



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Modelo de indicadores basado en el
Registro de Altas (CMBD)
documento base

Julio de 2007

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
Instituto de Información Sanitaria

Plan de Calidad
para el Sistema Nacional
de Salud



Edita y distribuye:
© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18. 28001 Madrid

NIPO: 351-07-069-8
Depósito legal: M. 37.831-2008
Imprime: Impresos y Revistas, S. A. (Grupo IMPRESA)

<http://www.060.es>

Equipo del proyecto

Mercedes Alfaro – Subdirectora Gral del Insittuto de Información Sanitaria

Maria Angeles Gogorcena – Jefe Area de Información y Estadísticas Asistenciales

Rogelio Cózar – Jefe de Servicio de Información de Actividad Sanitaria

Orencio López – Consultor Externo (Innovasalud)

Pablo Lopez - Consultor Externo (Innovasalud)

Esther Salmador – Apoyo Administrativo

	<u>PÁGINA</u>
1.- PRESENTACIÓN	9
2.- INTRODUCCIÓN	11
3.- OBJETIVOS	19
3.- METODOLOGÍA	21
4.- ENFOQUE	25
5.- CRITERIOS BÁSICOS	26
6.-SITUACIÓN DE PARTIDA	27
7.- MODELO DE ANÁLISIS	28
8.- DEFINICIÓN DE INDICADORES	33
9.- MODELO FUNCIONAL	38
10.- DESCRIPCIÓN DE INDICADORES	39
11.- FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES	49
12.- ANEXO I: LISTADO REDUCIDO INTERNACIONAL DE CAUSAS PARA LA TABULACIÓN DE LA MORBILIDAD HOSPITALARIA	93
13.- ANEXO II: SINOPSIS DE INDICADORES REVISADOS	101
14.- ANEXO III: GLOSARIO DE TÉRMINOS Y NOTAS METODOLÓGICAS	125

PRESENTACIÓN

En la última década hemos asistido a la consolidación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de las altas hospitalarias como fuente de datos en diferentes niveles de la organización sanitaria. Su universalización en el ámbito de la hospitalización y la mayor cantidad y calidad de sus datos clínicos han hecho del CMBD uno de los registros administrativos de mayor alcance para el conjunto de sistemas de información sanitaria. Su utilización abarca múltiples ámbitos, desde el meramente estadístico hasta el de la calidad de la práctica asistencial, pasando por la epidemiología o la gestión clínica.

El registro de altas de hospitalización (CMBD), tras un riguroso trabajo de normalización, alberga a día de hoy casi 33 millones de registros, correspondientes a las altas de hospitalización de los hospitales generales que trabajan para el Sistema Nacional de Salud. Constituye uno de los principales activos del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud (SNS) y está siendo consultada por numerosos investigadores. Asimismo, anualmente sirve de base para la generación de los estadísticos de referencia estatal para los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), la estimación de pesos y costes de los GRD en el SNS y el establecimiento de tarifas para la compensación a las Comunidades Autónomas por la actividad cubierta por el Fondo de Cohesión.

El modelo de indicadores de explotación del registro de altas de hospitalización nace con la pretensión de iniciar un camino de mejora de este sistema de información; camino que haga del mismo una herramienta más útil para el conjunto del sistema. El proyecto forma parte de las líneas de actuación contempladas dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud en la estrategia 12 de Transparencia que tiene como objetivo la adaptación y mejora de los subsistemas de información existentes.

La construcción de este sistema de información no sería posible sin la valiosa contribución de numerosos profesionales, desde los clínicos, a los responsables de sistemas de información de las Comunidades Autónomas, pasando por los expertos en codificación clínica y documentación médica, a los que es preciso agradecer su dedicación a este reto colectivo de desarrollo y mejora del Sistema de Información del sistema Nacional de Salud. A ellos, junto con al grupo de profesionales del Instituto de Información Sanitaria, y al equipo responsable, deseo hacer llegar mi felicitación por este trabajo.

Alberto Infante Campos
Director General
Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

INTRODUCCIÓN

La presente publicación presenta la metodología de desarrollo de un modelo de indicadores y ejes de análisis del registro de altas de hospitalización del Sistema Nacional de Salud.

El Registro de Altas Hospitalarias, también conocido como CMBD (conjunto mínimo básico de datos al alta) constituye la mayor base de datos administrativa sobre pacientes hospitalizados y la principal fuente de información sobre morbilidad atendida, conteniendo información muy valiosa sobre múltiples aspectos de la actividad hospitalaria, incluyendo calidad y variabilidad de la práctica asistencial.

Su estructura básica fue aprobada en 1987 por el Consejo Interterritorial, siguiendo las recomendaciones hechas en el Consejo de Europa sobre la materia y en la actualidad es de obligada cumplimentación tanto en el ámbito privado como público de la actividad hospitalaria, estando incluida en Plan Estadístico Nacional.

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha sido, desde su aprobación, responsable de la gestión de las bases de datos del CMBD estatal generando con periodicidad anual diversas estadísticas oficiales. Asimismo, la base de datos estatal, además de servir de base para numerosas investigaciones en el ámbito epidemiológico y clínico, ha permitido la elaboración de una serie de indicadores de referencia estatal para el análisis y comparación en el ámbito de la gestión hospitalaria, desarrollando estándares de funcionamiento de diversas versiones de agrupaciones de pacientes ampliamente difundidos (GRD – grupos relacionados por el diagnóstico), para los cuales, se calculan además costes y pesos relativos de referencia para el Sistema Nacional de Salud sobre una muestra representativa de hospitales.

INTRODUCCIÓN (2)

Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud

El Consejo Interterritorial del SNS aprobó en junio de 2005, a propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo, la estrategia y actuaciones necesarias para el desarrollo del **Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud (SI-SNS)**. Los criterios generales de dicho desarrollo pueden resumirse como sigue:

- El SI-SNS debe desarrollarse, en todas sus vertientes, de manera participativa y transparente.
- El SI-SNS debe suministrar una información que, cumpliendo unas pautas indispensables de calidad, sea:
 - Coherente, significar lo mismo para todos
 - Pertinente, oportuna y puntual
 - Integrable, relacionable y capaz de trazar procesos o intervenciones
 - Flexible, adaptable a la evolución del sistema y a las particularidades de sus componentes
 - Accesible, con una disponibilidad máxima de la información
- Entre los productos finales que el SI-SNS debe ofrecer a autoridades sanitarias, gestores, profesionales y ciudadanos se encuentran *Informes periódicos y coyunturales*, para los que se establece que el MSC dispondrá de análisis relacionales de la información con el objetivo principal de facilitar la visión de conjunto y la comparabilidad de la información. Los análisis se realizarán sobre la información disponible, con la periodicidad que se establezca para cada uno de ellos: Igualmente se realizarán aquellos otros que sean solicitados a demanda de las administraciones sanitarias.

INTRODUCCIÓN (3)

Las condiciones a observar para el desarrollo de esta área de trabajo contemplan entre otras:

- Introducción de una serie de criterios de calidad de la información, de cara a su fiabilidad, comparabilidad e integración en el sistema de información SNS.
- Necesidad de normalizar la información con el ámbito internacional, especialmente en el seno de la Unión Europea, para permitir su comparabilidad.
- Necesidad de profundizar en los aspectos hasta ahora menos estudiados, relacionados con las prioridades de actuación establecidas por el Departamento y el conjunto del SNS (Estrategias de Salud y atención especializada en régimen ambulatorio).
- Introducción del enfoque de género.

El **Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud**, contempla entre las líneas de actuación de su estrategia 12, de transparencia, el proyecto de mejora e integración de los subsistemas de información. Dicho proyecto engloba una serie de actuaciones de mejora sobre diferentes ámbitos de la información, entre otros:

- Normalización de los sistemas de información.
- Redefinir y/o ampliar los contenidos de determinados subsistemas de información actualmente disponibles.
- Completar la implantación de los nuevos subsistemas de información, fundamentalmente en el ámbito de la atención primaria y de la asistencia especializada ambulatoria.
- Mejorar el tratamiento de la información, integrando los datos desde diferentes enfoques organizativos, funcionales, territoriales o cualesquiera otros que se consideren pertinentes.

INTRODUCCIÓN (4)

Actuaciones sobre el CMBD de hospitales.

Englobado en dichos proyectos, el plan incluye para el Conjunto Mínimo Básico de Datos las siguientes actuaciones:

- Normalización de la serie: En la actualidad, el Instituto de Información Sanitaria ha finalizado el proceso de normalización del registro de altas, lo que por primera vez permite contar con una serie validada de los datos de hospitalización, basada en las altas de los hospitales públicos o de utilización pública en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, que abarca desde 1997 hasta 2005 inclusive. Dicho registro se alberga en el repositorio de información del Sistema Nacional de Salud, y, a lo largo de 2006, ha integrado además datos del CMBD de Atención Ambulatoria Especializada (CMBD-AAE) con casos de Cirugía sin ingreso y Hospital de Día, principalmente.
- La ampliación de fronteras del mencionado registro a la hospitalización sin ingreso (Cirugía Mayor Ambulatoria y Hospital de Día), así como su mayor cobertura, extendiéndose al sector privado. De ese modo, en 2006 se han recibido más de 1.200.000 casos de Cirugía ambulatoria y hospital de día y casi 200.000 registros de hospitalización del sector privado.
- Elaboración y difusión de indicadores de referencia estatal y otras estadísticas básicas:
 - Están ya a disposición de usuarios con acceso restringido los principales datos de explotación del CMBD a través del Portal Estadístico del MSC mediante una aplicación de consulta que permite elaborar informes sobre los datos e indicadores más relevantes por diferentes dimensiones de explotación:
 - Datos estadísticos básicos por CCAA y por Grupo de hospital,

INTRODUCCIÓN (5)

- Distribución de causas de hospitalización (diagnósticos principales agrupados por capítulos) por grupos de edad y sexo y desagregados por CCAA
- Análisis de casos, estancias y costes de la casuística atendida clasificada mediante los Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD).

El **modelo de análisis** que se presenta pretende configurarse como una verdadera solución de gestión del conocimiento, y parte de la experiencia acumulada a través de todos estos años en la gestión de contenidos, conocimiento y experiencia tecnológica sobre el mencionado registro.

El **objetivo general** del proyecto es la obtención de un modelo de explotación de los datos del registro de altas de hospitalización que permita profundizar en el análisis de las características de la atención hospitalaria de los pacientes ingresados en el Sistema Nacional de Salud.

Los *objetivos específicos* que se pretenden conseguir son:

- Obtener indicadores necesarios para la elaboración y seguimiento de determinados programas y estrategias de salud y asistenciales y para el análisis y evaluación de la gestión clínica y sanitaria.
- Producir información sobre morbilidad atendida que contribuya al conocimiento del estado de salud de la población.

INTRODUCCIÓN (6)

- Suministrar datos sobre utilización de los recursos hospitalarios complementando la información proporcionada por las estadísticas de establecimientos con régimen de internado (ESCRI).
- Por último, la explotación de estos datos permitir, además de la producción de información para el sistema, la armonización y transferencia de información con las bases de datos de Organismos Internacionales (Eurostat, OCDE, OMS).

Complementariamente el modelo debe contemplar el propio análisis de calidad de la propia información (grado de consistencia y validez interna), informando de la auditoría de los datos como garantía de la calidad de la información que proporciona.

En un futuro próximo, se contempla la incorporación de otra información necesaria para la configuración de un modelo estratégico de información, clave tanto en las tareas de planificación como en las de gestión. Se persigue con ello apoyar la labor de armonización y normalización que se lleva a cabo en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, en el marco de los programas de desarrollo de sistemas de información con los diferentes organismos supra e internacionales. Con ello, nos dotamos también de un instrumento de análisis y comparación entre nosotros, y con otros países.

Las *condiciones* en las que se desarrolló el proyecto fueron las siguientes:

INTRODUCCIÓN (7)

1.- Para el análisis de situación y elaboración de una propuesta de explotación de los datos:

- Basada en el análisis y valoración de la disponibilidad de datos, la propuesta debía enmarcarse en el plan de desarrollo del sistema de información del Sistema Nacional de Salud, el conjunto de indicadores básicos del SNS en los apartados de provisión, calidad asistencial y seguridad del paciente.
- Asimismo debía contemplar, en los aspectos que corresponda, las propuestas de normalización de la información emanadas del grupo Salud de la OCDE en relación con indicadores del proyecto de calidad asistencial (Health Care Quality Indicators Project), el grupo de indicadores ECHI (European Core of Health Indicators) y el Partenariado en salud de Eurostat.
- Adicionalmente se valorarán las posibilidades de integración con el resto de la información disponible (económica y de recursos fundamentalmente).

El *producto* de esta fase es un compendio de **fichas técnicas de indicadores** propuestos, glosario de términos y notas metodológicas.

INTRODUCCIÓN (8)

2.- Desarrollo del modelo de análisis de datos y generación de un prototipo de obtención de indicadores.

- En base a las propuestas metodológicas y de las fichas técnicas de cada indicador, se propone un modelo de análisis, contemplando de entre las diferentes dimensiones de estudio, entre otras, las áreas de información y líneas de ajuste siguientes:
 - o Análisis de severidad y mortalidad (a partir de la clasificación y agrupación de pacientes con los Grupos Relacionados por el Diagnóstico – versión AP refinados – GRD-APR)
 - o Análisis de complicaciones y otros sucesos adversos (infecciones nosocomiales, lesiones, reingresos...).
 - o Análisis de funcionamiento (entre otros, casos potencialmente ambulatorios)
 - o Variabilidad de la práctica clínica (sobre selección de determinadas patologías de gran frecuencia o sobre determinados procedimientos).

El *producto* de esta fase se recoge en las fichas técnicas de los indicadores correspondientes, como *propuestas de análisis, filtros, ejes y líneas de ajuste*.

Los anexos detallan las clasificaciones e indicadores de referencia analizados para la propuesta.

El proyecto contempla asimismo la actualización del modelo a la luz de los cambios, resultados y propuestas definitivas que se vayan produciendo en los diferentes proyectos en desarrollo. Asimismo el modelo deberá adaptarse de acuerdo con las diferentes propuestas que se vayan aprobando en el marco de desarrollo de los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVO

DISEÑAR UN MODELO DE EXPLOTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL REGISTRO DEL CMBD QUE DE RESPUESTA DE FORMA ESTRUCTURADA, FIABLE Y SENCILLA A LAS NECESIDADES DE CONOCIMIENTO QUE HOY EN DÍA SE CONSIDERAN INELUDIBLES PARA LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL ÁMBITO DE LA HOSPITALIZACIÓN PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

METODOLOGÍA

FASES DE DESARROLLO



DESARROLLO



ENFOQUE PRINCIPAL

La propuesta final contempla una serie de componentes esenciales que, si bien el usuario final podrá disponer como decida para lograr el mejor conocimiento posible sobre aquello que sea de su interés, ejecutados en su totalidad permitirán un amplio conocimiento sobre la casuística de hospitalización que refleja el CMBD estatal.

Los componentes esenciales son:

- **DIMENSIONES:** Constituyen objetivos generales de conocimiento
- **EJES DE ANÁLISIS:** Constituyen líneas para el análisis de las dimensiones
- **INDICADORES:** Datos o conjuntos de datos cuyo resultado informan sobre facetas concretas de una o varias dimensiones.
- **NIVELES DE CLASIFICACIÓN:** Ámbitos recomendados para la elaboración de los indicadores, de tal manera que sus resultados puedan ser agrupados o desagregados por cada uno de ellos.
- **FILTROS:** Condiciones de selección que restringen el cálculo de indicadores a una muestra de la totalidad del universo. La selección se podrá realizar en base a una o varias variables.

CRITERIOS PARA LA ELECCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE LOS INDICADORES

Se han considerado los siguientes criterios principales:

- ✓ Los indicadores propuestos y su análisis puedan ser contruidos desde la información contenida en el CMBD, sin tener que recurrir a fuentes adicionales de información, manteniéndose así el enfoque básico de “disponer de un modelo de análisis del CMBD estatal de hospitalización”.
- ✓ Su definición y fórmula de cálculo responda a criterios de uso consolidado.
- ✓ Los elementos que se utilizan en su análisis estén avalados por proyectos⁽¹⁾ o literatura científica que pueda ser referenciada.
- ✓ En general se ha tratado de evitar la utilización de decisiones empíricas o de elaboración propia, aun cuando su lógica y pertinencia pueda ser suficiente para el equipo del proyecto.

(1): Ver anexo 2: Resumen de Indicadores Proyectos Internacionales de interés

DESCRIPCIÓN DE SITUACIÓN DE PARTIDA

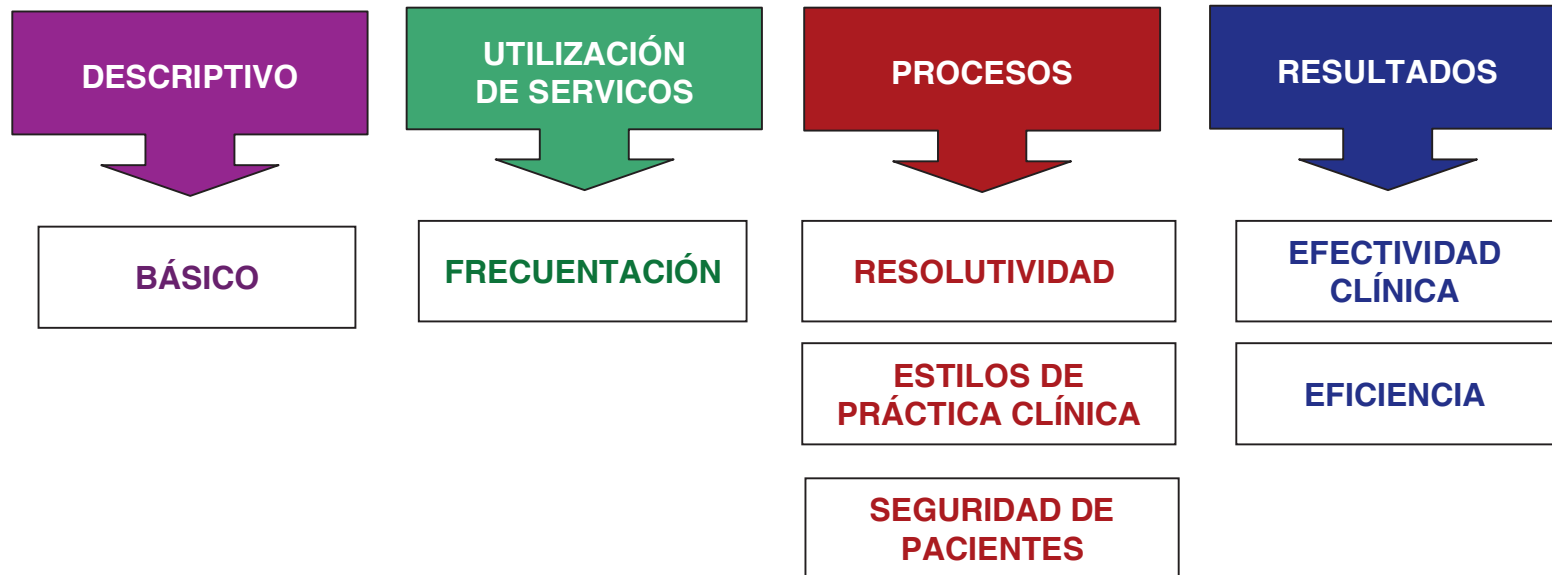
1.- Análisis de registros de CMBD. Año utilizado: 2004

- La fuente de datos ha sido el repositorio de datos que dispone en la actualidad el Ministerio de Sanidad y Consumo y que se construye desde los ficheros del CMBD que elabora y remite cada Comunidad Autónoma e INGESA. Este repositorio se construye tras una verificación de los datos originales enviados (1).
- Finalmente, en el repositorio se contienen registros de altas hospitalarias con datos validos y excluidos casos con estancia = 0 días con situación al alta distinta de éxitus y traslado a otro hospital (casos ambulatorios)
- Complementariamente, y en la medida que así se ha requerido, se ha utilizado información proveniente de la Encuesta de Establecimientos Sanitarios (ESCRI).
- **Agrupación de casuística por clases homogéneas**
 - Grupos Relacionados por el Diagnóstico (All Patient - GRD 18.0), y APr- GRD 15.0
- **Proyectos Internacionales considerados (revisión y obtención de evidencias):**
 - European Core of Health Indicators (ECHI)
 - Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Quality Indicators
 - OCDE : Health Care Quality Indicators Project (HCQI)

(1): Ver en Anexo 3: Validación y depuración de errores en el CMBD

MODELO DE ANÁLISIS

SE HAN UTILIZADO 7 DIMENSIONES DE ANÁLISIS



MODELO DE ANÁLISIS

- **Descriptivo:** Distribución de frecuencias para análisis de incidencias que permitan conocer desde un punto de vista puramente descriptivo el comportamiento de la serie. Incluye la ficha descriptiva por cada GRD que dispone en la actualidad el Instituto.
- **Frecuentación:** Tasa de uso (demanda espontánea) o de indicación (prestación indicada por un profesional) de la población en internamiento en centros sanitarios.
- **Resolutividad** medida en:
 - Duración del tránsito asistencial.
 - N° de contactos.
- **Estilos de práctica clínica** a través de estudios que evidencien el nivel de variabilidad.
- **Seguridad de pacientes:** medidas que identifiquen efectos yatrógenos o problemas prevenibles con el desarrollo de programas de gestión de riesgos.
- **Efectividad clínica:** restauración de la salud evitando efectos adversos. Medimos:
 - Restauración de salud.
 - Reducción de efectos adversos
- **Eficiencia:** Rendimiento de los recursos de las prestaciones asistenciales.

