

i - CMBD

INDICADORES Y EJES DE ANÁLISIS DEL CMBD DE HOSPITALIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

INTRODUCCIÓN

- ❑ En el sector servicios, el hospital constituye uno de los modelos más complejos por su organización, así como más dinámico por la variedad de productos que ofrece, resultando ser una empresa en continua y permanente adaptación. Su desarrollo es creciente al abarcar un importante volumen de especialidades y líneas de producto: especialidades médicas y enfermedades.
- ❑ La modalidad de atención en régimen de hospitalización ha centrado tradicionalmente la actividad de nuestros hospitales, y todavía hoy explica una buena parte de los resultados de calidad y económicos que caracterizan a los centros sanitarios, y por tanto a nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS).
- ❑ El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización constituye la principal fuente de información y conocimiento de lo que acontece en la atención bajo esta modalidad asistencial.
- ❑ Su carácter de normativa oficial de ámbito estatal ha garantizado, ya desde 1987, la disponibilidad de datos homogéneos y consistentes para la totalidad de los centros sanitarios que atienden pacientes en régimen de hospitalización, por lo que en la actualidad se dispone de una extraordinaria fuente de datos con enorme potencialidad para la mejora del conocimiento.
- ❑ **Con esta aplicación se pretende profundizar en un modelo de explotación para estos datos que permita aflorar una información de calidad que facilite el estudio de la casuística atendida, de su comportamiento, y de los diferentes perfiles de actuación sanitaria que se producen en su atención durante la hospitalización.**

i-CMBD

MODELO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL REGISTRO DEL CMBD QUE DE FORMA ESTRUCTURADA, FIABLE Y SENCILLA PRETENDE DAR RESPUESTA 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 DE NUESTRO SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

METODOLOGÍA

ENFOQUE PRINCIPAL

El modelo 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 concreto, ejecutados en su totalidad permitirán un amplio conocimiento sobre la casuística de hospitalización que refleja el CMBD estatal.

Los componentes esenciales a que nos referimos son:

1. **DIMENSIONES:** Constituyen objetivos generales de conocimiento
2. **EJES DE ANÁLISIS:** Constituyen líneas para el análisis de las dimensiones
3. **INDICADORES:** Datos o conjuntos de datos cuyo resultado informan sobre facetas concretas de una o varias dimensiones.
4. **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.
5. **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 PRINCIPALES PARA LA ELECCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE LOS INDICADORES

En su elaboración 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 calculo 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 documentación adjunta: Resumen de Indicadores utilizados en Proyectos Internacionales de interés (fichero: *Resumenindicadoresprocedencia.doc*)

DESCRIPCIÓN DE SITUACIÓN DE PARTIDA

1.- Análisis de registros de CMBD.

- La fuente de datos a utilizar ha sido el repositorio de datos que dispone en la actualidad el Ministerio de Sanidad y Consumo y que se construye desde la declaración del CMBD que elabora y remite cada Comunidad Autónoma. Este repositorio se construye tras una verificación de los datos originales enviados.
- 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).

