

9

FORO

SOBRE EL
SISTEMA DE
INFORMACIÓN
DEL SISTEMA
NACIONAL DE
SALUD



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA
www.mspsi.es

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

Hospital Universitario de Fuenlabrada
Coordinador del Grupo de Gestión Clínica de la
Sociedad Española de Medicina Interna
Universidad Rey Juan Carlos

18 noviembre 2010

Ministerio de Sanidad,
Política Social e Igualdad
Salón de Actos Ernest Lluch

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

- Necesidad de información
- Posibilidades del CMBD
- Aplicaciones del CMBD en Medicina Interna
- CMBD y seguridad en Medicina Interna

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

- **Necesidad de información**
- Posibilidades del CMBD
- Aplicaciones del CMBD en Medicina Interna
- CMBD y seguridad en Medicina Interna

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

Los clínicos han “*reclamado*” disponer de información para poder gestionar

«De modo que soy llamado excéntrico porque digo públicamente que los hospitales, si quieren estar seguros de que mejoran, deben: a) establecer cuáles son sus resultados; b) analizarlos, de manera de hallar sus puntos débiles y sus fortalezas; c) comparar sus resultados con los de otros hospitales, y d) ver con buenos ojos la publicación, no solo de sus éxitos, sino también de sus errores». Ernest A. Codman, 1917.

ARTÍCULO ESPECIAL

Sistemas de información para clínicos I. Cómo conocer qué tipo de pacientes se atienden en nuestros hospitales

A. Jiménez Puente^{a,d,*}, J. García-Alegría^{b,d} y A. Lara-Blanquer^c

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

Necesidad de información

- Los hospitales han sido y son de las mayores empresas existentes en nuestra sociedad
- El principio básico de que *toda empresa debe conocer lo que produce* no ha sido realidad en este caso hasta fechas recientes
- Conceptos tradicionales de que *“los hospitales no están hechos para producir nada”* o *“no existen dos pacientes iguales”*
- Inexistencia de escenario de competitividad
- Complejidad de enfermedades para poder ser agrupadas de manera que sean comparables
- Sistemas de clasificación de pacientes (años 80)
- La *contradicción* actual, en la que un hospital sería más eficiente cuanto menos actividad realice para conseguir un mejor estado de salud o de la calidad de vida de la población atendida

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

- Necesidad de información
- **Posibilidades del CMBD**
- Aplicaciones del CMBD en Medicina Interna
- CMBD y seguridad en Medicina Interna

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

Posibilidades del CMBD

- Inmensas...
- Grandes bases de datos
- Integra información demográfica con situación clínica (diagnósticos), con el proceso asistencial (estancia, servicio responsable, procedimientos) y con resultados (mortalidad, complicaciones o reingresos) y permite seguimiento con el número de historia clínica
- Además de para los gestores, puede permitir a los clínicos poner en marcha líneas de investigación o al menos intentar responder a multitud de preguntas de tipo clínico
- Muy desconocido entre la clase médica...

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

Rev Clin Esp. 2010;210(6):298-303



Revista Clínica
Española

www.elsevier.es/rce



ARTÍCULO ESPECIAL

Sistemas de información para clínicos I. Cómo conocer qué tipo de pacientes se atienden en nuestros hospitales

A. Jiménez Puente^{a,d,*}, J. García-Alegria^{b,d} y A. Lara-Blanquer^c

Tabla 2 Ejemplos de algunas preguntas que se pueden resolver mediante el análisis del conjunto mínimo básico de datos

- ¿Cómo ha evolucionado el número de ingresos por sida en la última década?
- ¿Cuál es el perfil de edad y el sexo de los pacientes con insuficiencia cardiaca?
- ¿En qué porcentaje de accidentes cerebrovasculares isquémicos se realiza fibrinolisis?
- ¿Cuáles son los factores de mal pronóstico en un accidente cerebrovascular?
- ¿Qué proporción de pacientes ingresados son diabéticos?
- ¿Cómo han evolucionado los ingresos de pacientes nonagenarios en los últimos años?
- ¿Qué porcentaje de pacientes sobreviven entre quienes superan los 3 meses de estancia hospitalaria?
- ¿Cuál es la incidencia de tromboembolias como complicación de la hospitalización?
- ¿Cuál es el uso de la sangre y los hemoderivados en mi servicio?
- ¿Cuál es la incidencia de las neumonías nosocomiales?
- ¿Qué porcentaje de reingresos hay en un plazo de tiempo o en una enfermedad?
- ¿Cuál es el perfil de los pacientes con estancias más prolongadas?