MODELO DE ANÁLISIS

EJES DE ANÁLISIS

- **Punto de corte:** Descriptivo
- **Serie temporal :** Descriptivo de año de estudio acompañado de valores de últimos tres años con diferencia porcentual entre extremos de la serie.
- **Valor base:** Comparativo con año elegido como año base de comparación.
- **Estándar intraserie:** Comparativo con valor medio de la totalidad de la serie.
- **Mejores prácticas:** Por grupo de hospitales, comparativo con valores que se obtienen cuando se utiliza la totalidad de las altas provenientes de aquellos hospitales que presentan el indicador en valores inferiores al percentil 25 de la totalidad de la serie.
- **Líneas de ajuste:** Recomendadas como ejes de análisis complementarios según las variables identificadas específicamente en cada indicador.

MODELO DE ANÁLISIS

CLASIFICACIÓN O AGRUPAMIENTO

- **Tipo de hospital:** N° camas.

0 a 249

250 a 499

500 a 999

más de 1000

- **Grupos de edad y por sexo:.**

Menor o igual a 1 año.

De 1 a 14 años

De 15 a 44 años.

De 45 a 74 años

Mayor de 75 años

- **Residencia:** CC.AA.

- **Tipo de alta:**

Domicilio

Exitus

Traslado otro Hospital

- **Tipo de ingreso:**

Urgente

Programado

- **Capítulo CIE:** 17 grupos

- **Sección CIE**

- **CDM:** 26 grupos.

- **Tipo de GRD:** Médico y Quirúrgico

- **Area Asistencial:** 5 grupos de agregación de GRD

Alta complejidad

Médicos

Quirúrgicos

Pediátricos

Obstétricos

- **Listado Reducido Internacional de Causas para la Tabulación de la Morbilidad Hospitalaria (Short List: ver Anexo I)**

MODELO DE ANÁLISIS

CLASIFICACIÓN POR ÁREA ASISTENCIAL

Alta Complejidad	GRD que corresponden a trasplantes y cirugía mayor del corazón y grandes vasos, sistema nervioso central, pulmón, hígado y páncreas.
Obstetricia	GRD asignados a la CDM 14
Pediatría	GRD de con edad de 0 a 14 años
Médica	Resto de GRD tipo M
Quirúrgica	Resto de GRD tipo Q

DEFINICIÓN DE INDICADORES

Para cada indicador se presenta una **FICHA TÉCNICA**

Los campos que componen esta ficha técnica estarán divididos en cuatro grandes grupos:

- Campos de descripción del indicador
- Campos para la presentación del indicador
- Campos para el análisis del indicador
- Campos para el análisis del resultado del indicador

DEFINICIÓN DE INDICADORES

FICHA TÉCNICA: Campos de descripción del indicador

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador	Literal por el que se identifica
Definición	Descripción del objetivo(s) de conocimiento que pretende alcanzar
Dimensión(es) de conocimiento donde se encuadra	Nombre de la dimensión
Datos que intervienen en la construcción del indicador	Se enumeran todos aquellos datos que sean necesarios para su calculo: Nombre , definición y fuente de procedencia.
Fórmula de cálculo	Se describe, si procede, el método de cálculo para la obtención del indicador
Unidades de medida del resultado	Se especifica la unidad de medida en que se expresa el resultado del indicador
Tendencia Positiva	Se especifica la tendencia que identifica el mejor comportamiento: Ascendente- Descendente

DEFINICIÓN DE INDICADORES

FICHA TÉCNICA: Campos de presentación del indicador

PRESENTACIÓN DEL INDICADOR	
CAMPO	CONTENIDO
Formato	Número Cualidad
Orden de presentación	Ordenación de la presentación de los resultados del indicador: ascendente, descendente,
Campos que se muestran en el resultado del indicador	Campos que se presentan acompañando al indicador al mostrar su resultado

DEFINICIÓN DE INDICADORES

FICHA TÉCNICA: Campos para el análisis del indicador

ANÁLISIS DEL INDICADOR	
CAMPO	CONTENIDO
Garantías para el cálculo	Se enumeran las condiciones de robustez y consistencia que debe cumplir la serie para que la fórmula de cálculo empleada para la obtención del indicador no incorpore sesgos no conocidos en la lectura de sus resultados.
Variables influyentes para el indicador	Donde proceda, se enumeran los datos de la serie que pueden modificar el valor del indicador. Se trata de describir las variables (otros ítems del CMBD o fuentes adicionales) que pueden afectar al resultado del indicador.
Situaciones que afectan al indicador	Para las variables anteriores, si las hubiera, describir los resultados que, de darse en ellas, obligan a matizar el significado del resultado obtenido en el indicador.

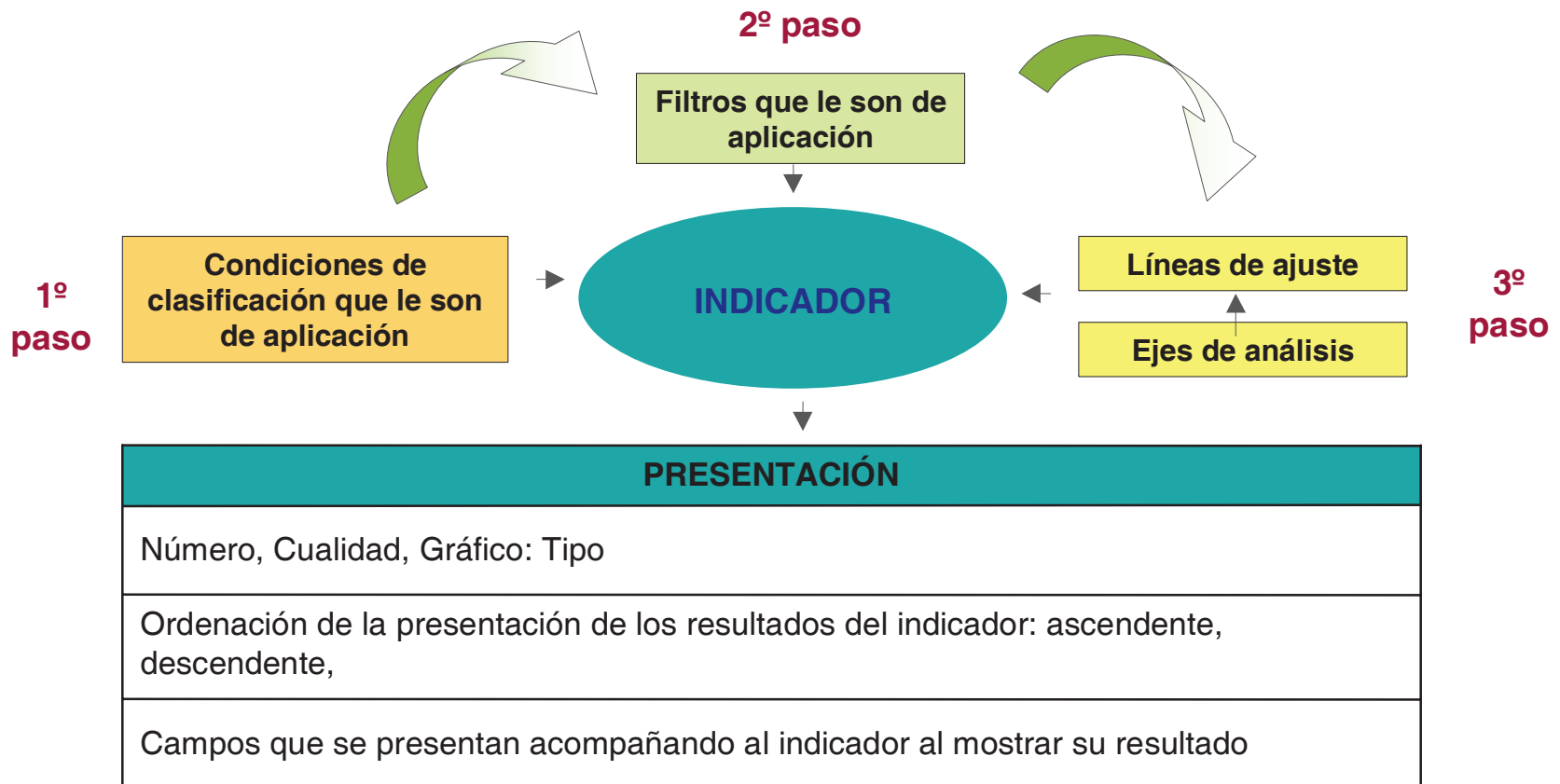
DEFINICIÓN DE INDICADORES

FICHA TÉCNICA: Campos para el análisis del resultado del indicador

ANÁLISIS DEL RESULTADO DEL INDICADOR	
CAMPO	CONTENIDO
Homogeneidad de la serie para el indicador	Estándar y variabilidad intraserie
Clasificación o agrupamiento	Ámbitos recomendados para la elaboración de los indicadores, de tal manera que sus resultados puedan ser agrupados o desagregados por cada uno de ellos.
Filtros	Condiciones de selección que restringen el cálculo de indicadores a una muestra de la totalidad del universo. La selección se podrá realizar en base a una o varias variables
Ejes de análisis	Constituyen líneas para el análisis de las dimensiones: <ul style="list-style-type: none">• Punto de corte• Serie temporal• Valor base• Mejores prácticas• Líneas de ajuste

MODELO FUNCIONAL

SIPNOSIS DEL MODELO



Descripción de Indicadores

RESUMEN DE INDICADORES PROPUESTOS

10 INDICADORES	ANÁLISIS DESCRIPTIVO POR GRD	UTILIZACIÓN	DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO				MODELO DE PRÁCTICA CLÍNICA
			RESOLUTIVIDAD	SEGURIDAD DE PACIENTES	EFFECTIVIDAD CLÍNICA	EFICIENCIA	
Reingresos							
Estancia Media							
Estancia Media Preoperatoria							
Frecuentación Hospitalaria							
Mortalidad							
Ambulatorización Quirúrgica							
Infección Nosocomial							
Complicaciones							
Tasa de Cesáreas							
Tasas de Realización							
TOTAL	6	2	3	3	6	3	3

Ámbito de aplicación: SIE- H (CMBD validado y excluidos casos con estancia = 0)

DESCRIPTIVO DEL UNIVERSO CMBD

✓ Total CMBD (antes de validación):

- Total casos
- Descripción de casos con estancia = 0
- Descripción de calidad de los datos
 - Campos con ausencias o errores
 - Codificación de datos clínicos

✓ CMBD: SIE-H (repositorio final):

- Descripción y representación de la serie:
 - Media, mediana (opcional)
 - Desviación
 - Tabla de frecuencias
 - Edad
 - Sexo
 - Financiado
 - Tipo de ingreso
- Incidencia de códigos CIE (25 más frecuentes)
- Incidencia Capítulos CIE
- Diagnóstico Principal CIE (25 más frecuentes)
- Procedimiento CIE (25 más frecuentes)
- Código M: Comportamiento, morfologías, (10 más frecuentes)
- Código E (10 más frecuentes)

ANÁLISIS DE CALIDAD DE LA CODIFICACIÓN

Medido en base a 4 variables ponderadas:

- 40%: % de GRDS 470 (No agrupable)
- 20%: % de diagnósticos no válidos (códigos CIE incompletos)
- 25%: N° de Diagnósticos (orden descendente)
- 15%: % de diagnósticos inespecíficos: acabado en 9 para diagnósticos de 4 dígitos y acabados en 0 para diagnósticos de 5 dígitos

Para cada una de las variables especificadas se elabora una escala de 0 a 10 puntos con las siguientes :

- 1 puntos: supera el percentil 90 del conjunto de hospitales.
- 3 puntos: supera el percentil 75 del conjunto de hospitales.
- 5 puntos: supera el percentil 50 del conjunto de hospitales.
- 8 puntos: supera el percentil 25 del conjunto de hospitales.
- 10 puntos: Inferior al percentil 25 del conjunto de hospitales.

Fórmula de puntuación global: Índice de calidad

- Suma de todas la puntuaciones obtenidas multiplicadas por su valor relativo y dividido por 100

PROPUESTA DE INDICADORES

DESCRIPTIVO POR GRD

- FICHA ACTUAL POR CADA GRD

- INDICADORES QUE ADMITEN ANÁLISIS POR GRD
 - **Reingresos**
 - **Estancia Media**
 - **Estancia Media Preoperatoria**
 - **Frecuentación Hospitalaria**
 - **Mortalidad**
 - **Ambulatorización Quirúrgica**

- VARIABILIDAD INTRA GRD POR GRUPO DE HOSPITAL
 - Indicadores
 - Tipo de ingreso
 - Casos extremos

RESUMEN DE INDICADORES PROPUESTOS

INDICADOR	INCLUYE
Reingresos	Total
	<=7 días
	>7 y <=30 días
Estancia Media	Total
	Depurada
Estancia Media Preoperatoria	Total
	En ingreso urgente
	En ingreso programado
Ambulatorización Quirúrgica	Total
	Potencialmente ambulatorizables
Infección Nosocomial	Total
	En pacientes quirúrgicos
Tasa de cesáreas	Total
Frecuentación Hospitalaria	En la población
	En el hospital

RESUMEN DE INDICADORES PROPUESTOS

INDICADOR	INCLUYE	
Mortalidad	Total	
	GRD de baja mortalidad	INCLUYE
	GRD de especial interés ->	Resección de aneurisma aórtico abdominal
		Resección esofágica
		Bypass coronario
		Endarterectomía carotídea
		Craneotomía
		Pancreatectomía
		Angioplastia coronaria
		Infarto Agudo Miocardio
		Insuficiencia cardiaca congestiva
		Accidente cerebro vascular
		Hemorragia gastrointestinal
Fractura de cadera		
Prótesis de cadera		
Tasa de mortalidad en asma en pacientes en edad 5-39		
Neumonía		

RESUMEN DE INDICADORES PROPUESTOS

INDICADOR	INCLUYE	
Complicaciones	Total	INCLUYE
		Úlcera de decúbito
		Neumotórax iatrogénico
		Reacción trasfusional
		Fractura de cadera en hospitalizados
	Complicaciones de especial interés ->	Hemorragia o hematoma postoperatorio
		Trauma Obstétrico
		Tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda

RESUMEN DE INDICADORES PROPUESTOS

Tasas de realización de procesos quirúrgicos
ALTA COMPLEJIDAD
Resección de aneurisma aórtico abdominal
Resección esofágica
Bypass coronario
Endarterectomía carotídea
Pancreatectomía
Angioplastia coronaria percutánea
ESPECIAL INTERÉS
Colecistectomía laparoscópica (%)
Histerectomía
Prótesis total de rodilla
Prótesis total de cadera
Cirugía de fractura de cadera en las primeras 48 h de ingreso (%)

Fichas Técnicas Indicadores

ÍNDICE

10 INDICADORES	Pagina	UTILIZACIÓN	DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO				MODELO DE PRÁCTICA CLÍNICA
			RESOLUTIVIDAD	SEGURIDAD DE PACIENTES	EFFECTIVIDAD CLÍNICA	EFICIENCIA	
Reingresos	56						
Estancia Media	52						
Estancia Media Preoperatoria	75						
Frecuentación Hospitalaria	73						
Mortalidad	61						
Ambulatorización Quirúrgica	59						
Infección Nosocomial	71						
Complicaciones	77						
Tasa de Cesáreas	54						
Tasas de Realización	87						

ESTANCIA MEDIA

NOMBRE	ETIQUETA	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN
Estancia Media ¹	EM	Promedio de la duración de la estancia en el hospital	Resolutividad - Efectividad Clínica
DESCRIPCIÓN	<p>La EM refleja el tiempo desde que un paciente ingresa en el hospital hasta que recupera su salud lo suficiente como para recibir cuidados en su entorno habitual.</p> <p>La hospitalización tiene como objeto curar o aliviar el problema de salud intentando incorporar al paciente en el menor tiempo posible a su entorno habitual. Es por lo tanto un indicador principalmente de resolutividad que esta midiendo la celeridad con la que el hospital desarrolla los planes para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Sin embargo también permite una visión de efectividad clínica ya que las complicaciones y efectos adversos de la práctica clínica prolongan la estancia. Una baja estancia media esta vinculada al desarrollo de un practica clínica resolutive sustentada en la adecuación de uso de los recursos sanitarios y que provee cuidados efectivos al paciente.</p> <p>En resumen, una baja estancia media es un buen indicador de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una baja tasa de complicaciones y efectos adversos - Una practica clínica adecuada y resolutive - Un adecuada continuidad de los cuidados en otros niveles de asistencia - Adecuados dispositivos de asistencia posthospitalización en el entorno del paciente ya sean de carácter domiciliario o de apoyo sociosanitario 		
DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR			
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATO	DATO
Sumatorio de la diferencia entre la fecha de alta y la fecha de ingreso dividido por el nº de altas		Fecha de Ingreso	Fecha de alta
		DEFINICIÓN	DEFINICIÓN
		Fecha en la que el paciente es admitido en el hospital y ocupa una cama definida como de hospitalización	Fecha en la que el paciente es dado de alta médica o cursa alta voluntaria en el hospital y abandona una cama definida como de hospitalización
UNIDADES DE MEDIDA DEL RESULTADO		FUENTE	FUENTE
Días		CMBD	CMBD
PRESENTACIÓN DEL INDICADOR			
FORMATO	ORDEN DE PRESENTACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR	
Número	Ascendente por valor de EM	<ul style="list-style-type: none"> ·Número de altas, total estancias, estancia media, Punto de corte, número de casos extremos, porcentaje de casos extremos sobre total de altas, estancia media sin casos extremos. ·Filas por CDM: código CDM, descriptor CDM, Número de altas, total estancias, estancia media, Punto de corte, número de casos extremos, porcentaje de casos extremos sobre total de altas, estancia media sin casos extremos. ·Filas por capítulo CIE de diagnóstico principal: capítulo, descriptor, Número de altas, total estancias, estancia media, Punto de corte, número de casos extremos, porcentaje de casos extremos sobre total de altas, estancia media sin casos extremos 	

ESTANCIA MEDIA

ANÁLISIS DEL INDICADOR		
PRECAUCIONES PARA EL ANÁLISIS	VARIABLES INFLUYENTES PARA EL INDICADOR	SITUACIONES QUE AFECTAN AL INDICADOR
	<ul style="list-style-type: none"> ·Tipo de ingreso ·Complejidad de la casuística atendida ·Edad 	<ul style="list-style-type: none"> ·Tipo de ingreso: Con carácter general el ingreso urgente puede suponer una mayor estancia media a igualdad de patología que cuando este es programado. Esta situación es especialmente relevante en los ingresos quirúrgicos. ·Complejidad: Cuando la complejidad de la casuística atendida medida es inferior a la media de la serie podría producirse una disminución de la estancia media que no indica necesariamente una mayor efectividad y/o resolutiveidad. ·Edad: Una edad media significativamente distinta a la media de la serie puede influir en el comportamiento de la EM
ANÁLISIS DEL RESULTADO DEL INDICADOR		
TENDENCIA POSITIVA	CLASIFICACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR EN CADA CLASIFICACIÓN
Decreciente	VER CRITERIOS DE PRESENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ·Los asociados al indicador ·Significación estadística de las diferencias del total con respecto a la serie ·Percentil donde se ubica el total con respecto a la serie.
FILTROS		EJES DE ANÁLISIS
		<p>Modelos de análisis que se recomiendan para el indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Punto de corte: Descriptivo -Serie temporal: Descriptivo de año de estudio acompañado de valores de últimos tres años. -Valor base: Comparativo con año elegido como año base de comparación -Estándar intraserie: Comparativo con valor medio de la totalidad de la serie -Mejores prácticas -Líneas de ajuste: <ul style="list-style-type: none"> ▫Por casuística (IEMA). Recomendable cuando la complejidad media es significativamente superior o inferior a la complejidad media de la serie. ▫Por edad: Recomendable cuando la edad media es significativamente superior o inferior a la edad media de la serie.