2. Agrupación de casuística por clases homogéneas

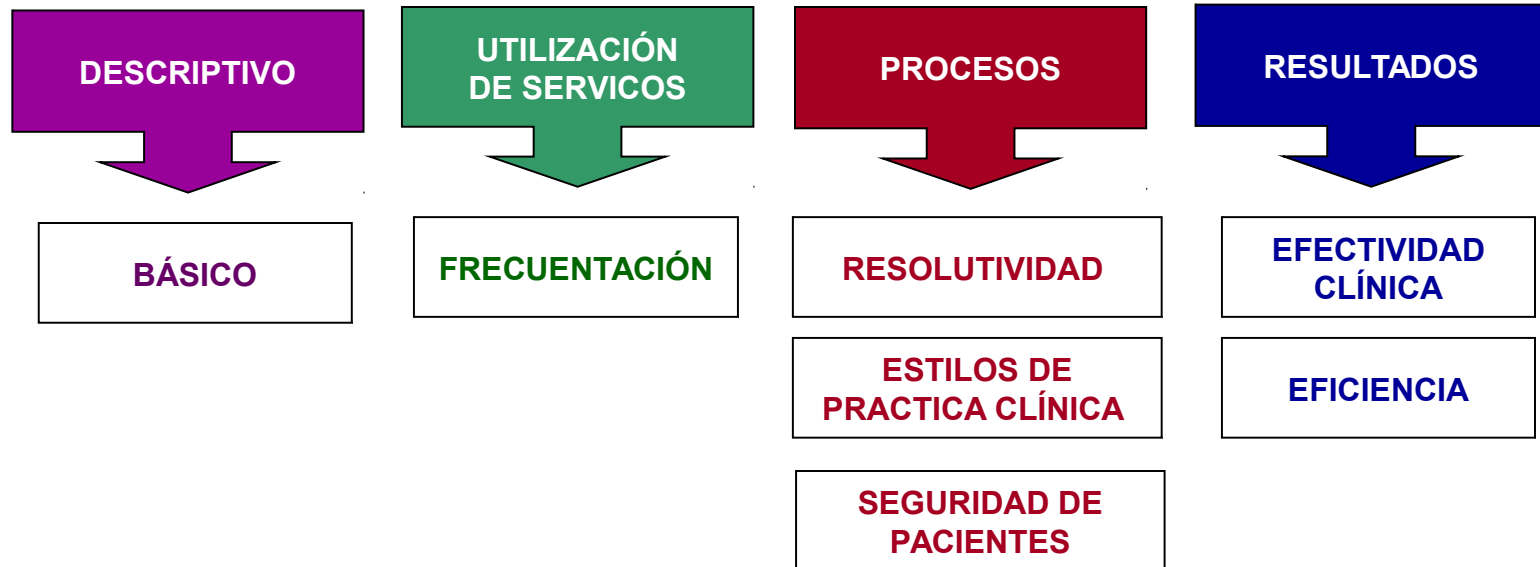
- Grupos Relacionados por el Diagnóstico (All Patient - GRD), y APr- GRD

3. 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)

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.
- **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.
 - Nº 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.

