente,

Dr. Carlos Acurio Velasco  
Subcomité de Bioética  
Facultad de Medicina PUCE

Av. 12 de Octubre 1090 y Roca  
Amenudo postal 17-01-2184  
Tel: (+593) 4 2 266 1700 ext. 1130  
Quito - Ecuador www.puce.edu.ec



Escaneado con CamScanner

## Autorización Institucional



**BOMBEROS QUITO**  
Salvamos **vidas**

Oficio Nro. CBDMQ-UAPH-2020-051-OF  
Quito, 17 de agosto de 2020

Señora  
Dra. LIGIA ELENA CHICAIZA CLAUDIO  
Posgradista de Emergencias y Desastres de la Pontificia Universidad Católica de  
Quito

Presente. -

En respuesta a la su petición oficial, para la realización de encuestas al personal del área prehospitalaria, yo Juan Carlos Ganchala Alvear en calidad de RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE EMERGENCIAS MEDICAS Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, se autoriza realizar las encuestas para la investigación descrita en el oficio enviado el 10 de julio de 2020.

Atentamente,  
**ABNEGACIÓN Y DISCIPLINA.**



El presente documento es  
firmado digitalmente por:  
**JUAN CARLOS  
GANCHALA  
ALVEAR**

Ing. Juan Carlos Ganchala Alvear Mg.  
**JEFE DE UNIDAD DE EMERGENCIAS MÉDICAS  
PREHOSPITALARIAS CB-DMQ**

## **Herramienta de recolección de muestra**

### **Consentimiento Informado para Encuestas**

---

#### **TITULO:**

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PERCEPCION SOBRE LA UTILIDAD, APLICABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DEL PROPOSITO DEL SISTEMIA DE CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE-10, EN PROFESIONALES DEL AMBITO PREHOSPITALARIO DE LA CIUDAD DE QUITO JUNIO-SEPTIEMBRE 2020

#### **TIPO DE ESTUDIO:**

El diseño del estudio es de tipo observacional descriptivo, analítico, transversal

#### **INVESTIGADORA:**

Ligia Elena Chicaiza Claudio  
LA LUZ  
0998346802  
ligimon\_san@hotmail.com

#### **LUGAR DE REALIZACION DEL ESTUDIO** **QUITO**

#### **A) Hoja de información:**

Se le pide que conteste unas preguntas para permitir recolectar datos sobre el conocimiento del sistema del CIE-10, su uso, aplicabilidad y cumplimiento del propósito, de dicho sistema, basado en su perspectiva, lo cual me permitirá tener una visión global, sobre.

**Su participación es completamente voluntaria; si no desea hacerlo su negativa no le traerá ningún inconveniente, además en cualquier momento puede retirar su participación de este estudio.**

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite la investigadora que se lo está explicando, antes de tomar una decisión.

La Doctora Ligia Elena Chicaiza Claudio, será quien dirija el estudio; es un estudio para la sustentación del título en el posgrado de Emergencia y Desastres, por lo tanto, es un trabajo autofinanciado.

### **1) ¿Por qué se realiza este estudio**

La necesidad de la realización del estudio se basa en tener una idea general de uno de los aspectos fundamentales para la formación de datos epidemiológicos en el área prehospitalaria, uno de las principales herramientas de recolección de datos es el sistema de codificación CIE-10, el cual facilita de una forma sencilla, los diagnósticos presuntivos más comunes en nuestro medio, es por eso que por medio de una encuesta que valora la perspectiva presentada por el personal prehospitalario sobre la funcionalidad de este sistema se trata de ver, los probables problemas de este sistema, sea basado en su poca difusión, influyendo en el conocimiento del mismo, o la poca adaptabilidad actual de este, al campo prehospitalario, con esta visión se tratar de construir una base de datos epidemiológicos con estadística real y precisa, para mejorar la atención de salud prehospitalaria, construir salas situacionales de las entidades patológicas que afectan a nuestra población y abrir una puerta a la mejora de la atención prehospitalaria, basada en la realidad de nuestra sociedad.

### **2) ¿Qué se conoce sobre el tema en investigación? ¿Se hicieron otros estudios similares con anterioridad?**

En realidad, la epidemiología en la prehospitalaria es poca investigada, al momento no se cuenta con una base de datos reales a nivel mundial y en nuestro país, son escasos los datos estadísticos oficiales de las patologías más frecuentes encontradas en la prehospitalaria, sin embargo, por la experiencia que se ha obtenido con la epidemiología hospitalaria, se trata de fomentar la recolección de datos en el área prehospitalaria, se ha observado que uno de los sistemas que mejor clasifica y codifica entidades patológicas es el CIE-10. Por tal motivo, se trata de investigar las posibles fallas que tenga este sistema de codificación de una forma global en la prehospitalaria y posterior a esto poder mejorar su uso para los fines mencionados. En países como Dinamarca, Canadá, Estados Unidos, se ha realizado estudios dirigidos a patologías o síntomas mas visto en la prehospitalaria y que causan un gran impacto en la morbilidad de su población, con resultados que indican la importancia de la existencia de estos datos, para mejorar tanto la calidad de atención, disminuir el colapso innecesario de los sistemas de salud y observar la disminución de la morbilidad y mortalidad de ciertas patologías mejorando así la sobrevivida y calidad de vida de los pacientes

### **3) ¿Tendré beneficios por participar?**

Al momento no tendrá beneficios directos al participar en este estudio, sin embargo este es un estudio descriptivo que abrirá una puerta para posteriores estudios más elaborados y de mejor calidad centrados en este tema o temas similares, con evidencia de beneficios en el ámbito que usted labora.