COMENTARIOS:

Se ha recogido su presencia en European Community Health Indicators (ECHI 2005) y en los informes anuales del análisis del CMBD estatal realizados por el Instituto de Información Sanitaria.

TASA DE CESÁREAS

INDICADOR			
NOMBRE	ETIQUETA	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN
Tasa de Cesáreas ¹	TC	Partos realizados con cesárea	Estilo de práctica clínica
DESCRIPCIÓN	<p>La tasa de cesárea se ha identificado como un indicador de buena práctica relacionando una baja tasa con un buen control del embarazo y con una correcta asistencia al parto. En general, se considera que los problemas clínicos que derivan en la indicación de una cesárea se distribuyen de una forma homogénea en el conjunto de la red hospitalaria, por lo que la tasa de cesáreas se vincula más a estilos de práctica clínica que a comorbilidades o complicaciones de las pacientes. Sin embargo, los centros que concentran unidades de tratamiento de la infertilidad o unidades neonatales de referencia pueden justificar una mayor tasa de cesáreas.</p> <p>Se considera dos tasas diferenciadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tasa global referida a la totalidad de las cesáreas y partos declarados como tales, utilizando para ello el registro de ESCRI que incluye centros públicos y privados. - Tasa global referida a la totalidad de las cesáreas y partos declarados como tales, utilizando para ello el registro de CMBD que incluye en la actualidad mayoritariamente solo centros públicos 		
FÓRMULA DE CÁLCULO	DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		
(Nº de altas en GRDs de cesáreas / Nº de altas en GRD de parto)*100	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATO	DATO
		Altas con cesáreas	Altas de parto
		DEFINICIÓN	DEFINICIÓN
		Casos de CMBD con situación al alta en GRD 370, 371, 650, 651	Casos de CMBD con situación al alta en GRD 370, 371,650, 651, 372, 373,374,375,652
UNIDADES DE MEDIDA DEL RESULTADO	FUENTE	FUENTE	
Altas	ESCRI - CMBD de hospitalización	ESCRI - CMBD de hospitalización	
PRESENTACIÓN DEL INDICADOR			
FORMATO	ORDEN DE PRESENTACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR	
Porcentaje	Línea única	Número de partos, edad media, estancia media, número de cesáreas, % de cesáreas, edad media, estancia media	

TASA DE CESÁREAS

ANÁLISIS DEL INDICADOR		
PRECAUCIONES PARA EL ANÁLISIS	VARIABLES INFLUYENTES PARA EL INDICADOR	SITUACIONES QUE AFECTAN AL INDICADOR
	<ul style="list-style-type: none"> ·Edad ·Edad gestacional: nivel de prematuridad del producto del parto 	<ul style="list-style-type: none"> ·Edad: Edades maternas altas pueden suponer una mayor indicación de cesáreas ·Prematuridad: Mayor prematuridad puede suponer una mayor indicación de cesáreas
ANÁLISIS DEL RESULTADO DEL INDICADOR		
TENDENCIA POSITIVA	CLASIFICACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR EN CADA CLASIFICACIÓN
Decreciente	VER CRITERIOS DE PRESENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ·Los asociados al indicador ·Significación estadística de las diferencias del porcentaje total con respecto a la totalidad de la serie ·Percentil donde se ubica el porcentaje total con respecto a la totalidad de la serie.
FILTROS		EJES DE ANÁLISIS
Incluye/excluye : ·Casos con historia de cesárea previa (código CIE9CM: 654.2 como diagnóstico secundario) ·Casos con RN prematuros.(Código CIE9CM: 644.0 o 644.2 en cualquier posición del diagnóstico.		Modelos de análisis que se recomiendan para el indicador: -Punto de corte: Descriptivo -Serie temporal!: Descriptivo de año de estudio acompañado de valores de últimos tres años. -Valor base: Comparativo con año elegido como año base de comparación -Estándar intraserie: Comparativo con valor medio de la totalidad de la serie -Mejores prácticas ¹ Líneas de ajuste: <ul style="list-style-type: none"> ○Por edad. Especialmente recomendable cuando la edad media es significativamente superior o inferior a la media de la serie. ○Por prematuridad. Especialmente recomendable cuando la incidencia de prematuridad. es superior a la media.

COMENTARIOS:

Se ha recogido su presencia en las fichas de indicadores propuestos en proyectos Eurostat y OCDE, Community and Health System Characteristics de Canadian Institute for Health Information, Inpatient Quality Indicators de Agency for Healthcare Research and Quality

TASA DE REINGRESOS

INDICADOR			
NOMBRE	ETIQUETA	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN
Tasa de Reingresos ¹	RG	Porcentaje de altas producidas en un mismo paciente en un periodo de tiempo delimitado tras el episodio índice	Efectividad Clínica
DESCRIPCIÓN	<p>Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) tras un alta previa en el mismo hospital. Esta definición supera otras vinculadas a limitar el concepto a un reingreso por un diagnóstico principal relacionado con el ingreso previo, ya que se ha comprobado que existen numerosos reingresos claramente relacionados con el ingreso previo pero cuyo diagnóstico principal no está relacionado con el diagnóstico del primer ingreso.</p> <p>Los reingresos tienen una dependencia con la morbilidad atendida en el hospital y con la comorbilidad de los pacientes. Un parte relevante de los mismos están vinculados a la patología crónica respiratoria y cardíaca que son los grupos de enfermedad que concentran un número importante de los reingresos.</p> <p>Con carácter general, los reingresos pueden ser indicativos de dos situaciones diferenciadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·La estabilidad clínica en el curso evolutivo de la patología atendida: En este caso, los reingresos están motivados por complicaciones surgidas después del alta pudiendo, entonces, reflejar un inadecuado seguimiento del paciente tras el alta. ·La estabilidad clínica del paciente en el momento del alta hospitalaria: En este caso, los reingresos pueden indicar un alta de hospitalización prematura. <p>Es por esta razón que se utilizan dos periodos de tiempo para subclasificar los reingresos: Antes de los 8 días del alta y desde el 8º al 30º</p>		
FORMATO DEL INDICADOR			
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATO	DATO
(Nº de altas con reingresos en ≤t días / Nº de altas con tipo de alta distinto de exitus)*100. Reingresos a los 7 días: t < 8 Reingresos a los 30 días: 7 < t < 31	Excluye los reingresos en los que el GRD del nuevo ingreso pertenece a la CDM!: ·CDM 21: Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos ·CDM 22: Quemaduras ·CDM 25: Politraumatismos	Nº de altas con reingresos	Altas de hospitalización
		DEFINICIÓN	DEFINICIÓN
		La condición de reingresos en un mismo paciente en un mismo hospital, se hace a partir de la identificación de pacientes para ese mismo hospital y para el mismo año, a partir del número de historia, código de hospital, fecha de nacimiento y sexo ¹ . Para una serie correspondiente a la totalidad de un año se realiza sobre los ingresos índices ocurridos en los primeros 11 meses del año.	Número de casos CMBD hospitalización
UNIDADES DE MEDIDA DEL RESULTADO		FUENTE	FUENTE
Altas		CMBD- GRD	CMBD

TASA DE REINGRESOS

PRESENTACIÓN DEL INDICADOR		
FORMATO	ORDEN DE PRESENTACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR
Porcentaje	Ascendente por valor de porcentaje de reingresos	<ul style="list-style-type: none"> ·Número de altas, estancia media, número de reingresos, porcentaje de reingresos del total de altas, estancia media de los reingresos, número de reingresos <8 días, porcentaje sobre total de reingresos, número de reingresos 8-30 días, porcentaje sobre total de reingresos ·Filas por CDM del GRD del episodio índice: código CDM, descriptor CDM, número de altas, estancia media, número de reingresos, porcentaje de reingresos del total de altas, estancia media de los reingresos, número de reingresos <8 días, porcentaje sobre total de reingresos, número de reingresos 8-30 días, porcentaje sobre total de reingresos. ·Filas por capítulo CIE de diagnóstico principal del episodio índice: capítulo, descriptor, número de altas, estancia media, número de reingresos, porcentaje de reingresos del total de altas, estancia media de los reingresos, número de reingresos <8 días, porcentaje sobre total de reingresos, número de reingresos 8-30 días, porcentaje sobre total de reingresos
ANÁLISIS DEL INDICADOR		
PRECAUCIONES PARA EL ANÁLISIS	VARIABLES INFLUYENTES PARA EL INDICADOR	SITUACIONES QUE AFECTAN AL INDICADOR
	<ul style="list-style-type: none"> ·Complejidad de la casuística: Peso medio AP-GRD ·Edad ·Severidad: Severidad media por APR-GRD 	<ul style="list-style-type: none"> ·Complejidad: Cuando la complejidad de la casuística atendida medida a través del peso relativo es superior a la media de la serie podría producirse un aumento del riesgo de un peor curso clínico tras el alta. Por tanto si la complejidad media es superior a la media debería realizarse un ajuste por este variable cuando se utilice un análisis comparativo ·Edad: Edades avanzadas suponen una mayor fragilidad del paciente frente a la convalecencia de determinadas enfermedades ·Severidad: Es indudable que la severidad de la casuística influye en la probabilidad de que aparezcan complicaciones o efectos adversos posteriores al alta. Por tanto si la severidad media es superior a la media de la serie debería realizarse un ajuste por este variable cuando se utilice un análisis comparativo

TASA DE REINGRESOS

ANÁLISIS DEL RESULTADO DEL INDICADOR		
TENDENCIA POSITIVA	CLASIFICACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR EN CADA CLASIFICACIÓN
Decreciente	VER CRITERIOS DE PRESENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> · Los asociados al indicador · Significación estadística de las diferencias del porcentaje total de reingresos con respecto a la totalidad de la serie · Percentil donde se ubica el porcentaje total de reingresos con respecto a la totalidad de la serie.
FILTROS	MODELO DE ANÁLISIS	
Incluye /excluye episodios índices de : <ul style="list-style-type: none"> · EPOC (GRD 088) · Fallo cardiaco (GRD 127) · Reingresos misma CDM que el episodio índice 	Modelos de análisis que se recomiendan para el indicador: <ul style="list-style-type: none"> - Punto de corte: Descriptivo - Serie temporal: Descriptivo de año de estudio acompañado de valores de últimos tres años. - Valor base: Comparativo con año elegido como año base de comparación - Estándar intraserie: Comparativo con valor medio de la totalidad de la serie - Mejores prácticas! Líneas de ajuste: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Por casuística. Especialmente recomendable cuando la complejidad media es significativamente superior o inferior a la complejidad media de la serie. ▪ Por edad. ▪ Por severidad. Especialmente recomendable cuando la severidad media es significativamente superior o inferior a la severidad media de la serie. 	

COMENTARIOS:

Se ha recogido su presencia en International Quality Indicator Project elaborado por el Center for Performance Sciences de la Association of Maryland Hospitals and Health Systems (2006)

PORCENTAJE DE AMBULATORIZACIÓN DE PROCESOS QUIRÚRGICOS

NOMBRE	ETIQUETA	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	
Porcentaje de Ambulatorización de Procesos Quirúrgicos ¹	PAPQ	Relación entre intervenciones quirúrgicas ambulatorias y total de intervenciones quirúrgicas realizadas	Resolutividad - Eficiencia	
DESCRIPCIÓN	<p>La ambulatorización tiene por objeto realizar la asistencia sanitaria que precisa el paciente con garantías de seguridad y efectividad clínica pero evitando el internamiento. Se considera una práctica que en general es beneficiosa para el paciente y complementariamente representa una mejor utilización de los recursos.</p> <p>Es indudable que determinadas condiciones ajenas a la pura práctica clínica pueden influir en el valor de este indicador, como son : La dispersión geográfica de la población con altas isócronas de acceso al hospital, el desarrollo de elementos de coordinación con atención primaria, o bien la disponibilidad de recursos de atención domiciliaria en el área sanitaria.</p> <p>Se considera dos tasas diferenciadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Tasa global referida a la totalidad de las intervenciones quirúrgicas declaradas como tales, utilizando para ello el registro de ESCRI ·Tasa específica para determinados procesos considerados potencialmente ambulatorios, utilizando para ello el CMBD de hospitalización y ambulatorio. 			
FÓRMULA DE CÁLCULO		DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		
(Nº de intervenciones quirúrgicas sin ingreso / Nº total de intervenciones)*100	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATO	DATO	
	Se considera intervención quirúrgica aquel procedimiento que se realiza con uso de quirófano excluyendo, por tanto los procedimientos menores en los cuales no se utilice dicho recurso.	Intervenciones quirúrgicas sin ingreso	Total de intervenciones	
		DEFINICIÓN	DEFINICIÓN	
		Intervención quirúrgica que se realiza sin cursar ingreso	Sumatorio del número de altas de hospitalización donde se ha realizado un procedimiento quirúrgico y del número de casos con intervención quirúrgica sin ingreso	
UNIDADES DE MEDIDA DEL RESULTADO	FUENTE	FUENTE		
Intervenciones quirúrgicas	ESCRI (Tasa Global) - CMBD ambulatorio (Tasa Específica)	ESCRI (Tasa Global) - CMBD de hospitalización y CMBD ambulatorio (Tasa Específica)		
PRESENTACIÓN DEL INDICADOR				
FORMATO	ORDEN DE PRESENTACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR		
Porcentaje	Descendente por valor de porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> ·Número total de altas con procedimiento quirúrgico, estancia media, número total de altas con procedimiento quirúrgico ambulatorio, porcentaje sobre el total. ·Filas por CDM: código CDM, descriptor CDM, número total de altas con procedimiento quirúrgico, estancia media, número total de altas con procedimiento quirúrgico ambulatorio, porcentaje sobre el total. ·Filas por capítulo CIE de diagnóstico principal: capítulo, descriptor, número total de altas con procedimiento quirúrgico, estancia media, número total de altas con procedimiento quirúrgico ambulatorio, porcentaje sobre el total. 		

PORCENTAJE DE AMBULATORIZACIÓN DE PROCESOS QUIRÚRGICOS

ANÁLISIS DEL INDICADOR		
PRECAUCIONES PARA EL ANÁLISIS	VARIABLES INFLUYENTES PARA EL INDICADOR	SITUACIONES QUE AFECTAN AL INDICADOR
<p>Este indicador puede mostrar una variedad de artefactos que afecten a su validez y fiabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cirugía realizada fuera de quirófano: Existe una indudable tendencia a externalizar del quirófano hacia salas de cura y “quirofanillos” determinados procedimientos quirúrgicos menores. Esta tendencia no es en absoluto homogénea y tiene una indudable influencia en el resultado del indicador. -La variedad de criterios de inclusión de la cirugía urgente ambulatoria en el CMBD ambulatorio. Su impacto se estima menor. 		
ANÁLISIS DEL RESULTADO DEL INDICADOR		
TENDENCIA POSITIVA	CLASIFICACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR EN CADA CLASIFICACIÓN
Creciente	VER CRITERIOS DE PRESENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> · Los asociados al indicador · Significación estadística de las diferencias del porcentaje total con respecto a la totalidad de la serie · Percentil donde se ubica el porcentaje total con respecto a la totalidad de la serie.
FILTROS		EJES DE ANÁLISIS
		<p>Modelos de análisis que se recomiendan para el indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Punto de corte: Descriptivo -Serie temporal: Descriptivo de año de estudio acompañado de valores de últimos tres años. -Valor base: Comparativo con año elegido como año base de comparación -Estándar intraserie: Comparativo con valor medio de la totalidad de la serie -Mejores prácticas¹

COMENTARIOS:

Generalmente en el CMBD ambulatorio se producen fugas en el registro de las intervenciones quirúrgicas que se realizan con carácter urgente en el curso de una visita del paciente al servicio de urgencias (número escaso). Así mismo con relativa frecuencia se detectan condiciones de subregistro en el campo de fecha de intervención del CMBD de hospitalización. Por estas razones, si consideramos el indicador de forma global, la fuente de información teóricamente más sensible debería ser ESCRI, donde se registran la totalidad de las intervenciones quirúrgicas con hospitalización y ambulatoria

Se consideran “Procedimientos Potencialmente Ambuladorizables” aquellos que aparecen registrados en el CMBD-A. Para la clasificación inicialmente propuesta se consideran los 25 más frecuentes encontrados en el CMBD – AAE del año de estudio. Esta clasificación indicará los procedimientos incluidos pero se mostrarán también como valor acumulado

TASA MORTALIDAD

INDICADOR			
NOMBRE	ETIQUETA	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN
Tasa Mortalidad ¹	M	Altas con destino al alta de fallecimiento	Efectividad Clínica
DESCRIPCIÓN	<p>La mortalidad representa uno de los indicadores de calidad más consolidados. Sin embargo es un indicador multifactorial que precisa ser acotado para su correcta interpretación. En procesos médicos, la mayoría de ellos de carácter urgente, la mortalidad además de la calidad de cuidados está muy relacionado con la comorbilidad de los pacientes, con la organización asistencial y con el nivel de adecuación de ingresos. Referente a los cuidados paliativos, en algunos hospitales se realizan a domicilio del paciente, a través de Unidades de Atención Domiciliaria, o en otros se derivan a centros especializados en estos cuidados, lo que reduce la mortalidad.</p> <p>Otro factor importante a considerar es la adecuación de ingresos. Cuanto mayor es esta adecuación mayor es la mortalidad porque los ingresos inadecuados corresponden en todos los casos a problemas de salud con estabilidad clínica suficiente para no precisar de hospitalización y con una baja mortalidad.</p> <p>El análisis de la mortalidad tiene especial valor en dos circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad en cirugía electiva de alta complejidad principalmente del sistemas nervioso central, corazón, tórax y cirugía mayor del aparato digestivo - Mortalidad en procesos en los que es excepcional que esta situación suceda. Es lo que ha venido en denominarse "Mortalidad en GRD de baja mortalidad" que es objeto de un tratamiento diferenciado a través de la creación de un indicador específico 		
DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR			
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATO	DATO
(Nº de altas por éxitos / Nº de altas)*100		Altas con éxitos	Altas de hospitalización
		DEFINICIÓN	DEFINICIÓN
Casos de CMBD con circunstancias al alta de éxitos		Número de casos CMBD hospitalización	
UNIDADES DE MEDIDA DEL RESULTADO		FUENTE	FUENTE
Altas			
PRESENTACIÓN DEL INDICADOR			
FORMATO	ORDEN DE PRESENTACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR	
Porcentaje	Ascendente por valor de porcentaje de mortalidad	<ul style="list-style-type: none"> ·Número de altas, peso medio, estancia media, número de éxitos, Porcentaje de éxitos del total de altas, peso medio de los éxitos, estancia media de los éxitos. ·Filas por CDM: código CDM, descriptor CDM, número de altas, peso medio, estancia media, número de éxitos, Porcentaje de éxitos del total de altas, peso medio de los éxitos, estancia media de los éxitos ·Filas por capítulo CIE de diagnóstico principal: capítulo, descriptor, Número de altas, peso medio, estancia media, número de éxitos, Porcentaje de éxitos del total de altas, peso medio de los éxitos, estancia media de los éxitos 	

TASA MORTALIDAD

ANÁLISIS DEL INDICADOR		
PRECAUCIONES PARA EL ANÁLISIS	VARIABLES INFLUYENTES PARA EL INDICADOR	SITUACIONES QUE AFECTAN AL INDICADOR
	<ul style="list-style-type: none"> ·Destino al alta ·Complejidad de la casuística ·Edad ·Severidad 	<ul style="list-style-type: none"> ·Destino al alta: Cuando la incidencia de destino al alta de traslado a otro hospital+alta voluntaria es superior a la media de la serie, puede indicar un modelo organizativo que trasfiera la mortalidad hacia otros centros o bien hacia el propio domicilio del paciente. ·Complejidad: Cuando la complejidad de la casuística atendida medida a través del peso relativo es superior a la media de la serie podría producirse un aumento de la mortalidad derivada de una mayor severidad de la patología atendida. ·Edad: Si bien la mortalidad se debe relacionar con la complejidad y/o severidad de la casuística atendida, es indudable que edades avanzadas suponen una mayor fragilidad del paciente frente a una determinada morbilidad. ·Severidad: Es indudable que la severidad de la casuística influye en la mortalidad. Por tanto si la severidad media es superior a la media debería realizarse un ajuste por este variable cuando se utilice un análisis comparativo
ANÁLISIS DEL RESULTADO DEL INDICADOR		
TENDENCIA POSITIVA	CLASIFICACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR EN CADA CLASIFICACIÓN
Decreciente	VER CRITERIOS DE PRESENTACIÓN GRD de baja mortalidad Procesos de especial interés	<ul style="list-style-type: none"> ·Los asociados al indicador ·Significación estadística de las diferencias del porcentaje total con respecto a la totalidad de la serie ·Percentil donde se ubica el porcentaje total con respecto a la totalidad de la serie.
FILTROS	EJES DE ANÁLISIS	
Incluye/excluye: Destino al alta : Traslado otro hospital-alta voluntaria.	Modelos de análisis que se recomiendan para el indicador: -Punto de corte: Descriptivo -Serie temporal: Descriptivo de año de estudio acompañado de valores de últimos tres años. -Valor base: Comparativo con año elegido como año base de comparación -Estándar intraserie: Comparativo con valor medio de la totalidad de la serie -Mejores prácticas! Líneas de ajuste (no aplicable a la clasificación por GRD): <ul style="list-style-type: none"> ▣Por casuística. Especialmente recomendable cuando la complejidad media es significativamente superior o inferior a la complejidad media de la serie. ▣Por edad. ▣Por severidad. Especialmente recomendable cuando la severidad media es significativamente superior o inferior a la severidad media de la serie. 	