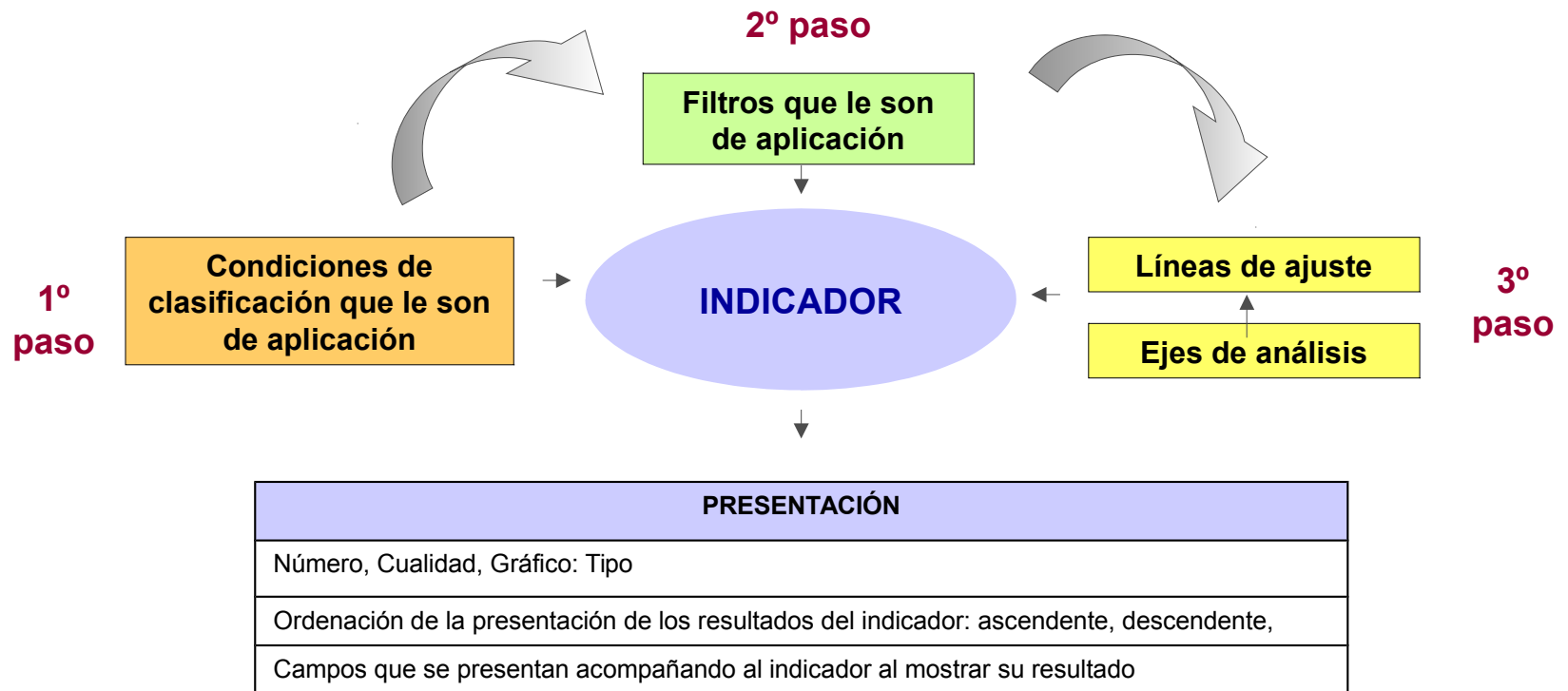
MODELO DE ANÁLISIS

EJES DE ANÁLISIS

1. **Punto de corte:** Descriptivo
2. **Serie temporal** : Se puede construir eligiendo un conjunto de años entre 2007 y el último año publicado, si bien se dispone de información de resultados de los indicadores desde 2001 en adelante y que pueden ser solicitados a través de correo electrónico a icmbd@msssi.es
3. **Valor base:** Comparativo con año elegido como año base de comparación.
4. **Estándar intraserie:** Comparativo con valor medio de la totalidad de la serie.
5. **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.
6. **Líneas de ajuste:** Recomendadas como ejes de análisis complementarios según las variables identificadas específicamente en cada indicador.

MODELO FUNCIONAL

SIPNOSIS DEL MODELO



Fichas Técnicas Indicadores

DEFINICIÓN	Promedio de la duración de la estancia en el hospital		
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 resoluntividad 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 resoluntiva 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 potencial indicador de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una baja tasa de complicaciones y efectos adversos - Una practica clínica adecuada y resoluntiva - 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 		
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	
<p>Numerador: Sumatorio de la diferencia entre la fecha de alta y la fecha de ingreso de las altas ocurridas en el periodo de calculo.</p> <p>Denominador: Numero de altas en el periodo de calculo</p>	Casos excluidos: Ninguno	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
		FUENTE	FUENTE
		CMDB de hospitalización	CMDB de hospitalización

ESTANCIAS POTENCIALMENTE EVITABLES

Esta funcionalidad solo está disponible para los siguientes niveles de desagregación (todos ellos vinculados a proveedor): CCAA, Hospital, Servicio, Clúster y Grupo de Hospitales.

Cálculo: Estancia media del GRD en el nivel de desagregación elegido menos estancia media de la norma multiplicado por el número de altas de ese GRD en el nivel de desagregación elegido. En unos GRD el resultado será positivo (estancias potencialmente evitables con respecto a la norma) y en otros será negativo (estancias evitadas con respecto a la norma).

Norma : Estancia media por GRD en el total de la casuística del año. Cada año de la serie tiene su propia norma

DEFINICIÓN	Porcentaje de partos realizados mediante cesárea		
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.</p> <p>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 puede vincularse de hecho 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>		
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	
<p>Numerador: Numero de altas en GRD que identifican parto por cesárea.</p> <p>Denominador: Numero de altas en GRD que identifican parto</p>	Casos excluidos: Ninguno	Altas con cesáreas	Altas de parto
		DEFINICIÓN	DEFINICIÓN
		Casos de CMBD con código de procedimiento CIE-9 – MC de parto cesárea: 74.0,74.1,74.2,74.4,74.99	Casos de CMBD con situación al alta en GRD 370, 371,650, 651, 372, 373,374,375,652
		FUENTE	FUENTE
		CMBD de hospitalización	CMBD de hospitalización