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

Tabla 1 Contenido ideal del informe de alta médico

Contenido claro, preciso, comprensible, evitando abreviaturas y acrónimos, y escrito en términos médicos
 Señalar el diagnóstico principal y el listado de problemas, incluyendo diagnósticos secundarios, procedimientos y complicaciones
 Plan diagnóstico
 Plan terapéutico. Listado de medicación
 Identificación clara del médico responsable/coordinador al alta, habitualmente médico de familia
 Listado de pruebas pendientes
 Intervenciones planificadas en cuidados de enfermería (p. ej.: úlceras por presión)
 Estado cognitivo del paciente. Nivel de funcionalidad y grado de dependencia
 Aspectos sociosanitarios
 Aspectos médico/legales (consentimientos, representantes legales o últimas voluntades)
 Listado de citas pendientes
 Listado de contactos entre niveles (teléfonos, fax y correo electrónico)
 Adaptado de la Conferencia de Consenso Nacional y del Transition of Care Consensus Conference^{3,4}

Rev Clin Esp. 2010;210(7):355-358



Revista Clínica Española
 www.elsevier.es/rce



ARTÍCULO ESPECIAL

¿Por qué es importante el informe médico de alta?

A. Zapatero Gaviria*

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

Tabla 2 Plan terapéutico. Aspectos fundamentales en el informe médico de alta

Régimen de vida. Actividad física. Recomendaciones dietéticas
 Listado completo de fármacos
 Evitar conflictos entre la medicación hospitalaria y la prescrita en el centro de salud
 Señalar las modificaciones previas al ingreso
 Nombre del fármaco, preferentemente por principio activo
 Señalar claramente dosis, vía, horario de administración y duración del tratamiento
 Especificar el motivo de suspensión de un tratamiento recomendable para una patología concreta
 Facilitar comunicación de reacciones adversas por parte del paciente¹⁴

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

ARTÍCULO ESPECIAL

La fiabilidad del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) en el diagnóstico de la enfermedad tromboembólica



Raquel Barba-Martín, Juan Emilio Losa-García, Carlos Guijarro-Herraiz y Antonio Zapatero-Gaviria

Unidad de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

Med Clin (Barc). 2006;00(0):0-0

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: Estimar la fiabilidad diagnóstica del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) comparando los diagnósticos de enfermedad tromboembólica (ETV) que se registran en la base CMBD de la Fundación Hospital Alcorcón con los de una base de datos propia.

MATERIAL Y METODO: Cruzamos la base de datos CMBD de la Fundación Hospital Alcorcón (1999-2003) con la que contiene los datos de ETV (BDETV) recogidos por nuestra unidad en el mismo período. Se analizaron las historias clínicas de las discrepancias.

RESULTADOS: Se identificaron 845 diagnósticos de ETV en el CMBD, de los que 81 (9,5%) no se habían incluido en la DBETV. En 36 (4,3%) el informe incluía un diagnóstico de ETV que no se había confirmado con pruebas objetivas. En 11 (1,3%) el codificador había interpretado como proceso actual un antecedente. En otros 11 (1,3%) se había usado un código de ETV para una flebitis superficial, y en 23 (2,7%) se trataba de un error de codificación.

CONCLUSIONES: En nuestro medio la fiabilidad del CMBD es alta y la mayoría de los diagnósticos de ETV que se incluyen son adecuados.

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

- Necesidad de información
- Posibilidades del CMBD
- **Aplicaciones del CMBD en Medicina Interna**
- CMBD y seguridad en Medicina Interna

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

En Medicina Interna...

Rev Clin Esp. 2009;209(10):459-466



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ORIGINAL

Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud

R. Barba Martín^a, J. Marco Martínez^b, J. Emilio Losa^c, J. Canora Lebrato^d, S. Plaza Canteli^e y A. Zapatero Gaviria^{f,*}

Conclusiones. En España los internistas atienden a uno de cada seis pacientes hospitalizados. Más de la mitad de los pacientes que ingresan por una patología cardiorrespiratoria lo hacen de forma no programada, y uno de cada 10 fallece durante el ingreso. Estos datos dan una muestra de la importancia de esta especialidad en el contexto de la atención sanitaria de nuestro país.