TASA MORTALIDAD

OBSERVACIONES:

Se ha recogido su presencia en European Community Health Indicators (ECHI 2005), Patient Safety Indicators e Inpatient Quality Indicators ambos de la Agency for Healthcare Research and Quality de United States Department of Health and Human Services (2006), en International Quality Indicator Project del Center for Performance Sciences de la Association of Maryland Hospitals and Health Systems (2006), en Health System Performance del Canadian Institute for Health Information (2005), European Community Health Indicators (ECHI 2005).

Se considera GRD de baja mortalidad aquellos que presentan una mortalidad inferior al 0,5 % basado el calculo de la mortalidad en el total de la serie para el año de estudio (si el GRD está dividido entre "con/sin complicación", ambos deben tener una tasa inferior al 0.5%).

TASA MORTALIDAD

COMENTARIOS: Los diferentes proyectos que se ha consultado optan por analizar la mortalidad específica de diferentes procesos. En la siguiente tabla se presenta la relación de procesos recomendados y su coincidencia entre estos:

	Agency for Healthcare Research and Quality	International Quality Indicator Project.	European Community Health Indicators	Canadian Institute for Health Information.	Health Care Quality Indicators Project. OCDE
Abdominal Aortic Aneurysm Repair Mortality Rate					
Esophageal Resection Mortality Rate					
Coronary Artery Bypass Graft Mortality Rate					
Carotid Endarterectomy Mortality Rate					
Craniotomy Mortality Rate					
Pancreatic Resection Mortality Rate					
Hip Replacement Mortality Rate					
Coronary Angioplasty Mortality Rate					
Acute Myocardial Infarction (AMI) Mortality Rate					
AMI Mortality Rate, Without Transfer Cases					
Congestive Heart Failure (CHF) Mortality Rate •					
Acute Stroke Mortality Rate					
Gastrointestinal Hemorrhage Mortality Rate					
Hip Fracture Mortality Rate •					
Pneumonia Mortality Rate					
Respiratory infections and inflammations age >17 with CC					
Chronic obstructive pulmonary disease					
Renal failure					
Septicemia age >17					
Respiratory system diagnosis with ventilator support					
HIV with major related condition					
Neonatal mortality					
Traumatismo					
Asthma Mortality Rate, Age 5-39					

Se consideran los marcados en verde

TASA MORTALIDAD

PROCESOS DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
Tasa de mortalidad en cirugía reparadora de aneurisma aórtico abdominal	Altas con tipo de alta de éxitus y con código CIE9MC 42.40, 42.41, o 42.42 en cualquier campo de procedimiento	Altas con código CIE9MC 42.40, 42.41, o 42.42 en cualquier campo de procedimiento
Tasa de mortalidad en resección esofágica	Altas con tipo de alta de éxitus y con código CIE9MC 38.34, 38.44, o 38.64 en cualquier campo de procedimiento	Altas con código CIE9MC 38.34, 38.44, o 38.64 en cualquier campo de procedimiento
Tasa de mortalidad en pontaje coronario	Altas con tipo de alta de éxitus y con código CIE9MC desde 36.10 hasta 36.19 en cualquier campo de procedimiento	Altas con código CIE9MC desde 36.10 hasta 36.19 en cualquier campo de procedimiento

(1) Tomados de Agency for Healthcare Research and Quality

TASA MORTALIDAD

PROCESOS DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
Tasa de mortalidad en endarterectomía carotídea	Altas con tipo de alta de éxitus y con código CIE9MC 38.12 en cualquier campo de procedimiento.	Altas con código CIE9MC 38.12 en cualquier campo de procedimiento.
Tasa de mortalidad en craneotomía	Altas con tipo de alta de éxitus y con GRD asignado 001.	Altas con GRD asignado 001.
Tasa de mortalidad en prótesis de cadera	Altas con tipo de alta de éxitus y con código CIE9MC 81.51, 81.52 o 81.53 en cualquier campo de procedimiento	Altas con código CIE9MC 81.51, 81.52 o 81.53 en cualquier campo de procedimiento
Tasa de mortalidad en pancreatometomía	Altas con tipo de alta de éxitus y con código CIE9MC de 52.6 o 52.7 en cualquier campo de procedimiento	Altas con código CIE9MC de 52.6 o 52.7 en cualquier campo de procedimiento

(1) Tomados de Agency for Healthcare Research and Quality

TASA MORTALIDAD

PROCESOS DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
Tasa de mortalidad en angioplastia coronaria	Altas con tipo de alta de éxitus y con código CIE9MC 36.01, 36.02, 36.05 o 36.06 en cualquier campo de procedimiento.	Altas con código CIE9MC 36.01, 36.02, 36.05 o 36.06 en cualquier campo de procedimiento.
Tasa de mortalidad en infarto agudo de miocardio	Altas con tipo de alta de éxitus y con código CIE9MC 410.01 410.51 410.11 410.61 410.21 410.71 410.31 410.81 410.41 o 410.91 en el campo de diagnóstico principal.	Altas con código CIE9MC 410.01 410.51 410.11 410.61 410.21 410.71 410.31 410.81 410.41 o 410.91 en el campo de diagnóstico principal.
Tasa de mortalidad en insuficiencia cardiaca congestiva	Altas con tipo de alta de éxitus y con código CIE9MC 398.91 428.21 402.01 428.22 402.11 428.23 402.91 428.9 404.01 428.30 404.03 423.1 404.11 428.32 404.13 428.33 404.91 428.40 404.93 428.41 428.0 428.42 428.1 428.43 o 428.20 en el campo de diagnóstico principal.	Altas con código CIE9MC 398.91 428.21 402.01 428.22 402.11 428.23 402.91 428.9 404.01 428.30 404.03 428.31 404.11 428.32 404.13 428.33 404.91 428.40 404.93 428.41 428.0 428.42 428.1 428.43 o 428.20 en el campo de diagnóstico principal.

(1) Tomados de Agency for Healthcare Research and Quality

TASA MORTALIDAD

PROCESOS DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
Tasa de mortalidad en el accidente cerebro vascular agudo	Altas con tipo de alta de éxitus y con código CIE9MC 430 433.31 431 433.81 432.0 433.91 432.1 434.01 432.9 434.11 433.01 434.91 433.11 436 o 433.21 en el campo de diagnóstico principal.	Altas con código 430 433.31 431 433.81 432.0 433.91 432.1 434.01 432.9 434.11 433.01 434.91 433.11 436 o 433.21 en el campo de diagnóstico principal.
Tasa de mortalidad en la hemorragia gastrointestinal	Altas con tipo de alta de éxitus y con código CIE9MC 456.0 534.00 530.7 534.01 530.82 534.20 531.00 534.21 531.01 534.40 531.20 534.41 531.21 534.60 531.40 534.61 531.41 535.01 531.60 535.11 531.61 535.21 532.00 535.31 532.01 535.41 532.20 535.51 532.21 535.61 532.40 537.83 532.41 537.84 532.60 562.02 532.61 562.03 533.00 562.12 533.01 562.13 533.20 569.3 533.21 569.85 533.40 569.86 533.41 578.0 533.60 578.1 533.61 o 578.9 en el campo de diagnóstico principal	Altas con código CIE9MC 456.0 534.00 530.7 534.01 530.82 534.20 531.00 534.21 531.01 534.40 531.20 534.41 531.21 534.60 531..40 53461 531.41 535.01 531.60 535.11 531.61 535.21 532.00 535.31 532.01 535.41 532.20 535.51 532.21 535.61 532.40 537.83 532.41 537.84 532.60 562.02 532.61 562.03 533.00 562.12 533.01 562.13 533.20 569.3 533.21 569.85 533.40 569.86 533.41 578.0 533.60 578.1 533.61 o 578.9 en el campo de diagnóstico principal

(1) Tomados de Agency for Healthcare Research and Quality

TASA MORTALIDAD

PROCESOS DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
Tasa de mortalidad en la fractura de cadera	Altas con tipo de alta de éxitus y con código CIE9MC 820.00 820.19 820.01 820.20 820.02 820.21 820.03 820.22 820.09 820.30 820.10 820.31 820.11 820.32 820.12 820.8 820.13 820.9 en el campo de diagnóstico principal.	Altas con código CIE9MC 820.00 820.19 820.01 820.20 820.02 820.21 820.03 820.22 820.09 820.30 820.10 820.31 820.11 820.32 820.12 820.8 820.13 820.9 en el campo de diagnóstico principal.
Tasa de mortalidad en neumonía	Altas con tipo de alta de éxitus y con código CIE9MC 003.22 483.1 021.2 483.8 039.1 484.1 052.1 484.3 055.1 484.5 073.0 484.6 112.4 484.7 114.0 484.8 114.4 485 114.5 486 115.05 482.30 115.15 482.31 115.95 482.32 130.4 482.39 136.3 482.40 480.0 482.41 480.1 482.49 480.2 482.81 480.8 482.82 480.9 482.83 481 482.84 482.0 482.89 482.1 507.0 482.2 510.0 482.4 510.9 482.9 511.0 483.0 513.0 en el campo de diagnóstico principal.	Altas con código CIE9MC 003.22 483.1 021.2 483.8 039.1 484.1 052.1 484.3 055.1 484.5 073.0 484.6 112.4 484.7 114.0 484.8 114.4 485 114.5 486 115.05 482.30 115.15 482.31 115.95 482.32 130.4 482.39 136.3 482.40 480.0 482.41 480.1 482.49 480.2 482.81 480.8 482.82 480.9 482.83 481 482.84 482.0 482.89 482.1 507.0 482.2 510.0 482.4 510.9 482.9 511.0 483.0 513.0 en el campo de diagnóstico principal.

(1) Tomados de Agency for Healthcare Research and Quality

TASA MORTALIDAD

PROCESOS DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO	
	Numerador (1)	Denominador
Tasa de mortalidad en asma en pacientes en edad 5-39	Altas de pacientes entre 5 y 39 años con tipo de alta de éxitus y con código CIE9MC 493 en el diagnóstico principal	Altas de pacientes entre 5 y 39 años con código CIE9MC 493 en el diagnóstico principal

(1) Tomado de Health Care Quality Indicators Project. OCDE

TASA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL

INDICADOR			
NOMBRE	ETIQUETA	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN
Tasa de Infección Nosocomial	IN	Altas con diagnóstico secundario de infección hospitalaria	Efectividad Clínica - Seguridad de Pacientes
DESCRIPCIÓN	<p>La infección nosocomial representa la principal complicación de los pacientes hospitalizados y es un desafío de máxima relevancia en la asistencia hospitalaria porque se ha demostrado la eficacia de las políticas prevención de la IN.</p> <p>Para pacientes con problemas relevantes la IN es el factor que en mayor medida limita las oportunidades de recuperación de la salud. Se considera que la IN es un riesgo típico y hasta cierto punto inevitable de la asistencia médica, principalmente cuando esta se realiza a través de la práctica de técnicas invasivas.</p> <p>El reto está en lograr que su incidencia sea tendente a 0, tanto desde el punto de vista de una práctica clínica, como de los indudables beneficios que supone en la gestión de los recursos sanitarios.</p>		
DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR			
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATO	DATO
(Nº de altas con IN / Nº de altas)*100	Se considera infección hospitalaria cuando aparece en cualquier diagnóstico secundario cualquiera de los códigos de diagnósticos: ·999.3 ·996.6x ·998.5x ·519.01 En altas con estancia superior a 2 días	Altas con IN	Altas de hospitalización
		DEFINICIÓN	DEFINICIÓN
		Se considera que un alta es portadora de una infección nosocomial cuando tiene un diagnóstico secundario de infección hospitalaria.	Número de casos CMBD hospitalización
UNIDADES DE MEDIDA DEL RESULTADO	FUENTE	FUENTE	
Altas	CMBD	CMBD	
PRESENTACIÓN DEL INDICADOR			
FORMATO	ORDEN DE PRESENTACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR	
Porcentaje	Ascendente por valor de IN	·Número de altas, Estancia media del total de altas, Porcentaje de éxitos del total de altas, total altas con IN, porcentaje de IN, Estancia media de altas con IN, Porcentaje de éxitos de altas con IN ·Filas por CDM: código CDM, descriptor CDM, Número de altas, Estancia media del total de altas, Porcentaje de éxitos del total de altas, total altas con IN, porcentaje de IN, Estancia media de altas con IN, Porcentaje de éxitos de altas con IN. ·Filas por capítulo CIE de diagnóstico principal: capítulo, descriptor, Número de altas, Estancia media del total de altas, Porcentaje de éxitos del total de altas, total altas con IN, porcentaje de IN, Estancia media de altas con IN, Porcentaje de éxitos de altas con IN	

TASA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL

ANÁLISIS DEL INDICADOR		
PRECAUCIONES PARA EL ANÁLISIS	VARIABLES INFLUYENTES PARA EL INDICADOR	SITUACIONES QUE AFECTAN AL INDICADOR
Con alguna frecuencia el diagnóstico que refleja la existencia de una infección hospitalaria está sometido a condiciones de subregistro, por no ser declarado en el informe médico de alta. Esta situación solo puede ser testada de forma indirecta a través de la calidad de la información clínica que contiene el CMBD, principalmente en lo que respecta al número medio de diagnósticos por alta.	<ul style="list-style-type: none"> ·Complejidad de la casuística atendida ·GRD quirúrgicos 	<ul style="list-style-type: none"> ·Complejidad: Cuando la complejidad de la casuística atendida medida a través del peso relativo es superior a la media de la serie podría producirse un aumento de la IN como consecuencia de ser una casuística que requiere por lo general terapias más agresivas. ·GRD quirúrgicos: Por motivos relacionados con lo anterior, un centro que sea eminentemente quirúrgico tiene más riesgo de presentar porcentajes más elevados de IN que otro eminentemente médico. Si el porcentaje de GRD quirúrgico es superior a la media se aconseja realizar un ajuste por casuística en los análisis comparativos
ANÁLISIS DEL RESULTADO DEL INDICADOR		
TENDENCIA POSITIVA	CLASIFICACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR EN CADA CLASIFICACIÓN
Decreciente	<ul style="list-style-type: none"> Grupo de edad Grupo de hospital Comunidad Autónoma Area asistencial 	<ul style="list-style-type: none"> ·Los asociados al indicador ·Significación estadística de las diferencias del porcentaje total con respecto a la totalidad de la serie ·Percentil donde se ubica el porcentaje total con respecto a la totalidad de la serie.
FILTROS		EJES DE ANÁLISIS
		<p>Modelos de análisis que se recomiendan para el indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Punto de corte: Descriptivo -Serie temporal: Descriptivo de año de estudio acompañado de valores de últimos tres años. -Valor base: Comparativo con año elegido como año base de comparación -Estándar intraserie: Comparativo con valor medio de la totalidad de la serie -Mejores prácticas! <p>Líneas de ajuste:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪Por casuística. Especialmente recomendable cuando la complejidad media es significativamente superior o inferior a la complejidad media de la serie. ▪Por incidencia de casos quirúrgicos: Especialmente recomendable cuando el porcentaje de GRD quirúrgicos es significativamente superior o inferior a la media de la serie

COMENTARIOS:

Se ha recogido su presencia en las fichas de indicadores propuestos en Patient Safety Indicators de Agency for Healthcare Research and Quality. 2006, International Quality Indicator Project del Center for Performance Sciences, y European Community Health Indicators (ECHI). 2005,

TASA DE FRECUENTACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

INDICADOR			
NOMBRE	ETIQUETA	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN
Tasa de Frecuentación de Hospitalización ¹	FrH	Tasa de hospitalización por cada 10.000 habitantes y año	Utilización de Servicios
DESCRIPCIÓN	<p>La frecuentación es una tasa de relevancia de los problemas de salud de la población influido por 3 variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪La principal, la morbilidad de la población en relación a las diversas enfermedades. Este factor es exclusivo para las enfermedades con una indicación de ingreso inequívoca. ▪Grado de indicación de procedimientos diagnósticos y tratamientos en donde diferentes estilos de práctica clínica pueden tener diferentes tasas de frecuentación con un mismo nivel de morbilidad. ▪Grado de adecuación de los ingresos hospitalarios y de los esfuerzos que realiza el hospital en evitar hospitalizaciones que pueden ser atendidas en régimen ambulatorio <p>Estos 3 factores y el grado de influencia de cada uno de ellos en cada enfermedad hacen que la interpretación de los resultados deba de acomodarse a cada situación concreta.</p> <p>Así mismo, esta utilización puede verse afectada por la dimensión de la población flotante e inmigrante no censada, así como por la atracción del hospital, por su condición de referencia o por su propia tradición.</p>		
FORMATO DEL INDICADOR			
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATO	DATO
(Nº de altas/ población asignada)*10.000	Para la identificación de un alta como perteneciente a un determinado grupo poblacional se utiliza el código de provincia de residencia (CMBD) Se utilizan dos tasas según : <ul style="list-style-type: none"> • Frecuentación en base al domicilio (provincia) del paciente. Si este no esta registrado por omisión se recogerá el del hospital. • Frecuentación en base al domicilio (provincia) del hospital. 	Número de altas	Población asignada
		DEFINICIÓN	DEFINICIÓN
		Número de casos CMBD hospitalización	Habitantes que tiene asignados los dispositivos de los que se utiliza sus altas
UNIDADES DE MEDIDA DEL RESULTADO		FUENTE	FUENTE
Altas		CMBD Hospitalización	Datos de proyección de la población a 31 de Diciembre, del Instituto Nacional de Estadística
PRESENTACIÓN DEL INDICADOR			
FORMATO	ORDEN DE PRESENTACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR	
Número	Ascendente por valor de FrH	·Número de altas, Tasa ·Filas por CDM: código CDM, descriptor CDM, Número de altas, tasa ·Filas por capítulo CIE de diagnóstico principal: capítulo, descriptor, Número de altas, tasa	

TASA DE FRECUENTACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

ANÁLISIS DEL INDICADOR		
PRECAUCIONES PARA EL ANÁLISIS	VARIABLES INFLUYENTES PARA EL INDICADOR	SITUACIONES QUE AFECTAN AL INDICADOR
<p>Para la valoración de la frecuentación en base al domicilio (provincia) del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·El porcentaje de casos validos para el campo residencia debe ser superior al 95%. <p>De no cumplirse esta condición deberá descartarse este análisis</p>	<ul style="list-style-type: none"> ·Edad ·Valor del indicador de porcentaje de ambulatorización de procesos quirúrgicos 	<p>Edad: Una población envejecida es potencialmente más utilizadora de los servicios sanitarios</p> <p>Ambulatorización de procesos quirúrgicos: Situaciones de alta tasa de ambulatorización disminuirán el valor de este indicador</p>
ANÁLISIS DEL RESULTADO DEL INDICADOR		
TENDENCIA POSITIVA	CLASIFICACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR EN CADA CLASIFICACIÓN
Decreciente	VER CRITERIOS DE PRESENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ·Los asociados al indicador ·Significación estadística de las diferencias del total con respecto a la totalidad de la serie ·Percentil donde se ubica el total de con respecto a la serie.
FILTROS		EJES DE ANÁLISIS
<p>Incluye/excluye pacientes extranjeros con residencia en otro país.</p>		<p>Modelos de análisis que se recomiendan para el indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Punto de corte: Descriptivo -Serie temporal!: Descriptivo de año de estudio acompañado de valores de últimos tres años. -Valor base: Comparativo con año elegido como año base de comparación -Estándar intraserie: Comparativo con valor medio de la totalidad de la serie <p>Líneas de ajuste:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Por edad.