DEFINICIÓN	Porcentaje de ingresos que se producen en un periodo de tiempo delimitado (periodo ventana) después de un alta previa (episodio índice)		
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 cardiaca 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>Se utilizan dos periodos de ventana para subclasificar los reingresos: Antes de los 8 días tras el alta previa y desde el 8º al 30º tras el alta previa</p>		
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	
<p>Numerador: Nº de altas de reingresos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reingresos totales: reingresos en un periodo ≤ 30 días desde la fecha del alta previa. • Reingresos < 8 días: reingresos en un periodo < 8 días desde la fecha del alta previa. • Reingresos entre 8 y 30 días: reingresos en un periodo ≥ 8 días y ≤ 30 días desde la fecha del alta previa. <p>Denominador: Número de altas en el periodo de cálculo</p>	<p>Casos excluidos en el numerador: Ingresos urgentes GRD de la CDM 21 de Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos, CDM 22 de Quemaduras, y CDM 25 de Trauma múltiple significativo.</p> <p>Casos excluidos en el denominador: Altas por éxitus</p>	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. 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
		FUENTE	FUENTE
		CMBD de hospitalización	CMBD de hospitalización

Junto con este indicador, aplicando el combo de selección se puede obtener el indicador de **Reingresos por Enfermedades Mentales** que se calcula solo en las altas de pacientes no fallecidos con un diagnóstico principal perteneciente del capítulo V de enfermedades mentales (denominador). En el cálculo del numerador no se aplican las excepciones de GRDAPR de la CDM 21 de lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos, CDM 22 de Quemaduras, y CDM 25 de Politraumatismos, pero se mantiene la exclusión de los ingresos urgentes como ocurre en el indicador de reingresos totales

DEFINICIÓN	Tasa de hospitalización por cada 10.000 habitantes y año		
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. 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> <p>Se utilizan tres tasas de frecuentación según :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total Altas en los hospitales de la Comunidad Autónoma por cada 10.000 habitantes: Frecuentación en los hospitales de la Comunidad Autónoma (atracción). Se calcula en base a la provincia del domicilio del hospital. • Altas en los hospitales de la Comunidad Autónoma (Subtotal de la anterior) de pacientes domiciliados en la misma Comunidad Autónoma del Hospital por cada 10.000 habitantes: Frecuentación en los hospitales de la Comunidad Autónoma de la población domiciliada en esa misma Comunidad Autónoma. Se calcula en base a la provincia del domicilio del paciente. Si esta no está registrada o se trata de un extranjero por omisión se recogerá la provincia del domicilio del hospital. • Total Altas de los pacientes domiciliados en la Comunidad Autónoma por cada 10.000 habitantes: Frecuentación en cualquier hospital de cualquier Comunidad Autónoma de la población domiciliada en una determinada Comunidad Autónoma. 		
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	
Numerador: Numero de altas Denominador: Población INE	Para la identificación de un alta como perteneciente a una determinada Comunidad Autónoma se utiliza el código de provincia de residencia del paciente.	Número de altas	Población censada
		DEFINICIÓN	DEFINICIÓN
		Número de casos CMBD hospitalización	Habitantes censados
		FUENTE	FUENTE
		CMBD Hospitalización	Datos de la población: Estimaciones de la población actual de España calculadas a partir del censo de 2001 (http://www.ine.es/jaxiBD/menu.do?L=0&divi=EPOB&his=0&type=db) Población estándar de referencia utilizada para ajuste por edad y sexo: European Standard Population. World Health Organization's publication. November 1, 2012. (http://seer.cancer.gov/stdpopulations/stdpop.19ages.html)

Junto a este indicador, aplicando el combo

Selección

Frecuentación en hospitalizac

Cambiar

Se obtiene **la distribución del número absoluto y porcentaje del total de registros existentes para cada uno de los tipos de contacto que se establecen en el RAE CMBD altas** en el año seleccionado atendiendo a las diferentes condiciones de agrupación y filtro que haya elegido el usuario.