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria



European Journal of Internal Medicine 17 (2006) 322 – 324

EUROPEAN JOURNAL OF
**INTERNAL
MEDICINE**

www.elsevier.com/locate/ejim

Original article

Mortality among adult patients admitted to the hospital on weekends

R. Barba *, J.E. Losa, M. Velasco, C. Guijarro, G. García de Casasola, A. Zapatero

Unidad de Medicina Interna, Fundación Hospital Alcorcón, C/Budapest nº1 Alcorcón 28922, Madrid, Spain

Received 16 July 2005; received in revised form 17 January 2006; accepted 17 January 2006

Background: Some reports have shown that the risk of death is higher for patients admitted on weekends than for patients who go into the hospital on weekdays. This study was conducted to assess what independent influence, if any, weekend admission might have on mortality in our hospital.

Methods: The clinical data of 35,993 adult (> 14 years) patients admitted to the emergency department of Fundación Hospital Alcorcón from 1999 to 2003 were analyzed. We compared global mortality and mortality within the first 48 h according to whether the patients were admitted on the weekend or on a weekday. Elective admissions, critical care patients, children under 14 and births were not included.

Results: Global mortality was similar in both groups, but mortality within the first 48 h was higher for patients admitted on the weekend (OR 1.40, 95% CI 1.18–1.62, $P < 0.001$), even after controlling for age, gender and comorbidity (weight of diagnosis-related group and Charlson comorbidity index).

Conclusion: The risk of mortality within the first 48 h is higher for patients admitted on weekends than for patients admitted on a weekday.

© 2006 European Federation of Internal Medicine. Published by Elsevier B.V. All rights reserved.

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

Article

Analysis of the Mortality of Patients Admitted to Internal Medicine Wards Over the Weekend

Javier Marco, PhD,¹ Raquel Barba, PhD,²
Susana Plaza, PhD,³ Juan E. Losa, PhD,⁴
Jesús Canora, PhD,⁵ and Antonio Zapatero, PhD⁵



American Journal of Medical Quality
25(4) 312-318
© 2010 by the American College of
Medical Quality
Reprints and permission: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>
DOI: 10.1177/1062860610366031
<http://ajmq.sagepub.com>



Abstract

The management of patients admitted during weekends may be compromised because the level of staffing in the hospital is often lower then. This study was conducted to assess what independent influence, if any, weekend admission might have on in-hospital mortality. The authors analyzed the clinical data of 429 880 adults >14 years of age who were admitted to internal medicine wards in Spain after having presented to the hospitals' emergency departments. Overall mortality and early mortality (occurring in the first 48 hours) were examined, taking into account whether a patient was admitted on a weekend or a weekday, in addition to other parameters. Weekend admissions were associated with a significantly higher in-hospital mortality than weekday admissions among patients admitted to an internal medicine service (odds ratio [OR] = 1.1; 95% confidence interval [CI] = 1.14-1.08). Differences in mortality persisted after adjustment for age, sex, and coexisting disorders (OR = 1.071; 95% CI = 1.046-1.097). Analyses of deaths within 2 days after admission showed larger relative differences in mortality between weekend and weekday admissions (OR = 1.28; 95% CI = 1.22-1.33). For patients admitted to an internal medicine service via an acute care visit to the emergency room, admission on weekends is associated with higher mortality than admission during the week.

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

PERSPECTIVE

N ENGL J MED 358;20 WWW.NEJM.ORG MAY 15, 2008

Like Night and Day — Shedding Light on Off-Hours Care

David J. Shulkin, M.D.

Like many hospital executives, I've come to appreciate the fact that I work in two distinct places, though they share the same address. One is a hospital that operates from approximately 7 a.m. until 7 p.m., Monday through Friday. The other is a hospital that operates in the evening, through the night, and on weekends. Although these facilities appear to be one and the same, they in fact represent two very different medical environments.

The consequences of service deficiencies during off-hours include higher mortality and re-admission rates,³ more surgical complications,⁴ and more medical errors.⁵ Given the health care industry's renewed focus on ensuring patient safety and providing high-quality medical care, why hasn't the situation changed at the "other hospital"?