ESTANCIA MEDIA PREOPERATORIA

INDICADOR			
NOMBRE	ETIQUETA	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN
Estancia Media Preoperatoria ¹	EMP	Promedio de la duración de la estancia desde la fecha de ingreso hasta la fecha de la intervención en el hospital.	Resolutividad-Eficiencia
DESCRIPCIÓN	<p>La EMP refleja el tiempo transcurrido desde que un paciente ingresa en el hospital hasta que se realiza la primera intervención quirúrgica. Tiene un significado muy distinto en función del tipo de ingreso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ingreso programado: la EMP representa el grado de organización del hospital para la cirugía programada y concretamente para prestar los cuidados preoperatorios desde el entorno habitual del paciente y para reservar dispositivos asistenciales necesarios para los cuidados postoperatorios sin exigir la ocupación previa de los mismos. ▪ Ingreso urgente: en este caso la EMP representa la capacidad del centro en responder a situaciones asistenciales de dos tipos: <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que precisan de una cirugía urgente identificada en el momento del ingreso y cuya demora puede suponer una merma de sus posibilidades de recuperación. - Pacientes que ingresan de una forma urgente sin una indicación quirúrgica y que una vez realizado el diagnóstico se indica la misma. Habitualmente corresponden con problemas clínicos relevantes. <p>Es principalmente un indicador de resolutividad del proceso asistencial aunque complementariamente tiene una vertiente de eficiencia en la medida en que en muchos casos refleja un uso inapropiado de los recursos hospitalarios.</p>		
DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR			
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATO	DATO
Sumatorio de la diferencia entre la fecha de intervención y la fecha de ingreso dividido por el número altas con intervención	Fecha de intervención valida	Fecha de Ingreso	Fecha de intervención
		DEFINICIÓN	DEFINICIÓN
Fecha en la que el paciente es admitido en el hospital y ocupa una cama definida como de hospitalización		Fecha en la que se realiza la intervención quirúrgica	
FUENTE		FUENTE	
UNIDADES DE MEDIDA DEL RESULTADO			
Días	CMBD		

ESTANCIA MEDIA PREOPERATORIA

PRESENTACIÓN DEL INDICADOR		
FORMATO	ORDEN DE PRESENTACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR
Número	Ascendente por valor de EMP	<ul style="list-style-type: none"> ·Número de altas con intervención, total estancias preoperatorias, estancia media preoperatoria, número de altas con ingreso programado, estancia media preoperatoria en ingreso programado, % de de estancias preoperatorias en ingreso programado sobre total de preoperatorias, número de altas con ingreso urgente, estancia media preoperatoria en ingreso urgente. ·Filas por CDM: código CDM, descriptor CDM, Número de altas con intervención, total estancias preoperatorias, estancia media preoperatoria, número de altas con ingreso programado, % de de estancias preoperatorias en ingreso programado sobre total de preoperatorias estancia media preoperatoria en ingreso programado, número de altas con ingreso urgente, estancia media preoperatoria en ingreso urgente. ·Filas por capítulo CIE de diagnóstico principal: capítulo, descriptor, Número de altas con intervención, total estancias preoperatorias, estancia media preoperatoria, número de altas con ingreso programado, estancia media preoperatoria en ingreso programado, % de de estancias preoperatorias en ingreso programado sobre total de preoperatorias, número de altas con ingreso urgente, estancia media preoperatoria en ingreso urgente.
ANÁLISIS DEL INDICADOR		
PRECAUCIONES PARA EL ANÁLISIS	VARIABLES INFLUYENTES PARA EL INDICADOR	SITUACIONES QUE AFECTAN AL INDICADOR
% de altas con procedimiento quirúrgico sin fecha de intervención registrada	Tipo de ingreso	Tipo de ingreso: Cuando la incidencia de cirugía en ingreso programado es inferior a la media de la serie, puede existir un aumento de la estancia media derivada de la mayor demora en la preparación y estudio del paciente que la que supone una cirugía electiva en pacientes no diagnosticados previamente a su ingreso.
ANÁLISIS DEL RESULTADO DEL INDICADOR		
TENDENCIA POSITIVA	CLASIFICACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR EN CADA CLASIFICACIÓN
Decreciente	Grupo de edad Grupo de hospital Comunidad Autónoma Situaciones clínicas de especial interés : % de fracturas de cadera con intervención en las primeras 48 tras su ingreso (Altas con diagnóstico principal de 820.0 a 820.9, incluidos sus 5º dígitos)	<ul style="list-style-type: none"> ·Los asociados al indicador ·Significación estadística de las diferencias del total con respecto a la serie ·Percentil donde se ubica el total con respecto a la serie.
FILTROS		EJES DE ANÁLISIS
		Modelos de análisis que se recomiendan para el indicador: -Punto de corte: Descriptivo -Serie temporal!: Descriptivo de año de estudio acompañado de valores de últimos tres años. -Valor base: Comparativo con año elegido como año base de comparación -Estándar intraserie: Comparativo con valor medio de la totalidad de la serie -Mejores prácticas!

TASA DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA

INDICADOR			
NOMBRE	ETIQUETA	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN
Tasa de Complicaciones relacionadas con la atención médica ¹	CCM	Porcentaje de altas que han cursado con al menos una complicación durante su ingreso hospitalario relacionada con los cuidados quirúrgicos o médicos prestados al paciente	Efectividad Clínica – Seguridad del Paciente
DESCRIPCIÓN	Es un indicador insuficientemente explotado y con muchas potencialidades para promover la calidad y la seguridad clínica. Es por lo tanto un indicador emergente para medir las complicaciones severas que ocurren en los hospitales. Las complicaciones que se incluyen en este indicador, no deben ser entendidas en su totalidad como potencialmente iatrogénicas. En este indicador no se incluyen las infecciones nosocomiales		
DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR			
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATO	DATO
(Nº de altas con complicaciones / Nº de altas)*100	Se considera código valido para ser considerado como complicación del cuidado quirúrgico y médico: ·996-999, excepto 999.3, 996.6, 998.5 ·995.2, 995.4 ·968.0-969.9 ·960-979 ·519.0-519.9 ·415.11 ·512.1 ·664-669 ·670-676 ·536.4 ·530.86,530.87 ·569.6 ·707.0	Altas con complicaciones	Alta de hospitalización
		DEFINICIÓN	DEFINICIÓN
		Se considera cualquier alta que presenta como diagnóstico secundario un código definido como complicación del cuidado quirúrgico y médico de la CIE 9 MC	Ficha de caso valido del CMBD
UNIDADES DE MEDIDA DEL RESULTADO	FUENTE	FUENTE	
Altas de Hospitalización	CMBD	CMBD	CMBD
PRESENTACIÓN DEL INDICADOR			
FORMATO	ORDEN DE PRESENTACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR	
Porcentaje	Orden descendente por porcentaje	-Número total altas, Número total altas con complicación, Porcentaje, Estancia Media del total de altas, Estancia Media de las altas con complicación, Porcentaje de éxitos en el total de altas, Porcentaje de éxitos en el total de altas con complicación -Filas por CDM: código CDM, descriptor CDM, Número total altas, Número total altas con complicación, Porcentaje, Estancia Media del total de altas, Estancia Media de las altas con complicación, Porcentaje de éxitos en el total de altas, Porcentaje de éxitos en el total de altas con complicación -Filas por capítulo CIE: código CIE, descriptor, Número total altas, Número total altas con complicación, Porcentaje, Estancia Media del total de altas, Estancia Media de las altas con complicación, Porcentaje de éxitos en el total de altas, Porcentaje de éxitos en el total de altas con complicación	

TASA DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA

ANÁLISIS DEL INDICADOR		
PRECAUCIONES PARA EL ANÁLISIS	VARIABLES INFLUYENTES PARA EL INDICADOR	SITUACIONES QUE AFECTAN AL INDICADOR
Con alguna frecuencia el diagnóstico que refleja la existencia de una complicación durante la atención está sometido a condiciones de subregistro, por no ser declarado en el informe médico de alta. Esta situación solo puede ser testada de forma indirecta a través de la calidad de la información clínica que contiene el CMBD, principalmente en lo que respecta al número medio de diagnósticos por alta.	<ul style="list-style-type: none"> ·Complejidad de la casuística. ·Frecuentación 	<ul style="list-style-type: none"> ·Complejidad de la casuística: Es un indicador que orienta hacia la calidad de la práctica clínica, pero sin embargo es indudable que la presencia de patologías complejas implica un mayor grado de intervencionismo y por tanto una mayor probabilidad de que aparezcan complicaciones relacionadas con la práctica clínica dispensada. ·Frecuentación: Una mayor frecuencia de atención a una determinada patología supone un acumulo de experiencia clínica que puede facilitar la prevención de la aparición de complicaciones.
ANÁLISIS DEL RESULTADO DEL INDICADOR		
TENDENCIA POSITIVA	CLASIFICACIÓN	CAMPOS QUE SE MUESTRAN EN EL RESULTADO DEL INDICADOR EN CADA CLASIFICACIÓN
Decreciente	VER CRITERIOS DE PRESENTACIÓN Complicaciones de especial interés	<ul style="list-style-type: none"> ·Los asociados al indicador ·Significación estadística de las diferencias del porcentaje total con respecto a la totalidad de la serie ·Percentil donde se ubica el porcentaje total s con respecto a la totalidad de la serie.
FILTROS		EJES DE ANÁLISIS
Se definen en su caso para determinadas complicaciones de especial interés		Modelos de análisis que se recomiendan para el indicador: -Punto de corte: Descriptivo -Serie temporal: Descriptivo de año de estudio acompañado de valores de últimos tres años. -Valor base: Comparativo con año elegido como año base de comparación -Estándar intraserie: Comparativo con valor medio de la totalidad de la serie -Mejores prácticas ¹ Líneas de ajuste (no aplicable a la clasificación por complicaciones de especial interés): <ul style="list-style-type: none"> ○Por casuística. Especialmente recomendable cuando la complejidad media es significativamente superior o inferior a la complejidad media de la serie.

COMENTARIOS:

Se ha recogido su presencia en los indicadores propuestos en Patient Safety Indicators de Agency for Healthcare Research and Quality. 2006, International Quality Indicator Project del Center for Performance Sciences, European Community Health Indicators (ECHI). 2005, European Community Health Indicators (ECHI). 2005, si bien en todos ellos no se considera como un indicador global sino que se utiliza en relación con determinadas enfermedades.

TASA DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA

COMENTARIOS:

Los diferentes proyectos que se ha consultado optan por analizar complicaciones específicas. En la siguiente tabla se presenta la relación de complicaciones que se proponen y su coincidencia entre los diferentes proyectos:

	Agency for Healthcare Research and Quality	International Quality Indicator Project	European Community Health Indicators	Canadian Institute for Health Information	Health Care Quality Indicators Project. OCDE
Complications of anesthesia					
Decubitus ulcer					
Foreign Body Left During Procedure					
Iatrogenic Pneumothorax					
Postoperative Hip Fracture					
Postoperative Hemorrhage or Hematoma					
Postoperative Physiologic and Metabolic Derangement					
Postoperative Respiratory Failure					
Postoperative Pulmonary Embolism or Deep Vein Thrombosis					
Postoperative Sepsis					
Postoperative Wound Dehiscence, Accidental Puncture or Laceration					
Transfusión Reaction					
Birth Trauma? Injury to Neonate					
Obstetric Trauma? Vaginal Delivery with Instrument					
Obstetric Trauma? Vaginal Delivery without Instrument					
Obstetric Trauma? Cesarean Delivery					
Reacciones adversas a medicamentos					
Inpatient Hip Fracture					
Trauma Obstétrico					

Se proponen los marcados en verde

TASA DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
Tasa de Úlceras de Decúbito	Altas con código CIE9MC 707.0 en cualquier campo de código secundario	Total de altas con edad >=18 años
	CASOS EXCLUIDOS	
	<ul style="list-style-type: none"> – Altas con estancia menor de 5 días – Altas con código 707.0 en diagnóstico principal – Altas con diagnóstico de hemiplejía, paraplejía, o cuadriplejía en cualquier diagnóstico (*) – Altas con GRD en CDM 9 	

(1) Adaptados de Agency for Healthcare Research and Quality

(*) Hemiplejía, paraplejía, o cuadriplejía
Códigos de CIE9MC (incluye todos los 4tos y 5tos dígitos):

- 342.0 hemiplejía flácida
- 342.1 hemiplejía espástica
- 342.8 otro hemiplejía especificada
- 342.9 hemiplejía, sin especificar
- 343.0 parálisis cerebral infantil, dipléjica
- 343.1 parálisis cerebral infantil, hemipléjica
- 343.2 parálisis cerebral infantil, cuadripléjica
- 343.3 parálisis cerebral infantil, monopléjica
- 343.4 hemiplejía infantil
- 343.8 otra parálisis cerebral infantil especificada
- 343.9 parálisis cerebral infantil no especificada

(*) Hemiplejía, paraplejía, o cuadriplejía
Códigos de CIE9MC (incluye todos los 4tos y 5tos dígitos):

- 344.0 cuadriparesia
- 344.1 paraplejía
- 344.2 diplejía de miembros superiores
- 344.3 monoplejía de miembro inferior
- 344.4 monoplejía del miembro superior
- 344.5 monoplejía sin especificar
- 344.6 síndrome de cauda equina
- 344.8 otros síndromes paralíticos especificados
- 344.9 parálisis, sin especificar
- 438.2 hemiplejía/hemiparesia
- 438.3 monoplejía del miembro superior
- 438.4 monoplejía de miembro inferior
- 438.5 otro síndrome paralítico

TASA DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
Tasa de Neumotórax iatrogénico	Altas con código CIE9MC 512.1 en cualquier campo de diagnóstico secundario	Total de altas
	CASOS EXCLUIDOS	
	Con código 512.1 en el diagnóstico principal.	

(1) Adaptados de Agency for Healthcare Research and Quality

TASA DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
Tasa de Hemorragia o Hematoma Postoperatorio	Altas con código CIE9MC de hemorragia postoperatoria o de hematoma postoperatorio en cualquier campo de diagnóstico secundario (*) y código de control postoperatorio de hemorragia o de drenaje de hematoma en cualquier campo del procedimiento (**) en altas con intervención quirúrgica	Total de altas con intervención quirúrgica (GRD tipo quirúrgico)
	CASOS EXCLUIDOS	
	Altas con código de hemorragia postoperatoria o de hematoma postoperatorio en diagnóstico principal (*)	

(1) Adaptados de Agency for Healthcare Research and Quality

(*) Hemorragia o hematoma postoperatorio..Códigos de diagnóstico CIE9MC:

- 998.11 hemorragia que complica un procedimiento
- 998.12 hematoma que complica un procedimiento

(**) Drenaje de hematoma. Códigos del procedimiento CIE9MC :

- 18.09 otra incisión del oído externo
- 54.0 incisión de la pared abdominal
- 54.12 reapertura de laparotomía
- 59.19 otra incisión del tejido perivesical
- 61.0 incisión y drenaje del escroto y de túnica vaginalis
- 69.98 otras operaciones en las estructuras de soporte del útero
- 70.14 otra vaginotomía
- 71.09 otra incisión de la vulva y del perineo
- 75.91 evacuación de la hematoma por incisión obstétrica del perineo
- 75.92 evacuación de otro hematoma de la vulva o de la vagina
- 86.04 otra incisión con el drenaje de la piel y del tejido subcutáneo

(**) Control de hemorragia. Códigos del procedimiento CIE9MC :

- 28.7 control de la hemorragia después de tonsilectomía y de adenoidectomía
- 38.80 otra oclusión quirúrgica de vasos de sitio sin especificar
- 38.81 otra oclusión quirúrgica de vasos intracraneales
- 38.82 otra oclusión quirúrgica de vasos de la cabeza y del cuello
- 38.83 otra oclusión quirúrgica de vasos de miembro superior
- 38.84 otra oclusión quirúrgica de la aorta abdominal
- 38.85 otra oclusión quirúrgica de vasos torácicos
- 38.86 otra oclusión quirúrgica de arterias abdominales
- 38.87 otra oclusión quirúrgica de venas abdominales
- 38.88 otra oclusión quirúrgica de arterias del miembro inferior
- 38.89 otra oclusión quirúrgica de venas del miembro inferior
- 39.41 control de la hemorragia después de cirugía vascular
- 39.98 control de la hemorragia no especificado.
- 49.95 control de la hemorragia (postoperatoria) del anus
- 57.93 control de la hemorragia (postoperatoria) de la vejiga
- 60.94 control de la hemorragia (postoperatoria) de la próstata

TASA DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CALCULO	
	Numerador	Denominador
Tasa de tromboembolismo pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatoria (1)	Altas con código CIE9MC de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar en cualquier campo de diagnóstico secundario en pacientes con intervención quirúrgica (*)	Total de altas con intervención quirúrgica (GRD tipo quirúrgico) y edad >= 18 años
	CASOS EXCLUIDOS	
	Altas con código CIE9MC de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar en cualquier campo de diagnóstico principal (*)	

(1) Adaptado de Agency for Healthcare Research and Quality

(*) Embolia pulmonar. Códigos de diagnóstico CIE9MC:

- 415.11 embolismo pulmonar e infarto
- 415.19 otros embolismos pulmonares

Trombosis venosa profunda. Códigos de diagnóstico CIE9MC:

- 451.11 flebitis y trombosis de la vena femoral (profunda) (superficial)
- 451.19 otras flebitis y tromboflebitis de extremidad inferior
- 451.2 flebitis y tromboflebitis de extremidades inferiores sin especificar
- 451.81 flebitis y tromboflebitis de la vena ilíaca
- 451.9 flebitis y tromboflebitis de sitio sin especificar
- 453.8 otra embolia y trombosis venosas de otras venas especificadas
- 453.9 otra embolia y trombosis venosas del sitio sin especificar

TASA DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CALCULO	
	Numerador	Denominador
Tasa de Reacción Post Transfusional (2)	Altas con código CIE9MC de reacción post transfusional (código CIE9MC: 999.6, 999.7, E876.0) en cualquier campo de diagnóstico secundario	Total de altas con procedimiento de transfusión (Código CIE9MC de procedimiento: 99.00 a 99.09)
	CASOS EXCLUIDOS	
	Altas con código de reacción post transfusional en diagnóstico principal	

(2) Adaptado de Health Care Quality Indicators Project. OCDE

TASA DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO	
	Numerador	Denominador
Tasa de Fractura de Cuello de Fémur en paciente hospitalizado (1)	Altas con código CIE9MC de fractura de cuello de fémur en cualquier campo de diagnóstico secundario (código CIE9MC 820.0 a 820.9, incluidos sus 5 ^º dígitos)	Total de altas con edad >=18 años
	CASOS EXCLUIDOS	
	Con código CIE9MC de fractura de cuello de fémur en cualquier campo de diagnóstico principal.	

(1) Tomado de European Community Health Indicators

TASA DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO	
	Numerador	Denominador
Tasa de Trauma Obstétrico (2)	Altas con GRD de parto (*) y con código CIE9MC de trauma obstétrico de 3º o 4º grado en cualquier campo de diagnóstico secundario o de procedimiento (**)	Total de altas con GRD de parto
	CASOS EXCLUIDOS	

(2) Adaptado Health Care Quality Indicators Project. OCDE, y de Agency for Healthcare Research and Quality

(*) GRD de parto: 370, 371,650, 651, 372, 373,374,375,652

(**) Trauma obstétricos. Códigos de diagnóstico CIE9MC:

- 665.30, desgarro de cervix
- 665.40, desgarro de parte alta de la vagina
- 665.50, otra lesión a los órganos pélvicos
- 664.20 - 21 - 24 - 30 - 31 - 34 desgarro perineal de tercero y cuarto grado

Códigos del procedimiento de CIE9MC:

- 75.50-52 Desgarro obstétrico del útero
- 75.61 Reparación de la laceración obstétrica de la vejiga y de la uretra
- 75.62 Reparación de la laceración obstétrica del recto y esfínter anal

TASAS DE REALIZACIÓN

Tasas de realización de procesos quirúrgicos
ALTA COMPLEJIDAD
Resección de aneurisma aórtico abdominal
Resección esofágica
Bypass coronario
Endarterectomía carotídea
Pancreatectomía
Angioplastia coronaria percutánea
ESPECIAL INTERÉS
Colecistectomía laparoscópica (%)
Histerectomía
Prótesis total de rodilla
Prótesis total de cadera
Cirugía de fractura de cadera en las primeras 48 h de ingreso

Constituyen un grupo de indicadores que consideran la incidencia de la utilización de determinados procedimientos quirúrgicos cuyo uso varía perceptiblemente entre diferentes proveedores de servicios de salud y cuya variabilidad puede ser un índice de inadecuación por exceso o defecto de indicación médica.

Un factor que puede corregir esta interpretación es la disponibilidad de la técnica en el ámbito de actuación del proveedor, por lo que sus resultados debe ser interpretados a la luz de la disponibilidad del servicio, los flujos de referencia de pacientes entre diferentes proveedores y la posible externalización del mismo.