Los tipos de contactos distintos a los de hospitalización solo están disponible para el año 2016 y posteriores

TASA DE AMBULATORIZACIÓN QUIRÚRGICA

DEFINICIÓN	Relación entre intervenciones quirúrgicas realizadas sin ingreso y total de intervenciones quirúrgicas realizadas		
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>Para el cálculo de este indicador se utiliza el CMBD de hospitalización y el CMBD de la atención ambulatoria especializada.</p> <p>Se considera dos tasas diferenciadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Tasa global referida a la totalidad de las intervenciones quirúrgicas (GRD tipo quirúrgico) · Tasa específica para determinados procesos considerados como potencialmente ambulatorizables: Se consideran los 25 más frecuentes encontrados en el CMBD de la atención ambulatoria especializada en el año de estudio. 		
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	
Numerador: Numero de intervenciones quirúrgicas sin ingreso Denominador: Total de intervenciones quirúrgicas	Se considera intervención quirúrgica el alta con GRD de tipo quirúrgico	Intervenciones quirúrgicas sin ingreso	Total de intervenciones
		DEFINICIÓN	DEFINICIÓN
		Intervención quirúrgica que se realiza sin cursar ingreso	Sumatorio del número de altas de GRD quirúrgico de hospitalización y atención ambulatoria especializada
		FUENTE	FUENTE
		CMBD de la atención ambulatoria especializada (1)	CMBD de hospitalización y CMBD de la atención ambulatoria especializada

HOSPITALIZACIONES POTENCIALMENTE EVITABLES: AMBULATORIZACIÓN NO REALIZADA

Esta funcionalidad solo está disponible para los siguientes niveles de desagregación (todos ellos vinculados a proveedor): CCAA, Hospital, Servicio, Clúster y Grupo de Hospitales.

Cálculo: Tasa de ambulatorización del GRD en la norma menos tasa de ambulatorización del GRD en el nivel de desagregación elegido = diferencia del porcentaje de ambulatorización con la norma multiplicado por el número de altas de ese GRD en el nivel de desagregación elegido. El resultado será positivo (hospitalizaciones potencialmente evitables por menor ambulatorización con respecto a la norma) y en otros será negativo (hospitalizaciones evitadas por mayor ambulatorización con respecto a la norma).

Norma : Tasa de ambulatorización de los GRD quirúrgico en el total de la casuística del año. Cada año de la serie tiene su propia norma

(1): En el CMBD 2004: No incluye casuística de Galicia, Extremadura, Madrid y Canarias.

En el CMBD 2005: No incluye casuística de Galicia.

Estas carencias deberán ser tenidas en cuenta en el análisis por variables relacionadas con el hospital

DEFINICIÓN	Porcentaje de altas por fallecimiento		
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 esta muy relacionado con la comorbilidad de los pacientes, pero también con la organización asistencial, así por ejemplo, en los cuidados paliativos, en algunos hospitales se realizan en el domicilio del paciente a través de Unidades de Atención Domiciliaria o en otros se derivan a centros especializados lo cual sin duda afectara a este indicador al reducir la mortalidad en el hospital.</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. El análisis de la mortalidad tiene especial valor la 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: 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.</p> <p>Para completar el análisis de este indicador se incluye la mortalidad especifica en determinados procesos que en este momento se han considerado de especial interés, por ser en su mayoría indicadores utilizados en proyectos internacionales de referencia (Agency for Healthcare Research and Quality, Health Care Quality Indicators Project. OCDE)</p>		
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	
<p>Numerador: Numero de altas por fallecimiento</p> <p>Denominador: Total de altas en el periodo</p>		Altas por fallecimiento	Altas de hospitalización
		DEFINICIÓN	DEFINICIÓN
		Casos de CMBD con circunstancias al alta de éxitus	Número de casos CMBD hospitalización
		FUENTE	FUENTE
		CMBD de hospitalización	CMBD de hospitalización