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

Med Clin (Barc). 2010;134(1):6-12



MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica



Original

Mortalidad en los servicios de medicina interna

Antonio Zapatero Gaviria^{a,*}, Raquel Barba Martín^b, Jesús Canora Lebrato^a, Juan Emilio Losa García^c, Susana Plaza Canteli^d, Javier Marco Martínez^e y Grupo de Gestión Clínica de la Sociedad Española de Medicina Interna

RESUMEN

Fundamento y objetivo: La mortalidad es un indicador muy importante de la actividad asistencial. El objetivo de este trabajo es presentar un análisis de la mortalidad en los servicios de medicina interna (MI) de España de acuerdo a las características de los pacientes atendidos en estos servicios.

Material y métodos: Se analizaron los pacientes ingresados en los servicios de MI de España en el año 2006 según los datos obtenidos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), en la que se recogen datos administrativos y clínicos de todos los pacientes ingresados en los hospitales públicos y privados de España. Se estableció la mortalidad global y por grupo relacionado con el diagnóstico (GRD) y se la comparó con la norma estatal de ese mismo año publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC).

Resultados: En los hospitales generales del Sistema Nacional de Salud en el año 2006 fueron dados de alta 3.589.718 de pacientes, de los cuales 522.268 (14,5%) se atendieron en los servicios de MI. Un 46,6% de los pacientes ingresados en MI fueron mujeres, la edad media (DE) fue de 70,4 años (17,3), la estancia media fue de 9,8 días (11,6) y el peso medio fue de 1,72 (1,39). La mortalidad global fue del 9,5%; mientras que la mortalidad estatal fue del 4,1%. En las comparaciones por GRD la mortalidad fue generalmente superior en la MI.

Conclusiones: La mortalidad en la MI es superior a la mortalidad global, tanto general como por GRD, lo que se podría explicar por la casuística de pacientes más ancianos, más graves, con más comorbilidades, ingresados de forma urgente y que consumen más recursos que la población general

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria



European Journal of Internal Medicine xx (2008) xxx – xxx



Original article

The influence of nursing homes in the functioning of internal medicine services

Raquel Barba ^{a,*}, Juan Emilio Losa ^a, Jesús Canora ^b, Justo Ruiz ^b,
Jose Virgilio Castilla ^a, Antonio Zapatero ^b

^a *Fundación Hospital Alcorcón, Spain*
^b *Hospital de Fuenlabrada, Spain*

Received 11 May 2007; received in revised form 10 April 2008; accepted 28 April 2008

Discussion: The number of nursing homes attended by a hospital determined the activity of an Internal Medicine Service. This study indicates that the patients from nursing homes were older, with increased severity and comorbidity of their illness, greater mortality and rehospitalization although, with similar length of stay.

© 2008 European Federation of Internal Medicine. Published by Elsevier B.V. All rights reserved.

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

- Necesidad de información
- Posibilidades del CMBD
- Aplicaciones del CMBD en Medicina Interna
- **CMBD y seguridad en Medicina Interna**

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

Rev Clin Esp. 2010;210(6):263-269



Revista Clínica
Española

www.elsevier.es/rce



ORIGINAL

Acontecimientos adversos causados por medicamentos en pacientes ingresados en medicina interna

A. Zapatero Gaviria^a, R. Barba^{b,*}, J.M. Ruiz Giardin^a, J. Emilio Losa García^c, J. Marco Martínez^d, S. Plaza Canteli^e y J. Canora Lebrato^a

Resultados: De las 1.567.659 altas codificadas en el conjunto mínimo de datos, se registraron 96.607 AAM en 86.880 episodios (5,55%) de los cuales un 82,86% eran no prevenibles y un 17,14% prevenibles. Un 4,5% de los episodios registraron una reacción adversa a medicamentos. Los AAM fueron más frecuentes en mujeres y la aparición de una reacción adversa a los medicamentos durante el ingreso se acompaña de prolongación de la estancia hospitalaria.