**4) ¿Tendré riesgos por participar?**

No, usted no presenta ningún riesgo potencial al ser parte de este estudio, además si usted decidió retirarse de este estudio lo puede hacer en cualquier momento que desee.

**5) ¿Cómo mantendrán la confidencialidad de mis datos personales? ¿Cómo harán para que mi identidad no sea conocida?**

En este estudio únicamente se solicita su número de cedula, sin otro dato adicional que tenga que especificar respecto a su identidad.

**6) ¿Qué gastos tendré si participo del estudio?**

*Usted no tendrá gasto alguno por participar, simplemente tendrá que contestar una encuesta vía online*

**7) ¿Me darán información sobre los resultados del estudio, luego de su finalización?**

*Los datos y todo lo relacionado a este estudio se encontrará luego de terminado en la página web de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador como un documento público.*

**8) ¿Puedo dejar de participar en cualquier momento, aún luego de haber aceptado?**

*Usted es libre de retirar su consentimiento para participar en la investigación en cualquier momento, simplemente deberá notificar al investigador de su decisión (oralmente o por escrito: especificar).*

**TITULO:**

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y NIVEL DE PERCEPCION SOBRE LA UTILIDAD, APLICABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DEL PROPOSITO DEL SISTEMIA DE CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE-10, EN PROFESIONALES DEL AMBITO PREHOSPITALARIO DE LA CIUDAD DE QUITO JUNIO-JULIO 2020

**INVESTIGADOR:**

Ligia Elena Chicaiza Claudio  
LA LUZ  
0998346802

**LUGAR DE REALIZACION DEL ESTUDIO**

QUITO

**B) Consentimiento informado (Hoja de firmas):**

He leído la hoja de información del Consentimiento Informado, he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad.

He quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria.

Presto mi consentimiento para la recolección de datos, la realización de la encuesta propuesta y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar mi decisión al médico responsable del estudio.

---

Número de identificación de la persona encuestada función y fecha

Valoración del nivel de conocimiento y nivel de percepción sobre la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10.

¿En qué categoría a continuación incluye su edad?

- 18-20 años
- 21-29 años
- 30-39 años
- 40-49 años
- 50-59 años
- > 60 años

¿Cuál es su profesión?

- Paramédico/a
- Médico/a
- Enfermero/a
- Otro (especifique)

¿En qué institución trabaja actualmente (especifique)?

¿Con qué frecuencia recibe información o capacitación para el correcto manejo del Sistema CIE-10?

- Muy frecuente
- Frecuente
- Ocasionalmente
- Rara vez
- Nunca

¿Usando cualquier número del 0-5, donde 0 es sin utilidad y 5 es muy útil, califique el uso del CIE-10 en el ámbito prehospitalario?

**(Utilidad: capacidad que tiene un elemento para generar la solución de un problema)**

Sin utilidad      De poca utilidad      Moderadamente útil      útil      Muy útil

¿Usando cualquier número del 0-5, donde 0 es sin aplicabilidad y 5 es muy aplicable, califique el uso del CIE-10 en el ámbito prehospitalario?

(Aplicabilidad: poner en práctica un determinado conocimiento o principio para conseguir un efecto)

Sin aplicabilidad      De poca aplicabilidad      Moderadamente aplicable      aplicable      Muy aplicable

¿Usando cualquier número del 0-5, donde 0 es sin cumplimiento del propósito y 5 cumple un propósito específico, califique el cumplimiento del propósito del CIE-10 en el ámbito prehospitalario?

(propósito: objetivo que se pretende alcanzar. ej. Recolección de datos de morbi-mortalidad)

Sin cumplimiento del propósito      cumplimiento Moderado      Cumple propósito  
cumplimiento parcial

Indique que método utiliza para la capacitación o aprendizaje de la forma correcta de usar la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10

- Autoaprendizaje
- Capacitación Institucional
- Otras formas de capacitación

¿Sabe que significa las siglas CIE-10?

- SI
- NO

Si su respuesta es SI COLOQUE AQUI EL SIGNIFICADO:

Marque cuantos capítulos contiene el CIE-10

- 10
- 12
- 30
- 21
- 11

¿A qué capítulo corresponde los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte?

- X
- X
- V
- I
- I
- I
- V
- X
- V
- I
- I
- I
- I

¿Qué capítulo corresponde a traumatismo, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa externa?

- II
- X
- XIX
- XX
- XVIII

¿A qué corresponde la letra mayúscula de la codificación CIE-10?

- Se asocia a los capítulos establecidos por el CIE-

10

- Se asocia a las categorías definidas por el CIE-10
- Se asocia a las subcategorías definidas por el CIE-10

¿Qué volumen detalla la lista tabular?

- Volumen 1
- Volumen 2
- Volumen 3

¿Cree usted que existe un mejor sistema de codificación para los diagnósticos presuntivos en la prehospitalaria?

S

I

N

O

Especifique cual:

Las siglas CIAP-2 significa:

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

Clasificación Internacional de Atención primaria