Su cálculo se realiza en forma de tasa bruta por 100.000 habitantes, excepto:

- La colecistectomía que se analiza en forma de porcentaje de sustitución de la técnica laparoscópica sobre la laparotomía
- La cirugía precoz de la fractura de cadera que se muestra como porcentaje sobre el total de cirugías realizadas por este motivo

TASAS DE REALIZACIÓN

PROCESOS DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)
	Numerador
Tasa cirugía reparadora de aneurisma aórtico abdominal	Altas con código CIE9MC 42.40, 42.41, o 42.42 en cualquier campo de procedimiento
Tasa de cirugía de resección esofágica	Altas con código CIE9MC 38.34, 38.44, o 38.64 en cualquier campo de procedimiento
Tasa de cirugía de bypass coronario	Altas con código CIE9MC desde 36.10 hasta 36.19 en cualquier campo de procedimiento
Tasa de endarterectomía carotídea	Altas con código CIE9MC 38.12 en cualquier campo de procedimiento.
Tasa de pancreatometomía	Altas con código CIE9MC de 52.6 o 52.7 en cualquier campo de procedimiento
Tasa de angioplastia coronaria percutánea	Altas con código CIE9MC 36.01, 36.02, 36.05, 36.06 en cualquier campo de procedimiento

(1) Tomados de la Agency for Healthcare Research and Quality

TASAS DE REALIZACIÓN

PROCESOS DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)
	Numerador
Tasa de prótesis de cadera	Altas con código CIE9MC 81.51, 81.52, 81.53 en cualquier campo de procedimiento
Tasa de prótesis de rodilla	Altas con código CIE9MC 81.54 en cualquier campo de procedimiento
Porcentaje de colecistectomía laparoscópica (*)	Numerador: Altas con código CIE9MC de 51.23 en cualquier campo de procedimiento Denominador: Altas con código CIE9MC de 51.22, 51.23 en cualquier campo de procedimiento
Tasa de histerectomías	Altas con código CIE9MC 68.3 al 68.7 y el 68.9 en cualquier campo de procedimiento
Porcentaje de cirugía de fractura de cadera en las primeras 48 h de ingreso	Numerador: Altas con código CIE9MC de fractura de cuello de fémur el diagnóstico principal (código CIE9MC 820.0 a 820.9, incluidos sus 5º dígitos) y fecha de intervención en las primeras 48 horas tras el ingreso. Denominador: Altas con código CIE9MC de fractura de cuello de fémur en el diagnóstico principal (código CIE9MC 820.0 a 820.9, incluidos sus 5º dígitos)

(*) Su calculo debe realizarse sobre el total de casos realizados con hospitalización (CMBD) y ambulatorio (CMBD-AAE).

(1) Tomados de la Agency for Healthcare Research and Quality

ANEXOS

Anexo I : INTERNATIONAL SHORT LIST HOSPITAL MORBIDITY TABULATION

LISTADO REDUCIDO INTERNACIONAL DE CAUSAS PARA LA TABULACIÓN DE LA MORBILIDAD HOSPITALARIA

Capítulo CIE (10)	Grupo	Código	Descripción	Código CIE-9
I		0100	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	001-033, 0341-0992, 0995-134, 1360, 1362-139, +042-044 or 2795, 2796 for HIV
I	1	0101	Enfermedades infecciosas intestinales excepto diarrea	001-008
I	2	0102	Infecciones intestinales mal definidas	009
I	3	0103	Tuberculosis	010-018, 137
I	4	0104	Septicemia	038
I	5	0105	Infección del virus de la inmunodeficiencia humana	042-044 or 2795, 2796
I	6	0106	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	Resto de 001-139, excepto 0340, 0993, 0994, 135, 1361
II		0200	Neoplasias	140-239
II	7	0201	Neoplasias malignas de colon, recto y ano	153, 154
II	8	0202	Neoplasias malignas de traquea, bronquios y pulmón	162
II	9	0203	Melanoma y otras neoplasias malignas de la piel	172, 173
II	10	0204	Neoplasia maligna de la mama	174, 175
II	11	0205	Neoplasia maligna del útero	179, 180, 182
II	12	0206	Neoplasia maligna del ovario	1830
II	13	0207	Neoplasia maligna de la próstata	185
II	14	0208	Neoplasia maligna de la vejiga	188
II	15	0209	Otras neoplasias malignas	Resto de 140-208
II	16	0210	Carcinoma in situ	230-234
II	17	0211	Neoplasia benigna del colon, del recto, del conducto anal y del ano	2113, 2114
II	18	0212	Leiomioma uterino	218
II	19	0213	Otras neoplasias benignas y neoplasias de comportamiento incierto o desconocido	Resto de 210-239

Anexo I : INTERNATIONAL SHORT LIST HOSPITAL MORBIDITY TABULATION

LISTADO REDUCIDO INTERNACIONAL DE CAUSAS PARA LA TABULACIÓN DE LA MORBILIDAD HOSPITALARIA

Capítulo CIE (10)	Grupo	Código	Descripción	Código CIE-9
III		0300	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	135, 2790-2793, 2798, 2799, 280-289
III	20	0301	Anemias	280-285
III	21	0302	Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	135, 2790-2793, 2798, 2799, 286-289
IV		0400	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	240-278
IV	22	0401	Diabetes mellitus	250
IV	23	0402	Otras enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Resto de 240-278
V		0500	Trastornos mentales	290-319
V	24	0501	Demencia	2900-2902, 2904-2909, 2941
V	25	0502	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	291, 303, 3050
V	26	0503	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas	292, 2940, 304, 3051-3059
V	27	0504	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	295, 2970-2973, 2978-2979, 2983-2989
V	28	0505	Trastornos del humor [afectivos]	296, 2980, 3004, 3011, 311
V	29	0506	Otros trastornos mentales y del comportamiento	Resto de 290-319
VI		0600	Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso	320-359, 435
VI	30	0601	Enfermedad de Alzheimer	3310
VI	31	0602	Esclerosis múltiple	340
VI	32	0603	Epilepsia	345
VI	33	0604	Isquemia cerebral transitoria	435
VI	34	0605	Otras enfermedades inflamatorias del sistema nervioso	Resto de 320-359

Anexo I : INTERNATIONAL SHORT LIST HOSPITAL MORBIDITY TABULATION

LISTADO REDUCIDO INTERNACIONAL DE CAUSAS PARA LA TABULACIÓN DE LA MORBILIDAD HOSPITALARIA

Capítulo CIE (10)	Grupo	Código	Descripción	Código CIE-9
VII		0700	Enfermedades del ojo y sus anexos	360-379
VII	35	0701	Catarata	366
VII	36	0702	Otras enfermedades del ojo y sus anexos	Resto de 360-379
VIII	37	0800	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	380-389
IX		0900	Enfermedades del sistema circulatorio	390-459 excepto 435 and 446
IX	38	0901	Enfermedad hipertensiva	401-405
IX	39	0902	Angina de pecho	413
IX	40	0903	Infarto agudo de miocardio	410
IX	41	0904	Otras enfermedades isquémicas del corazón	411-412, 414
IX	42	0905	Enfermedades de la circulación pulmonar	415-417
IX	43	0906	Trastornos de conducción y Disritmias cardíacas	426, 427
IX	44	0907	Insuficiencia cardíaca	428
IX	45	0908	Enfermedades cerebrovasculares	430-434, 436-438
IX	46	0909	Aterosclerosis	440
IX	47	0910	Venas varicosas de las extremidades inferiores	454
IX	48	0911	Otras enfermedades del sistema circulatorio	Resto de 390-459 excepto 435 y 446
X		1000	Enfermedades del sistema respiratorio	0340, 460-519
X	49	1001	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores e Influenza	0340, 460-465, 487
X	50	1002	Neumonía	480-486
X	51	1003	Bronquitis y bronquiolitis agudas	466 (en CIE9 no hay equivalente del J22)
X	52	1004	Enfermedad crónica de amígdalas y adenoides	474
X	53	1005	Otras enfermedades del tracto respiratorio superior	470-473, 475-478
X	54	1006	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquiectasias	490-492, 494, 496
X	55	1007	Asma	493
X	56	1008	Otras enfermedades del sistema respiratorio	Resto de 460-519

Anexo I : INTERNATIONAL SHORT LIST HOSPITAL MORBIDITY TABULATION

LISTADO REDUCIDO INTERNACIONAL DE CAUSAS PARA LA TABULACIÓN DE LA MORBILIDAD HOSPITALARIA

Capítulo CIE (10)	Grupo	Código	Descripción	Código CIE-9
XI		1100	Enfermedades del aparato digestivo	520-579
XI	57	1101	Trastornos de los dientes y de las estructuras de sostén	520-525
XI	58	1102	Otras enfermedades de la cavidad oral, glándulas salivares y maxilares	526-529
XI	59	1103	Enfermedades del esófago	530
XI	60	1104	Úlcera péptica	531-534
XI	61	1105	Dispepsia y otras enfermedades del estómago y duodeno	535-537
XI	62	1106	Apendicitis	540-543
XI	63	1107	Hernia inguinal	550
XI	64	1108	Otra hernia abdominal	551-553
XI	65	1109	Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa	555, 556
XI	66	1110	Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas y las no especificadas	558
XI	67	1111	Obstrucción intestinal sin mención de hernia	560
XI	68	1112	Divertículos intestinales	562
XI	69	1113	Enfermedades del ano y recto	565, 566, 5690-5694
XI	70	1114	Otras enfermedades del intestino	557, 564, 5695, 5698, 5699
XI	71	1115	Enfermedad alcohólica del hígado	5710-5713
XI	72	1116	Otras enfermedades del hígado	570, 5714-573
XI	73	1117	Colelitiasis	574
XI	74	1118	Otras enfermedades de la vesícula biliar y del tracto biliar	575, 576
XI	75	1119	Enfermedades pancreáticas	577
XI	76	1120	Otras enfermedades del aparato digestivo	Resto de 520-579
XII		1200	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	680-709
XII	77	1201	Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	680-686
XII	78	1202	Dermatitis, eczema y trastornos papuloescamosos	690-693, 6943, 696-6983, 6988, 6989
XII	79	1203	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	Resto de 680-709

Anexo I : INTERNATIONAL SHORT LIST HOSPITAL MORBIDITY TABULATION

LISTADO REDUCIDO INTERNACIONAL DE CAUSAS PARA LA TABULACIÓN DE LA MORBILIDAD HOSPITALARIA

Capítulo CIE (10)	Grupo	Código	Descripción	Código CIE-9
XIII		1300	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0993, 1361, 2794, 446, 710-739
XIII	80	1301	Coxartrosis [artrosis de la cadera]	715.15, 715.25, 715.35 y 715.95
XIII	81	1302	Gonartrosis [artrosis de la rodilla]	715.16, 715.26, 715.36 y 715.96
XIII	82	1303	Trastorno interno de rodilla	717
XIII	83	1304	Otras artropatías	0993, 711-716, 718, 719, 7271, 7284
XIII	84	1305	Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo	1361, 2794, 446, 710, 725, 7285
XIII	85	1306	Dorsopatías deformantes y espondilopatías	720, 721, 7230, 7240, 737
XIII	86	1307	Trastorno del disco intervertebral	722
XIII	87	1308	Dorsalgia	7231, 7234, 7236, 7241-7243, 7245
XIII	88	1309	Trastornos de los tejidos blandos	726*, 7270, 7272-7279, 7280-7283, 7286-7289, 729
XIII	89	1310	Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Resto de 710-739
XIV		1400	Enfermedades del sistema genitourinario	0994, 580-5996, 5998-629, 7880
XIV	90	1401	Enfermedades glomerulares y renales túbulo-intersticiales	580-5834, 5838, 5839, 5900-5902, 5908, 5909, 591, 5933-5935, 5937, 5996
XIV	91	1402	Insuficiencia renal	5836, 5837, 584-586
XIV	92	1403	Litiasis urinaria	592, 594, 7880
XIV	93	1404	Otras enfermedades del sistema urinario	0994, 587-589, 5903, 5930-5932, 5936, 5938, 5939, 595- 597, 5980, 5981, 5988, 5989, 5990-5995, 5998, 5999, 6256
XIV	94	1405	Hiperplasia prostática	600
XIV	95	1406	Otras enfermedades de los órganos genitales masculinos	601-608
XIV	96	1407	Trastornos de la mama	610, 611
XIV	97	1408	Enfermedad inflamatoria de los órganos pélvicos femeninos	614-616
XIV	98	1409	Trastornos de la menstruación, menopausia y otras afecciones del aparato genital femenino	6250-6255, 6258-627
XIV	99	1410	Otros trastornos del sistema genitourinario	Resto de 580-629

Anexo I : INTERNATIONAL SHORT LIST HOSPITAL MORBIDITY TABULATION

LISTADO REDUCIDO INTERNACIONAL DE CAUSAS PARA LA TABULACIÓN DE LA MORBILIDAD HOSPITALARIA

Capítulo CIE	Grupo	Código	Descripción	Código CIE-9
XV		1500	Complicaciones del Embarazo, parto y puerperio	630-676 (no equivalente exacto en CIE9)
XV	100	1501	Aborto legalmente inducido	635
XV	101	1502	Otro embarazo con resultado abortivo	630-634, 636-639
XV	102	1503	Complicaciones del embarazo principalmente en el período antenatal	640-646, 651-659
XV	103	1504	Complicaciones del trabajo del parto y del parto	660-668, 6690-6694, 6698, 6699
XV	104	1505	Parto en un caso totalmente normal	650
XV	105	1506	Otros partos	6695, 6696, 6697
XV	106	1507	Complicaciones del puerperio	670-676
XV	107	1508	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	647, 648
XVI		1600	Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal	760-779
XVI	108	1601	Trastornos relacionados con gestación acortada y bajo peso en el nacimiento	765
XVI	109	1602	Otras condiciones con origen en el período perinatal	Resto de 760-779
XVII	110	1700	Anomalías congénitas	740-759
XVIII		1800	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.	780-799 excepto 7880, pero incluyendo 5997
XVIII	111	1801	Dolor de garganta y en el pecho	7841, 7865
XVIII	112	1802	Dolor abdominal	7890
XVIII	113	1803	Otras causas desconocidas no especificadas de morbilidad y mortalidad	7999
XVIII	114	1804	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.	Resto de 780-799 excepto 7880, pero incluyendo 5997

Anexo I : INTERNATIONAL SHORT LIST HOSPITAL MORBIDITY TABULATION

LISTADO REDUCIDO INTERNACIONAL DE CAUSAS PARA LA TABULACIÓN DE LA MORBILIDAD HOSPITALARIA

Capítulo CIE (10)	Grupo	Código	Descripción	Código CIE-9
XIX		1900	Lesiones y envenenamientos	800-999
XIX	115	1901	Traumatismo intracraneal	8001-8004, 8006-8009, 8011-8014, 8016-8019, 8031-8034, 8036-8039, 8041-8044, 8046-8049, 850-854
XIX	116	1902	Otros traumatismos de la cabeza	8000, 8005, 8010, 8015, 802, 8030, 8035, 8040, 8045, 830, 870-873, 900, 910, 918, 920, 921, 925
XIX	117	1903	Fractura de radio y cúbito	813
XIX	118	1904	Fractura del fémur	820, 821
XIX	119	1905	Fractura de la pierna, inclusive el tobillo	823, 824
XIX	120	1906	Otros traumatismos	805-812, 814-819, 822, 825-829, 831-848, 860-869, 874-897, 901-904, 911-917, 919, 922-924, 926-939, 950-959
XIX	121	1907	Quemaduras	940-949
XIX	122	1908	Envenenamientos por drogas, medicamentos y sustancias biológicas y efectos tóxicos de sustancias principalmente no medicamentosas con respecto a su origen	960-989
XIX	123	1909	Complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos no clasificados bajo otros conceptos	996-999
XIX	124	1910	Efectos tardíos de lesiones, envenenamientos, efectos tóxicos y otras causas externas	905-909
XIX	125	1911	Otros efectos y efectos no especificados de causas externas	990-995
XXI		2100	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios	V01-V82
XXI	126	2101	Observación y evaluación por sospecha de enfermedades no encontradas	V71
XXI	127	2102	Asistencia anticonceptiva	V25
XXI	128	2103	Recién nacidos con vida según el tipo de parto	V30-V39
XXI	129	2104	Otra atención médica (incluyendo sesiones de radioterapia y quimioterapia)	V071, V58
XXI	130	2105	Otros factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios	Resto de V01-V82
		0000	Todas las causas	001-V82 (excluyendo E800-E999)

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados⁽¹⁾

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
1	United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Patient Safety Indicators ⁽¹⁾	Complications of anesthesia	Cases of anesthetic overdose, reaction, or endotracheal tube misplacement per 1,000 surgery discharges with an operating room procedure.	Discharges with ICD-9-CM diagnosis codes for [anesthesia complications] in any secondary diagnosis field per 100 surgical discharges.	Exclude patients with codes for poisoning due to anesthetics [E855.1, 968.1-4, 968.7] AND any diagnosis code for [active drug dependence], [active nondependent abuse of drugs], or [self-inflicted injury].
2	United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Patient Safety Indicators	Death in low mortality DRGs	In-hospital deaths per 1,000 patients in DRGs with less than 0.5% mortality.	All discharges with disposition of "deceased" in DRGs with less than 0.5% mortality rate, based on NIS 1997 [low mortality DRG] per 100 "deceased" discharges.	If a DRG is divided into "without/with complications" both DRGs must have mortality rates below 0.5% to qualify for inclusion. Exclude patients with any code for [trauma], [immunocompromised] state, or [cancer].
3	United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Patient Safety Indicators	Decubitus ulcer	Cases of decubitus ulcer per 1,000 discharges with a length of stay greater than 4 days.	Discharges with ICD-9-CM code of 707.0 in any secondary diagnosis field per 100 discharges.	Include only patients with a length of stay of more than 4 days. Exclude cases: <ul style="list-style-type: none"> • with length of stay of less than 5 days • with ICD-9-CM code of decubitus ulcer in the principal diagnosis field • MDC 9 (Skin, Subcutaneous Tissue, and Breast) • MDC 14 (pregnancy, childbirth, and puerperium) • with any diagnosis of hemiplegia, paraplegia, or quadriplegia • with an ICD-9-CM diagnosis code of spina bifida or anoxic brain damage • with an ICD-9-CM procedure code for debridement or pedicle graft before or on the same day as the major operating room procedure (surgical cases only) • admitted from a long-term care facility • transferred from an acute care facility

(1) Tomados del original

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
4	United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Patient Safety Indicators	Failure to Rescue	Deaths per 1,000 patients having developed specified complications of care during hospitalization.	Discharges 18 years and older with potential complications of care listed in failure to rescue definition (i.e., pneumonia, DVT/PE, sepsis, acute renal failure, shock/cardiac arrest, or GI hemorrhage/acute ulcer).	Exclude cases: <ul style="list-style-type: none"> • age 75 years and older • neonatal patients in MDC 15 • transferred to an acute care facility (Discharge Disposition = 2) • transferred from an acute care facility (Admission Source = 2) • admitted from a long-term care facility (Admission Source=3) Additional exclusion criteria specific to each diagnosis.
5	United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Patient Safety Indicators	Foreign Body Left During Procedure,	Discharges with foreign body accidentally left in during procedure per 1,000 discharges.	All medical and surgical discharges, 18 years and older or MDC 14 (pregnancy, childbirth, and puerperium), defined by specific DRGs.	Exclude patients with ICD-9-CM codes for foreign body left in during procedure in the principal diagnosis field.
6	United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Patient Safety Indicators	Iatrogenic Pneumothorax	Cases of iatrogenic pneumothorax per 1,000 discharges.	Discharges 18 years and older with ICD-9-CM code of 512.1 in any secondary diagnosis field.	Exclude cases: <ul style="list-style-type: none"> • with ICD-9-CM code of 512.1 in the principal diagnosis field • MDC 14 (pregnancy, childbirth, and puerperium) • with an ICD-9-CM diagnosis code of chest trauma or pleural effusion • with an ICD-9-CM procedure code of diaphragmatic surgery repair • with any code indicating thoracic surgery or lung or pleural biopsy or assigned to cardiac surgery DRGs
7	United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Patient Safety Indicators	Selected Infections Due to Medical Care,	Cases of ICD-9-CM codes 9993 or 99662 per 1,000 discharges.	Discharges 18 years and older with ICD-9-CM code of 9993 or 99662 in any secondary diagnosis field.	Exclude cases: <ul style="list-style-type: none"> • with ICD-9-CM code of 9993 or 99662 in the principal diagnosis field • with length of stay less than 2 days • with any diagnosis code for immunocompromised state or cancer • with Cancer DRG