Conclusiones: El conjunto mínimo básico de datos es una herramienta útil para la identificación, la cuantificación y el análisis de las reacciones adversas a los medicamentos, aunque limitada por el bajo registro en los informes de alta.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable



5. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR POSTOPERATORIA (PSI 12)

DEFINICIÓN	Trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar postoperatorios por cada 100 altas quirúrgicas exceptuando pacientes obstétricos.
NUMERADOR	Diagnóstico de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar postoperatorios en diagnósticos secundarios.
DENOMINADOR	Altas quirúrgicas en mayores de 17 años con DRG específicos y códigos diagnósticos tras un procedimiento quirúrgico. Casos excluidos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ingreso por trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar en cualquier campo diagnóstico en el momento del ingreso ▪ Procedimiento quirúrgico de ligadura de vena cava como único procedimiento ▪ MDC 14.

Región	Numerador (n)	Denominador (n)	Tasa cruda (%)
--------	---------------	-----------------	----------------

TOTAL	3132	1.329.695	0,24
--------------	-------------	------------------	-------------

Este documento debe citarse como: Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria



Regular Article

Venous thromboembolism in acutely ill hospitalized medical patients[☆]

Raquel Barba^{a,*}, Antonio Zapatero^b, Juan E. Losa^c, Javier Marco^d, Susana Plaza^e,
Jesús Canora^b, Jose Manuel Casas^a

A B S T R A C T

Background: Acute and chronic illness, immobility, and procedural and pharmacologic interventions may predispose patients in the Internal Medicine Wards to venous thromboembolic disease (VTE). The purpose of this study was to determine the incidence of VTE in these patients.

Materials and Methods: A retrospective chart review of cohort of consecutive patients admitted to Internal Medicine wards in Spain between January 1st 2005 and December 31st 2007 was performed. For each patient, demographic data, risk factors for VTE and the diagnosis of VTE during hospitalization was recorded.

Results: We analyzed 1,567,659 patients, excluding 28,226 patients who had DVT or PE before admission, and 196,555 who were discharged in the first 48 hours. We identify 12,458 new diagnosed VTE events among 1,344,959 patients (incidence 0.93%) hospitalized more than two days. Hospitalized-acquired VTE risk factors were feminine gender (odds ratio [OR] 1.31; CI95% 1.26-1.35), age > 70 (OR 1.08 CI95% 1.04-1.13), acute infectious disease (OR 1.27 CI95% 1.17-1.38), acute respiratory disease (OR 1.23 CI95% 1.17-1.28), dementia (OR 1.22 CI95% 1.14-1.31), neoplastic disease (OR 2.29, CI95% 2.19-2.49), and hemiplegia (OR 1.49, CI95% 1.31-1.69).

Conclusions: The number of patients with VTE in an Internal Medicine ward is higher than expected. Several independent risk factors for VTE were identified. Based on the large number of patients who developed a VTE during hospitalization, our data add strength to the argument that VTE prevention should be high on the list of priorities when health care policies are being formed.

FORO

SOBRE EL
SISTEMA DE
INFORMACIÓN
DEL SISTEMA
NACIONAL DE
SALUD

18 noviembre 2010

Ministerio de Sanidad, Política Social
e Igualdad

Salón de Actos Ernest Lluch



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA
www.mspsi.es

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

AHRQ Quality Indicators

Fact Sheet

Patient Safety Indicators

- Accidental Puncture or Laceration
- Birth Trauma – Injury to Neonate
- Complications of Anesthesia
- Death in Low-Mortality DRGs
- Decubitus Ulcer
- Failure to Rescue
- Foreign Body Left During Procedure
- Iatrogenic Pneumothorax
- Obstetric Trauma – Vaginal with Instrument
- Obstetric Trauma – Vaginal without Instrument
- Obstetric Trauma – Cesarean Delivery
- Postoperative Hip Fracture
- Postoperative Hemorrhage or Hematoma
- Postoperative Physiologic and Metabolic Derangements
- Postoperative Respiratory Failure
- Postoperative Pulmonary Embolism or Deep Vein Thrombosis
- Postoperative Sepsis
- Postoperative Wound Dehiscence
- Selected Infections Due to Medical Care
- Transfusion Reaction

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

CMBD-Indicadores de seguridad

Uso del CMBD en la evaluación de la seguridad de los pacientes

En general, la evaluación de EA ha seguido dos aproximaciones metodológicas: 1) el estudio de sucesos "centinelas", casos en los cuales el proceso técnico de cuidado no alcanzaría generalmente los estándares profesionales o en los que los resultados adversos son bastante improbables si se dan los cuidados técnicos aceptables; y, 2) el estudio de las tasas¹ de determinados sucesos, que permiten identificar procesos técnicos de cuidados o factores del medio en que se desarrollan, que contribuyen a la aparición de un mayor número de resultados adversos que el esperable.