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
8	United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Patient Safety Indicators	Postoperative Hip Fracture	Cases of in-hospital hip fracture per 1,000 surgical discharges with an operating room procedure.	Discharges 18 years and older with ICD-9-CM code for hip fracture in any secondary diagnosis field.	<p>Exclude cases:</p> <ul style="list-style-type: none"> • with ICD-9-CM code for hip fracture in the principal diagnosis field • where the only operating room procedure is hip fracture repair • where a procedure for hip fracture repair occurs before or on the same day as the first operating room procedure • with diseases and disorders of the musculoskeletal system and connective tissue (MDC 8) • with principal diagnosis codes for seizure, syncope, stroke, coma, cardiac arrest, poisoning, trauma, delirium and other psychoses, or anoxic brain injury • with any diagnosis of metastatic cancer, lymphoid malignancy or bone malignancy, or self-inflicted injury • MDC14 (pregnancy, childbirth and the puerperium)
9	United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Patient Safety Indicators	Postoperative Hemorrhage or Hematoma	Cases of hematoma or hemorrhage requiring a procedure per 1,000 surgical discharges with an operating room procedure.	Discharges 18 years and older with ICD-9-CM codes for postoperative hemorrhage or postoperative hematoma in any secondary diagnosis field and code for postoperative control of hemorrhage or drainage of hematoma (respectively) in any procedure code field.	<p>Exclude cases:</p> <ul style="list-style-type: none"> • with ICD-9-CM codes for postoperative hemorrhage or postoperative hematoma in the principal diagnosis field • where the only operating room procedure is postoperative control of hemorrhage or drainage of hematoma • where a procedure for postoperative control of hemorrhage or drainage of hematoma occurs before the first operating room procedure. • MDC 14 (Pregnancy, Childbirth and the Puerperium)

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
10	United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Patient Safety Indicators	Postoperative Physiologic and Metabolic Derangement	Cases of specified physiological or metabolic derangement per 1,000 elective surgical discharges with an operating room procedure.	Discharges 18 and older with ICD-9-CM codes for physiologic and metabolic derangements in any secondary diagnosis field. Discharges with acute renal failure (subgroup of physiologic and metabolic derangements) must be accompanied by a procedure code for dialysis (3995, 5498).	Exclude cases: <ul style="list-style-type: none"> • with ICD-9-CM codes for physiologic and metabolic derangements in the principal diagnosis field • with a principal ICD-9-CM code for chronic renal failure • with acute renal failure where a procedure for dialysis occurs before or on the same day as the first operating room procedure • with both a diagnosis code of ketoacidosis, hyperosmolarity, or other coma (subgroups of physiologic and metabolic derangements coding) and a principal diagnosis of diabetes • with both a secondary diagnosis code for acute renal failure (subgroup of physiologic and metabolic derangements coding) and a principal diagnosis of acute myocardial infarction, cardiac arrhythmia, cardiac arrest, shock, hemorrhage, or gastrointestinal hemorrhage • MDC 14 (pregnancy, childbirth and the puerperium)
11	United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Patient Safety Indicators	Postoperative Respiratory Failure	Cases of acute respiratory failure per 1,000 elective surgical (Defined by admit Type) discharges with an operating room procedure.	Discharges 18 and over with ICD-9-CM codes for acute respiratory failure (518.81) in any secondary diagnosis field (After 1999, include 518.84). ICD-9-CM procedure codes for postoperative reintubation procedure based on number of days after the major operating procedure code: 96.04 =1 day, 96.70 or 96.71 =2 days, or 96.72 =0 days.	Exclude cases: <ul style="list-style-type: none"> • with ICD-9-CM codes for acute respiratory failure in the principal diagnosis field • with an ICD-9-CM diagnosis code of neuromuscular disorder • where a procedure for tracheostomy is the only operating room procedure or tracheostomy occurs before the first operating room procedure • MDC 14 (pregnancy, childbirth, and puerperium) • MDC 4 (diseases/disorders of respiratory system) • MDC 5 (diseases/disorders of circulatory system)

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
12	United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Patient Safety Indicators	Postoperative Pulmonary Embolism or Deep Vein Thrombosis	Cases of deep vein thrombosis (DVT) or pulmonary embolism (PE) per 1,000 surgical discharges with an operating room procedure.	Discharges 18 and older with ICD-9-CM codes for deep vein thrombosis or pulmonary embolism in any secondary diagnosis field.	Exclude cases: with ICD-9-CM codes for deep vein thrombosis or pulmonary embolism in the principal diagnosis field • where a procedure for interruption of vena cava is the only operating room procedure • where a procedure for interruption of vena cava occurs before or on the same day as the first operating room procedure • MDC 14 (pregnancy, childbirth and the puerperium)
13	United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Patient Safety Indicators	Postoperative Sepsis	Cases of sepsis per 1,000 elective surgery (Defined by admit Type) patients with an operating room procedure and a length of stay of 4 days or more.	Discharges elective* surgical discharges age 18 and older with ICD-9-CM code for sepsis in any secondary diagnosis field.	Exclude cases: • with ICD-9-CM codes for sepsis in the principal diagnosis field • with a principal diagnosis of infection, or any code for immunocompromised state, or cancer • MDC 14 (pregnancy, childbirth, and puerperium) • with a length of stay of less than 4 days
14	United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Patient Safety Indicators	Postoperative Wound Dehiscence,	Cases of reclosure of postoperative disruption of abdominal wall per 1,000 cases of abdominopelvic surgery.	Discharges abdominopelvic surgical discharges age 18 and older. with ICD-9-CM code for reclosure of postoperative disruption of abdominal wall (54.61) in any procedure field.	Exclude cases: • where a procedure for reclosure of postoperative disruption of abdominal wall occurs before or on the same day as the first abdominopelvic surgery procedure • where length of stay is less than 2 days • with immunocompromised state • MDC 14 (pregnancy, childbirth, and puerperium).
15	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Safety Indicators	Accidental Puncture or Laceration	Cases of technical difficulty (e.g., accidental cut or laceration during procedure) per 1,000 discharges.	Medical and surgical discharges age 18 years and older with ICD-9-CM code denoting technical difficulty (e.g., accidental cut, puncture, perforation, or laceration) in any secondary diagnosis field.	Exclude cases: • with ICD-9-CM code denoting technical difficulty (e.g., accidental cut, puncture, perforation, or laceration) in the principal diagnosis field • MDC 14 (pregnancy, childbirth, and puerperium)

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
16	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Safety Indicators	Transfusion Reaction	Cases of transfusion reaction per 1,000 discharges.	Medical and surgical discharges age 18 years with ICD-9-CM code for transfusion reaction in any secondary diagnosis field.	Exclude patients with ICD-9-CM code for transfusion reaction in the principal diagnosis field.
17	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Safety Indicators	Birth Trauma? Injury to Neonate	Cases of birth trauma, injury to neonate, per 1,000 liveborn births.	Discharges with ICD-9-CM code for birth trauma in any diagnosis field.	Exclude infants <ul style="list-style-type: none"> • with a subdural or cerebral hemorrhage (subgroup of birth trauma coding) and any diagnosis code of pre-term infant (denoting birth weight of less than 2,500 grams and less than 37 weeks gestation or 34 weeks gestation or less). • with injury to skeleton (767.3, 767.4) and any diagnosis code of osteogenesis imperfecta (756.51).
18	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Safety Indicators	Obstetric Trauma? Vaginal Delivery with Instrument	Cases of obstetric trauma (3rd or 4th degree lacerations) per 1,000 instrument-assisted vaginal deliveries.	All vaginal delivery discharges with any procedure code for instrument-assisted delivery with ICD-9-CM code for 3rd and 4th degree obstetric trauma in any diagnosis or procedure field.	
19	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Safety Indicators	Obstetric Trauma? Vaginal Delivery without Instrument	Cases of obstetric trauma (3rd or 4th degree lacerations) per 1,000 vaginal deliveries without instrument assistance.	All vaginal delivery discharges with ICD-9-CM code for 3rd and 4th degree obstetric trauma in any diagnosis or procedure field..	Exclude instrument-assisted delivery.

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
20	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Safety Indicators	Obstetric Trauma? Cesarean Delivery	Cases of obstetric trauma (3rd or 4th degree lacerations) per 1,000 Cesarean deliveries.	Cesarean delivery discharges with ICD-9-CM code for obstetric trauma in any diagnosis or procedure field.	
21	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Inpatient ¹¹ Quality Indicators	<ul style="list-style-type: none"> •Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) Repair Volume •Carotid Endarterectomy (CEA) Volume •Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Volume •Esophageal Resection Volume •Pancreatic Resection Volume •Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) Volume 	Provider-level volume indicators are proxy, or indirect, measures of quality. They are based on evidence suggesting that hospitals performing more of certain intensive, high-technology, or highly complex procedures may have better outcomes for those procedures. Volume indicators simply represent counts of admissions in which these procedures were performed.		
22	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Inpatient Quality Indicators	<ul style="list-style-type: none"> •AAA Repair Mortality Rate •Esophageal Resection Mortality Rate •CABG Mortality Rate •CEA Mortality Rate •Craniotomy Mortality Rate •Pancreatic Resection Mortality Rate •Hip Replacement Mortality Rate •PTCA Mortality Rate 	Mortality indicators for inpatient procedures include procedures for which mortality has been shown to vary across institutions and for which there is evidence that high mortality may be associated with poorer quality of care.		

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
23	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Inpatient Quality Indicators	<ul style="list-style-type: none"> •Acute Myocardial Infarction (AMI) Mortality Rate •AMI Mortality Rate, Without Transfer Cases •Congestive Heart Failure (CHF) Mortality Rate •Acute Stroke Mortality Rate •Gastrointestinal Hemorrhage Mortality Rate •Hip Fracture Mortality Rate •Pneumonia Mortality Rate 	Mortality indicators for inpatient conditions include conditions for which mortality has been shown to vary substantially across institutions and for which evidence suggests that high mortality may be associated with deficiencies in the quality of care.		
24	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Inpatient Quality Indicators Utilization indicators	Cesarean Delivery Rate	Provider-level number of Cesarean deliveries per 100 deliveries.	Number of Cesarean deliveries, identified by DRG, or by ICD-9-CM procedure codes if they are reported without a 7491 hysterotomy procedure.	Exclude cases: • abnormal presentation, preterm, fetal death, multiple gestation diagnosis codes • breech procedure codes
25	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Inpatient Quality Indicators Utilization indicators	Primary Cesarean Delivery Rate	Provider-level number of Cesarean deliveries per 100 deliveries.	Number of Cesarean deliveries, identified by DRG, or by ICD-9-CM procedure codes if they are reported without a 7491 hysterotomy procedure.	Exclude cases: • abnormal presentation, preterm, fetal death, multiple gestation diagnosis codes • breech procedure codes • previous Cesarean delivery diagnosis in any diagnosis field.

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
26	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Inpatient Quality Indicators Utilization indicators	Vaginal Birth after Cesarean Rate, Uncomplicated	Provider-level vaginal births per 100 discharges with a diagnosis of previous Cesarean delivery. in any diagnosis field.	Number of vaginal births in women with a diagnosis of previous Cesarean delivery in any diagnosis field.	Exclude cases: • abnormal presentation, preterm, fetal death, multiple gestation diagnosis codes • breech procedure codes
27	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Inpatient Quality Indicators Utilization indicators	Vaginal Birth after Cesarean Rate, All	Provider-level vaginal births per 100 discharges with a diagnosis of previous Cesarean delivery in any diagnosis field.	Number of vaginal births in women with a diagnosis of previous Cesarean delivery in any diagnosis field.	
28	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Inpatient Quality Indicators Utilization indicators	Laparoscopic Cholecystectomy Rate	Number of laparoscopic cholecystectomies per 100 cholecystectomies.	Age 18 years and older. With laparoscopic cholecystectomies (any procedure field)	Include only discharges with uncomplicated cases: cholecystitis or cholelithiasis in any diagnosis field. Exclude cases: • MDC 14 (pregnancy, childbirth, and puerperium) • MDC 15 (newborns and other neonates)
29	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Inpatient Quality Indicators Utilization indicators	Incidental Appendectomy in the Elderly Rate	Number of incidental appendectomies per 100 elderly (age 65 years and older) with intra-abdominal procedure.	Number of incidental appendectomies (any procedure field).	

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
30	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Inpatient Quality Indicators Utilization indicators	Bilateral Cardiac Catheterization Rate	Provider level bilateral cardiac catheterizations per 100 discharges in 18 years and older with procedure code of heart catheterization.	Number of simultaneous right and left heart catheterizations (in any procedure field)	Exclude cases: • with valid indications for right-sided catheterization in any diagnosis field
31	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Inpatient Quality Indicators Utilization indicators	Coronary Artery Bypass Graft Area Rate	Number of CABGs per 100,000 population. 40 years and older.	Number of CABGs in any procedure field.	Exclude cases: • MDC 14 (pregnancy, childbirth, and puerperium) • MDC 15 (newborns and other neonates).
32	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Inpatient Quality Indicators Utilization indicators	Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty Area Rate	Number of PTCA procedures per 100,000 population 40 years and older.	Number of PTCA procedures in any procedure field.	Exclude cases: • MDC 14 (pregnancy, childbirth, and puerperium) • MDC 15 (newborns and other neonates).
33	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Inpatient Quality Indicators Utilization indicators	Hysterectomy Area Rate	Number of hysterectomies per 100,000 population 18 years and older.	Number of hysterectomies in any procedure field.	Exclude cases: • MDC 14 (pregnancy, childbirth, and puerperium) • MDC 15 (newborns and other neonates). • with genital cancer or pelvic or lower abdominal trauma in any diagnosis field

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
34	Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. 2006	Inpatient Quality Indicators Utilization indicators	Laminectomy or Spinal Fusion Area Rate	Number of laminectomies or spinal fusions per 100,000 population 18 years and older.	Number of laminectomies or spinal fusions in any procedure field.	Exclude cases: <ul style="list-style-type: none"> • MDC 14 (pregnancy, childbirth, and puerperium) • MDC 15 (newborns and other neonates).
35	International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems 2006		Device-Associated Infections in Intensive Care Units		<i>Difícil/imposible obtener datos fiables del CMBD</i>	Central line-associated bloodstream infections Ventilator-associated pneumonia Symptomatic indwelling urinary catheter-associated UTIs
36	International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems 2006		Device Use in Intensive Care Units		<i>Difícil/imposible obtener datos fiables del CMBD</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Central line use • Ventilator use • Indwelling urinary catheter use
37	International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems 2006		Surgical Site Infections		<i>Parcialmente viable por CMBD</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Chest incision only CABG patients • Chest and donor site incision CABG patients • Other cardiac surgery patients • Vascular surgery patients • Colon surgery patients • Abdominal hysterectomy patients • Vaginal hysterectomy patients • C-section patients • Hip arthroplasty patients • Knee arthroplasty patients • Liver, biliary tract, pancreatic, or gallbladder surgery patients • Appendectomy patients • Hernia surgery patients

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
38	International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems 2006		Antibiotic Prophylaxis for Surgical Procedures		<i>Difícil/imposible obtener datos fiables del CMBD</i>	
39	International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems 2006		Inpatient Mortality		<i>Viable por CMBD</i>	<ul style="list-style-type: none"> • DRG 014-specific cerebrovascular disorders except TIA • DRG 079-respiratory infections and inflammations age >17 with CC • DRG 088-chronic obstructive pulmonary disease • DRG 089-simple pneumonia and pleurisy age >17 with CC • DRG 127-heart failure and shock • DRG 174-GI hemorrhage with CC • DRG 316-renal failure • DRG 416-septicemia age >17 • DRG 475-respiratory system diagnosis with ventilator support • DRG 489-HIV with major related condition • All other DRGs • Acute myocardial infarction • Heart failure • Pneumonia
40	International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems 2006		Neonatal Mortality		<i>Viable por CMBD</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <= 750 grams • 751 to 1000 grams • 1001 to 1800 grams • >= 1801 grams
41	International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems 2006		Perioperative Mortality		<i>Parcialmente viable por CMBD</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Patients with ASA P2 • Patients with ASA P3 • Patients with ASA P4 • Patients with ASA P5 • CABG patients • Other cardiac surgery patients • Vascular surgery patients • Colon surgery patients • Liver, biliary tract, pancreatic, or gallbladder surgery patients • Appendectomy patients • Abdominal hysterectomy patients • Vaginal hysterectomy patients • Sum of abdominal and vaginal hysterectomy patients • Hip arthroplasty patients • Knee arthroplasty patients

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
42	International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems 2006		Management of Labor		<i>Parcialmente viable por CMBD</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Primary C-sections • Repeat C-sections • Total C-sections • Vaginal births after C-sections (VBAC) • Trail of labor success
43	International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems 2006		Unscheduled Readmissions		<i>Viable por CMBD</i>	<p>Total unscheduled readmissions within 15 and 31 days; and readmissions within the same time frames for the following Diagnosis Related Groups (DRGs):</p> <ul style="list-style-type: none"> • DRG 079-respiratory infections & inflammations age>17 w/ CC, or related condition • DRG 088-chronic obstructive pulmonary condition (COPD), or related condition • DRG 089-simple pneumonia and pleurisy age>17 with CC, or related condition • DRG 127-heart failure and shock, or related condition • DRG 140-angina pectoris or 143-chest pain, or related condition <p>Measures are also available for unscheduled readmissions within 15 and 31 days for patients with the following primary diagnoses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acute myocardial infarction or a related condition • Heart failure or a related condition • Pneumonia or a related condition
44	International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems 2006		Unscheduled Admissions Following Ambulatory Procedures		<i>Difícil/imposible obtener datos fiables del CMBD</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatory cardiac catheterization • Ambulatory digestive, respiratory or urinary system diagnostic endoscopies • All other ambulatory operative procedures

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
45	International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems 2006		Unscheduled Returns to Intensive Care Units		<i>Difícil/imposible obtener datos fiables del CMBD</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Unscheduled returns to intensive care units • Unscheduled returns to intensive care units for the following durations: <ul style="list-style-type: none"> • Within 24 hours • > 24 but <= 48 hours • > 48 but <= 72 hours • > 72 hours • Unscheduled returns to intensive care units for patients with the following primary diagnoses <ul style="list-style-type: none"> • Acute myocardial infarction • Heart failure • Pneumonia
46	International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems 2006		Unscheduled Returns to the Operating Room		<i>Difícil/imposible obtener datos fiables del CMBD</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Peripheral vascular procedures • Cardio-thoracic procedures • CABG • Other cardiac surgery • Vascular surgery • Colon surgery • Liver, biliary tract, pancreatic, or gallbladder surgery • Appendectomy • Hernia surgery • Abdominal hysterectomy • Vaginal hysterectomy • Sum of abdominal and vaginal hysterectomies • C-section • Hip arthroplasty • Knee arthroplasty
47	International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems 2006		Documented Falls		<i>Difícil/imposible obtener datos fiables del CMBD</i>	

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
48	International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems 2006		Pressure Ulcers in Acute Inpatient Care			<i>Viable por CMBD</i>
49	International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems 2006		Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Thromboembolism Following Surgery			<i>Viable por CMBD</i> <ul style="list-style-type: none"> • CABG • Other cardiac surgery • Vascular surgery • Colon surgery • Liver, biliary tract, pancreatic, or gallbladder surgery • Abdominal hysterectomy • Vaginal hysterectomy • Sum of abdominal and vaginal hysterectomies • C-section • Hip arthroplasty • Knee arthroplasty
50	International Quality Indicator Project. Center for Performance Sciences. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems 2006		Thromboprophylaxis for Surgery			<i>Difícil/imposible obtener datos fiables del CMBD</i>
51	European Community Health Indicators (ECHI). 2005	Indicador used in assessments of quality of care, costs, efficiency.	Average length of stay (ALOS),	Average length of stay is computed by dividing the number of days stayed (from the date of admission in an in-patient institution) by the number of separations (patients discharged or dead in hospital) during the year		

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
52	European Community Health Indicators (ECHI). 2005	Indicator for safety	Surgical wound infections		% of all in-patient operations.	
53	European Community Health Indicators (ECHI). 2005		Mortality from specific injury categories, in specific age groups			
54	European Community Health Indicators (ECHI). 2005	Utilización de servicios	Frecuentación hospitalaria.			
55	European Community Health Indicators (ECHI). 2005	Seguridad de pacientes	Tasa de reacciones adversas a medicamentos			
56	European Community Health Indicators (ECHI). 2005	Seguridad de pacientes	Tasa de reacciones transfusionales.			
57	European Community Health Indicators (ECHI). 2005	Seguridad de pacientes	Tasa de úlceras por presión.			
58	European Community Health Indicators (ECHI). 2005	Seguridad de pacientes	Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados.			

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
59	European Community Health Indicators (ECHI). 2005	Resultado	Mortalidad intrahospitalaria			<ul style="list-style-type: none"> ·Tras intervención quirúrgica ·Tras angioplastia coronaria ·Tras fractura de cadera ·Postinfarto ·Pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva ·Pacientes con hemorragia intestinal Pacientes con neumonía
60	Ficha MSyC	Utilización	Porcentaje de casos extremos (altas hospitalarias)	Los valores extremos son las altas con estancias superiores o inferiores a un determinado valor, denominado "punto de corte", el cual se establece para cada tipo de proceso (GRD: altas agrupadas por los Grupos relacionados por el diagnóstico) mediante el siguiente cálculo: (ver observaciones)		<p>PUNTO DE CORTE CORTE INF: Estancia del GDR por debajo de la cual se considera caso extremo, obtenido mediante la fórmula: Percentil 25 - 1,5 (Percentil 75 - Percentil 25)</p> <p>PUNTO DE CORTE SUP: Estancia del GDR por encima de la cual se considera caso extremo, obtenido mediante la fórmula: Percentil 75 + 1,5 (Percentil 75 - Percentil 25).</p>
61	Ficha MSyC	Utilización de la atención sanitaria	Tasa de ambulatorización de los procedimientos quirúrgicos	Proporción de intervenciones quirúrgicas que tienen lugar sin hospitalización del paciente (sin internamiento en el hospital, es decir, que causan alta en el mismo día) .	<p>a) Numerador: total de intervenciones quirúrgicas sin ingreso</p> <p>b) Denominador: Total de intervenciones (sin ingreso+con internamiento)</p> <p>Donde: intervención quirúrgica se reserva a aquellos procedimientos con uso de quirófano (Cirugía Mayor) excluyendo procedimientos menores en los cuales no se utilice dicho recurso.</p>	<p>Global y para determinados procedimientos</p> <p>Se trata de un indicador con dos fuentes diferentes de datos, según se trate del indicador global (Datos censales) o para procedimientos seleccionados (datos del registro de altas). (ESCRI) y Registro de altas de hospitalización (CMBD)</p>

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
62	Ficha MSyC	Seguridad del paciente	Tasa de fractura de cadera en pacientes ingresados	Proporción de pacientes ingresados que sufren una fractura de cadera durante su ingreso	a) Numerador: Número de altas hospitalarias con diagnóstico de fractura de cadera en cualquiera de los códigos de diagnóstico secundario (categoría CIE 820) b) Denominador: Total de altas del período	
63	Ficha MSyC	Seguridad del paciente	Mortalidad intrahospitalaria			<ul style="list-style-type: none"> ·Tras angioplastia coronaria: En el denominador se considerarán todos los casos con procedimientos de la subcategoría 36.0 (eliminación de estenosis arterial coronaria con o sin implantación de stent) ·Tras fractura de cadera: En el denominador se considerarán todas las altas con diagnóstico principal codificado con la categoría CIE: 820 (fractura de cuello de fémur) ·Post infarto: En el denominador se considerarán todas las altas con diagnóstico principal codificado con la categoría CIE: 410 (infarto agudo de miocardio). ·Pacientes con Insuficiencia cardíaca: En el denominador se considerarán todas las altas con diagnóstico principal codificado con la categoría CIE: 428 (insuficiencia cardíaca) ·Pacientes con hemorragia intestinal: En el denominador se considerarán todas las altas con diagnóstico principal codificado con la categoría CIE: 578 (hemorragia gastrointestinal) ·Pacientes con neumonía: En el denominador se considerarán todas las altas con diagnóstico principal codificado con la categoría CIE: 481 (neumonía neumocócica)
64	Ficha MSyC	Calidad de la atención	Porcentaje de cesáreas		a) Numerador: Número total de partos por cesárea b) Denominador: Número total de partos (vaginal+cesáreas)	Se entiende por <u>parto</u> la expulsión o extracción del claustro materno del producto viable de la concepción. Se considera <u>feto viable</u> aquel que tiene un peso al nacer igual o superior a 500 gr. Por vía vaginal. Número de partos atendidos por vía vaginal independientemente de la técnica. Cesáreas. Número de partos atendidos pro vía abdominal.

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
65	Ficha MSyC	Calidad y resultados de la atención sanitaria	Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años			En el numerador se establecerá la condición de edad y procedimiento realizado codificado como 68.3 al 68.7 y el 68.9 En el denominador se seleccionarán todos los casos con dicho procedimiento
66	Canadian Institute for Health Information.	Health status	Injury hospitalization	Acute care hospitalization due to injury resulting from the transfer of energy (excludes poisoning and other non-traumatic injuries), per 100,000 population.	<i>Viable por CMBD</i>	
67	Canadian Institute for Health Information.	Health system performance	30-day acute myocardial infarction (AMI) in-hospital mortality	All-cause in-hospital death occurring within 30 days of first admission to an acute care hospital with a diagnosis of AMI.	<i>Viable por CMBD</i>	
68	Canadian Institute for Health Information.	Health system performance	30-day stroke in-hospital mortality	All-cause in-hospital death occurring within 30 days of first admission To an acute care hospital with a diagnosis of stroke.	<i>Viable por CMBD</i>	
69	Canadian Institute for Health Information.	Health system performance	Acute myocardial infarction (AMI) readmission	Unplanned readmission following discharge for acute myocardial infarction	<i>Viable por CMBD</i>	A case is counted as a readmission if it is for a relevant diagnosis and occurs within 28 days of the initial AMI admission.

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
70	Canadian Institute for Health Information.	Health system performance	Asthma readmission	Unplanned readmission following discharge for asthma	<i>Viable por CMBD</i>	A case is counted as a readmission if it is for a relevant diagnosis and occurs within 28 days of the initial admission for asthma
71	Canadian Institute for Health Information.	Health system performance	Prostatectomy readmission	Unplanned readmission following discharge for prostatectomy.	<i>Viable por CMBD</i>	A case is counted as a readmission if it is for a relevant diagnosis or procedure and occurs within 28 days of the initial admission for prostatectomy.
72	Canadian Institute for Health Information.	Health system performance	Hysterectomy readmission	Unplanned readmission following discharge for hysterectomy	<i>Viable por CMBD</i>	A case is counted as a readmission if it is for a relevant diagnosis and occurs within 7 or 28 days of the initial admission for hysterectomy
73	Canadian Institute for Health Information.	Health system performance	Caesarean section	Proportion of women delivering babies in acute care hospitals by Caesarean section.	<i>Viable por CMBD</i>	
74	Canadian Institute for Health Information.	Health system performance	In-hospital hip fracture	Hip fracture among acute care inpatients aged 65 years and over, per 1,000 discharges	<i>Viable por CMBD</i>	
75	Canadian Institute for Health Information.	Community and health system characteristics	Hysterectomy	Hysterectomy provided to inpatients in acute care hospitals, per 100,000 women aged 20 and over.	<i>Viable por CMBD</i>	
76	Canadian Institute for Health Information.	Community and health system characteristics	Knee replacement	Unilateral or bilateral knee replacement surgery performed on inpatients in acute care hospitals, per 100,000 population.	<i>Viable por CMBD</i>	
77	Canadian Institute for Health Information.	Community and health system characteristics	Hip replacement	Unilateral or bilateral hip replacement surgery performed on inpatients in acute care hospitals, per 100,000 population.	<i>Viable por CMBD</i>	

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
78	Canadian Institute for Health Information.	Community and health system characteristics	Percutaneous coronary intervention (PCI)	Percutaneous coronary intervention performed on patients in acute care hospitals, per 100,000 population aged 20 years and over.	<i>Viable por CMBD</i>	
79	Canadian Institute for Health Information.	Community and health system characteristics	Coronary artery bypass graft surgery (CABG)	Coronary artery bypass graft surgery performed on inpatients in acute care hospitals, per 100,000 population aged 20 and over.	<i>Viable por CMBD</i>	
80	Health Care Quality Indicators Project. OCDE Marzo 2006	Indicador recomendado para la versión inicial del Proyecto HCQI indicators	Acute Myocardial Infarction 30-Day Case-Fatality Rate/In-Hospital Mortality Rate	Numerator: Number of deaths in the hospital that occurred within 30 days of hospital admission with primary diagnosis of acute myocardial infarction (ICD-9 410 or ICD-10 I21, I22) Denominator: Number of people hospitalised with primary diagnosis of acute myocardial infarction.	Viable en CMBD	
81	Health Care Quality Indicators Project. OCDE Marzo 2006	Indicador recomendado para la versión inicial del Proyecto HCQI indicators	Stroke 30-Day Case-Fatality Rate/In-Hospital Mortality Rate	Numerator: Number of deaths in the hospital that occurred within 30 days of hospital admission with primary diagnosis of a) hemorrhagic stroke (ICD-9 430-432 or ICD-10 I61-I62) and b) ischemic stroke (ICD-9 433, 434, and 436 or ICD-10 I63-I64). Denominator: Number of people hospitalised with primary diagnosis of stroke	Viable en CMBD	
82	Health Care Quality Indicators Project. OCDE Marzo 2006	Indicador recomendado para la versión inicial del Proyecto HCQI indicators	Acute Myocardial Infarction 30-Day Case-Fatality Rate/In-Hospital Mortality Rate	Numerator: Number of deaths in the hospital that occurred within 30 days of hospital admission with primary diagnosis of acute myocardial infarction (ICD-9 410 or ICD-10 I21, I22) Denominator: Number of people hospitalised with primary diagnosis of acute myocardial infarction.	Viable en CMBD	
83	Health Care Quality Indicators Project. OCDE Marzo 2006	Indicador recomendado para la versión inicial del Proyecto HCQI indicators	Stroke 30-Day Case-Fatality Rate/In-Hospital Mortality Rate	Numerator: Number of deaths in the hospital that occurred within 30 days of hospital admission with primary diagnosis of a) hemorrhagic stroke (ICD-9 430-432 or ICD-10 I61-I62) and b) ischemic stroke (ICD-9 433, 434, and 436 or ICD-10 I63-I64). Denominator: Number of people hospitalised with primary diagnosis of stroke	Viable en CMBD	

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
84	Health Care Quality Indicators Project. OCDE Marzo 2006	Indicador recomendado para la versión inicial del Proyecto HCQI indicators	Waiting Times for Surgery after Hip Fracture, Age 65+	Numerator: The number of patients with surgery initiated within 48 hours Denominator: The number of patients age 65 and older admitted to the hospital with a diagnosis of upper femur fracture (ICD-10 S72.0, S72.1, S72.2 or ICD-9 820)	Viable en CMBD si esta registrada la fecha de intervención	
85	Health Care Quality Indicators Project. OCDE Marzo 2006	Indicador en estudio para versiones posteriores del Proyecto HCQI indicators	Transfusion reaction rate	Numerator: Discharges with ICD-9-CM codes for transfusion reaction in any secondary diagnosis field. Denominator: All surgical and medical discharges, 18 years and older or MDC 14 (pregnancy, childbirth, and puerperium).	<i>Viable por CMBD</i>	9996 ABO Incompatibility Reaction 9997 RH Incompatibility Reaction E8760 Mismatched Blood In Transfusion
86	Health Care Quality Indicators Project. OCDE Marzo 2006	Indicador en estudio para versiones posteriores del Proyecto HCQI indicators	Postoperative hip fracture rate	Numerator: Discharges with ICD-9-CM code for hip fracture in any secondary diagnosis field per 100 surgical discharges Denominator: All surgical discharges. All surgical discharges age 18 and older defined by specific DRGs and an ICD-9-CM code for an operating room procedure	<i>Viable por CMBD</i>	ICD-9-CM Hip Fracture diagnosis codes: 8200-03, 8208-09. EXCLUSIONS : codes for poisoning due to anaesthetics E855.1, 968.1-4, 968.7 [ICD-9-CM Active Drug Dependence diagnosis codes: 30400-02, 30410-12, 30420-22, 30430-32, 30440-42, 30450-52, 30460-62, 30470-72, 30480-82, 30490-92 ICD-9-CM Active Nondependent Abuse of Drugs diagnosis codes: 30520-22, 30530-32, 30540-42, 30550-52, 30560-62, 30570-72, 30580-82, 30590-92 ICD-9-CM Self-Inflicted Injury diagnosis codes: E9500-11, E9518, E9520, E9521, E9528-31, E9538, E954, E9550-E9555, E9559, E956, E9570-72, E9580-89]

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
87	Health Care Quality Indicators Project. OCDE Marzo 2006	Indicador en estudio para versiones posteriores del Proyecto HCQI indicators	Uncontrolled diabetes admission rate	Numerator: All non-maternal discharges of age 18 years and older with ICD-9-CM principal diagnosis code for uncontrolled diabetes, without mention of a short-term or long-term complication. Denominator: Population age 18 years and older.	<i>Viable por CMBD</i>	Include ICD-9-CM diagnosis codes: 25002 DM, T2, UNCONT, 25003 DM, T1, UNCONT) ; Exclude transfers from another institution and MDC 14 (pregnancy, childbirth and puerperium)
88	Health Care Quality Indicators Project. OCDE Marzo 2006	Indicador en estudio para versiones posteriores del Proyecto HCQI indicators	Admissions for adult asthma	Numerator: All non-maternal discharges of age 18 years and older with ICD-9-CM principal diagnosis code of asthma Denominator: Population age 18 years and older	<i>Viable por CMBD</i>	Include ICD-9-CM diagnosis codes: 49300 Ext Asthma W/O Stat Asth 49321 Ch Ob Asthma W Stat Asth 49301 Ext Asthma W Status Asth 49322 Ch Obs Asth W Acute Exac Oct00- 49302 Ext Asthma W Acute Exac Oct00- 49381 Exercse Ind Bronchospasm Oct03- 49310 Int Asthma W/O Stat Asth 49382 Cough Variant Asthma Oct03- 49311 Int Asthma W Status Asth 49390 Asthma W/O Status Asthm 49312 Int Asthma W Acute Exac Oct00- 49391 Asthma W Status Asthmat 49320 Ch Ob Asth W/O Stat Asth 49392 Asthma W Acute Exacerbtn Oct0) Exclude cases: <ul style="list-style-type: none"> • transfer from other institution • MDC 14 (pregnancy, childbirth, and puerperium) • with any diagnosis code of cystic fibrosis and anomalies of the respiratory system ICD-9-CM diagnosis codes of cystic fibrosis and anomalies of the respiratory system 27700 Cystic Fibros W/O Ileus 7485 Agenesis Of Lung 27701 Cystic Fibros W Ileus 74860 Lung Anomaly Nos 27702 Cystic Fibros W Pul Man 74861 Congen Bronchiectasis 27703 Cystic Fibrosis W Gi Man 74869 Lung Anomaly Nec 27709 Cystic Fibrosis Nec 7488 Respiratory Anomaly Nec 74721 Anomalies Of Aortic Arch 7489 Respiratory Anomaly Nos 7483 Laryngotrach Anomaly Nec 7503 Cong Esoph Fistula/Atres 7484 Congenital Cystic Lung 7593 Situs Inversus 7707 Perinatal Chr Resp Dis)

Anexo II: Sinopsis de indicadores revisados

Nº	PROCEDENCIA	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN	CÁLCULO	OBSERVACIONES
89	Health Care Quality Indicators Project. OCDE Marzo 2006	Indicador en estudio para versiones posteriores del Proyecto HCQI indicators	Hypertension admission rate	Numerator: All non-maternal discharges of age 18 years and older with ICD-9-CM principal diagnosis code for hypertension. (see table below for exact codes) Denominator: Population age 18 years and older.	<i>Viable por CMBD</i>	<p>Include ICD-9-CM hypertension diagnosis codes: 4010 Malignant Hypertension 40310 Ben Hyp Ren W/O Ren Fail 4019 Hypertension Nos 40390 Hyp Ren Nos W/O Ren Fail 40200 Mal Hyperten Hrt Dis Nos 40400 Mal Hy Ht/Ren W/O Chf/Rf 40210 Ben Hyperten Hrt Dis Nos 40410 Ben Hy Ht/Ren W/O Chf/Rf 40290 Hypertensive Hrt Dis Nos 40490 Hy Ht/Ren Nos W/O Chf/Rf 40300 Mal Hyp Ren W/O Ren Fail)</p> <p>Exclude cases:</p> <ul style="list-style-type: none"> • transfer from other institution • MDC 14 (pregnancy, childbirth, and puerperium) • with cardiac procedure codes in any field)
90	Health Care Quality Indicators Project. OCDE Marzo 2006	Indicador en estudio para versiones posteriores del Proyecto HCQI indicators	Major Amputation in Diabetics	Numerator: Number of diabetic patients with major (above or below knee) amputations in a given year. Denominator: Number of patients with diabetes (Type 1 and Type 2) ages 18-75 years.	Numerador accesible a través de CMBD pero muy dependiente de la calidad de la codificación.	La Información obtenida a través del CMBD es de incidencia de amputación, pero no de prevalencia de estado de amputación.

Anexo III: Glosario de términos y notas metodológicas

Altas y hospitales:

Se incluyen todas las altas del CMBD remitidas por las Comunidades Autónomas de Hospitales públicos (incluye hospitales de la red de utilización pública y o administrados públicamente o con concierto sustitutorio (actividad básicamente destinada a cubrir la asistencia de un área de población protegida por el sistema público). Excluidos hospitales monográficos o especializados que no estén formando complejo (o complementando la actividad con hospitales públicos), los hospitales psiquiátricos y los hospitales de larga estancia.

Variables CMBD analizadas:

Diagnóstico principal: Considerado como aquel que tras el estudio del paciente se establece que fue causa del ingreso en el hospital, de acuerdo con el criterio del servicio clínico o del facultativo que atendió al enfermo, aunque durante su estancia apareciesen complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes que se consignarán como diagnósticos secundarios.

Se codifican mediante la " Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades – 9 revisión– modificación clínica " (CIE-9-MC) en la edición traducida oficialmente para el SNS por el Ministerio de Sanidad y Consumo, para el año correspondiente.

La explotación de los casos permite la agrupación de los mismos de acuerdo a la siguiente agregación:

- * Capítulos: Capítulo de la CIE-9-MC, consta de 17 capítulos, en los cuales se clasifican las enfermedades por etiología o por lugar anatómico.
- * Categoría de la CIE-9-MC: Código de tres dígitos que puede representar una causa específica o un grupo de causas asociadas o relacionadas.
- * Sección de la CIE-9-MC: Grupo de categorías dentro de un capítulo que designan un conjunto de enfermedades con entidad propia

Diagnósticos secundarios: Aquellos diagnósticos (hasta 13) que no siendo el principal coexistan con él en el momento del ingreso, o se desarrollen a lo largo de la estancia hospitalaria, e influyan en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior que no afecten al actual ingreso. También se codifican mediante la CIE-9-MC

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos, hasta 20, se clasifican mediante la clasificación de procedimientos de la CIE-9-MC, que consta de 16 capítulos, estructurados los 15 primeros por lugar anatómico. El capítulo 16 incluye los procedimientos terapéuticos diagnósticos y profilácticos no quirúrgicos. También se codifican mediante la CIE-9-MC.

Anexo III: Glosario de términos y notas metodológicas

Registros válidos:

Se incluyen todas las altas de los hospitales mencionados que tuvieran fecha de alta en el año, excluyendo aquellas con idéntica fecha de ingreso y alta cuyo tipo de alta no fuera fallecimiento, traslado o alta voluntaria.

Igualmente se excluyen los registros con fecha de alta o de ingreso no válidas (fecha de alta distinta del año de estudio, fecha ingreso posterior a la fecha de alta), y se excluyen o se mantienen como no válidos los registros cuyas variables calculadas de edad y estancia fueron superiores a 120 años y 998 días respectivamente.

Variables no válidas:

Algunos campos se validan individualmente (sexo, financiación, tipo de ingreso y de alta, residencia, diagnóstico principal y secundarios, procedimiento), y, si bien los registros con datos erróneos o no válidos no son excluidos, dichos errores se contemplan individualmente para las explotaciones de las variables correspondientes.

GRD:

Grupos relacionados por el diagnóstico, categorías de clasificación de pacientes que agrupa los episodios de hospitalización en un determinado número de categorías con identidad clínica y consumo similar de recursos. La versión utilizada para el año 2004 es la 18.0 del agrupador *All patients* (AP-GRD v18.0).

Categoría Diagnóstica Mayor (CDM):

Cada una de los grupos mutuamente excluyentes (en inglés "Major Diagnostic Categories") en que se clasifican los GRD. Los diagnósticos de cada categoría corresponden a una determinado sistema orgánico (Sistema Respiratorio, o Circulatorio, o Digestivo, etc.). Las enfermedades que implican tanto un sistema orgánico como una etiología en particular, por ejemplo, neoplasia maligna del riñón, se asignan a la categoría correspondiente al sistema orgánico. Existen además unas categorías residuales, que por su singularidad no pueden ser asignadas a categorías basadas en el sistema orgánico, como por ejemplo enfermedades infecciosas sistémicas, grandes traumatismos, grandes quemados o neoplasias mal diferenciadas y la precategoría 0 que contiene los GRD singulares.