Ambas aproximaciones metodológicas inspiran la utilización de bases de datos clínico-administrativas en la evaluación de la seguridad de pacientes; sin embargo, la tendencia ha sido utilizar las tasas hospitalarias (o poblacionales) de indicadores de alerta. A continuación se detallan algunos ejemplos del creciente interés por esta aproximación.

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative Data—The Patient Safety Indicators

Prepared for:
Agency for Healthcare Research and Quality

Using Administrative Data

low cost, are particular strengths of these data sets. However, two broad areas of concern also hold true for these data sets. First, questions about the clinical accuracy of discharge-based diagnosis coding lead to concerns about the interpretation of reported diagnoses that may represent safety problems. Specifically, administrative data are unlikely to capture all cases of a complication, regardless of the preventability, without false positives and false negatives (sensitivity and specificity). Further, when the codes are accurate in defining an event, the clinical vagueness inherent in the description of the code itself (e.g., “hypotension”), may lead to a highly heterogeneous pool of clinical states represented by that code. A final issue in accuracy of any data source used for identifying patient safety problems is the possibility of incomplete reporting, as medical providers might fear adverse consequences to reputation, disciplinary action, and lawsuits as a result of “full disclosure” in potentially public records such as discharge abstracts.

A second area of concern relates to the limited information about the ability of these data to distinguish adverse events in which no error occurred from true medical errors. A number of factors, such as the heterogeneity of clinical conditions included in some codes, lack of information about event timing available in these data sets, and limited clinical detail for risk adjustment, contribute to the difficulty in identifying complications that represent medical error or may be at least in some part preventable.

Usos del registro CMBD de altas de los hospitales del SNS

Antonio Zapatero Gaviria

Seguridad y Medicina Interna

XXXI Congreso SEMI

**INDICADORES SEGURIDAD: ULCERA POR PRESIÓN EN PACIENTE
INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA.**

INDICADORES SEGURIDAD: GRD BAJA MORTALIDAD.

**INDICADORES SEGURIDAD: FRACTURA DE CADERA EN PACIENTE
INGRESADO EN MEDICINA INTERNA**

XII Congreso SOMIMACA

**LA DESNUTRICIÓN COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LOS PACIENTES
INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA**

DISCUSIÓN

Los pacientes con un diagnóstico de desnutrición en el momento del alta tienen un 80% más de posibilidades de fallecer que los pacientes en los que no se refleja dicho diagnóstico. Además se trata de pacientes que consumen muchos más recursos y tienen una estancia media muy superior.

Cuadro de Mando de Seguridad en Medicina Interna (Colaboración entre Sociedad de Medicina Interna de Madrid y Castilla la Mancha y SERMAS)



*Sociedad de Medicina Interna
de Madrid-Castilla La Mancha*



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de Sistemas
de Información Sanitaria

 Comunidad de Madrid

Indicadores de mortalidad en hospitalización

Insuficiencia cardíaca

EPOC

Ictus

Ángor

Infarto agudo de miocardio

Sepsis

Insuficiencia renal

Pancreatitis aguda

Cirrosis hepática

Neumonía

Indicadores de incidencia de patologías

Neumonía

Infección urinaria

Anemia

Malnutrición

Indicadores de seguridad del paciente

Trombosis venosa o TEP en patologías médicas

Éxitus en GRD de baja mortalidad

Úlceras por decúbito

Mortalidad en pacientes quirúrgicos por compl. graves tratables

Neumotórax iatrogénico

Infecciones debidas a cuidados médicos

Punción o laceración accidental

Reacción transfusional

Indicadores de RAM

Diarrea asociada a antibióticos (amoxicilina-clavulánico)

Hiponatremia e hipopotasemia 2aria. a diuréticos

Hipoglucemia 2aria. a insulina y/o antidiabéticos orales

Intoxicación digitálica (Efecto adverso)