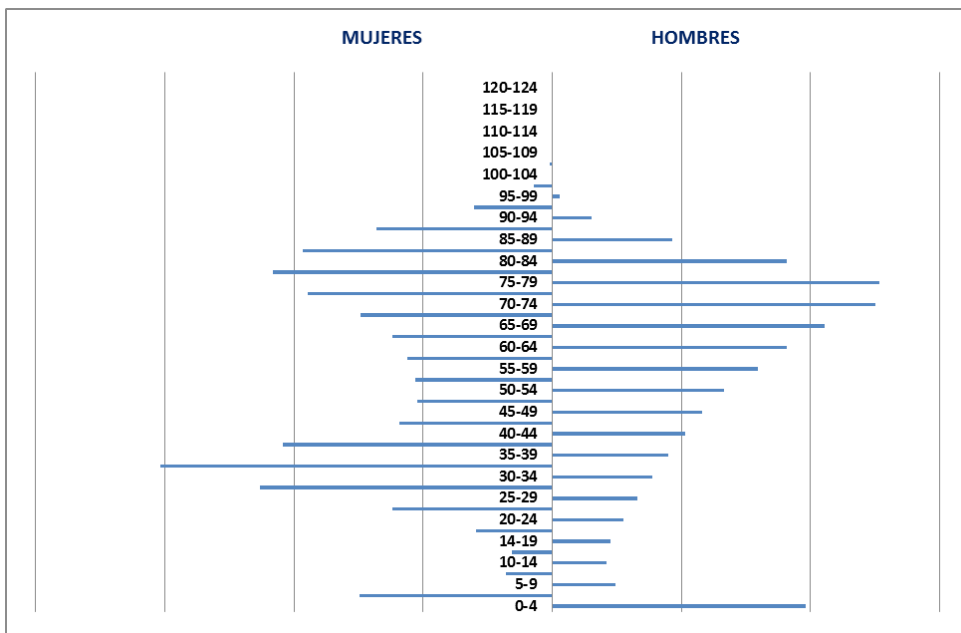
EJES DE ANÁLISIS

En las desagregaciones los datos se presentan también mediante tasas estandarizadas por edad y sexo:

Población estándar de referencia utilizada para ajuste por edad y sexo: Población hospitalaria de altas construida con el total de altas contenida en la serie histórica del CMBD. Ver tabla en pagina siguiente

TASA MORTALIDAD

POBLACIÓN ESTÁNDAR DE REFERENCIA UTILIZADA PARA AJUSTE POR EDAD Y SEXO



Sexo	Grupo Edad	Edades (años)	%	Altas (por 100.000)
Hombre	0	0-4	3,92%	3.920,08
Mujer	0	0-4	2,98%	2.983,89
Hombre	1	5-9	0,98%	984,17
Mujer	1	5-9	0,71%	709,25
Hombre	2	10-14	0,83%	833,84
Mujer	2	10-14	0,62%	619,70
Hombre	3	14-19	0,91%	907,06
Mujer	3	14-19	1,18%	1.181,99
Hombre	4	20-24	1,10%	1.097,07
Mujer	4	20-24	2,48%	2.480,82
Hombre	5	25-29	1,32%	1.319,78
Mujer	5	25-29	4,52%	4.517,96
Hombre	6	30-34	1,55%	1.550,59
Mujer	6	30-34	6,06%	6.063,33
Hombre	7	35-39	1,79%	1.793,08
Mujer	7	35-39	4,17%	4.172,87
Hombre	8	40-44	2,06%	2.061,65
Mujer	8	40-44	2,37%	2.371,53
Hombre	9	45-49	2,32%	2.319,76
Mujer	9	45-49	2,09%	2.094,86
Hombre	10	50-54	2,66%	2.661,41
Mujer	10	50-54	2,12%	2.120,20
Hombre	11	55-59	3,19%	3.187,13
Mujer	11	55-59	2,25%	2.248,33
Hombre	12	60-64	3,64%	3.635,18
Mujer	12	60-64	2,48%	2.475,78
Hombre	13	65-69	4,22%	4.221,11
Mujer	13	65-69	2,97%	2.967,01
Hombre	14	70-74	5,01%	5.005,26
Mujer	14	70-74	3,78%	3.778,53
Hombre	15	75-79	5,06%	5.060,33
Mujer	15	75-79	4,32%	4.320,15
Hombre	16	80-84	3,63%	3.626,62
Mujer	16	80-84	3,86%	3.859,89
Hombre	17	85-89	1,86%	1.858,12
Mujer	17	85-89	2,72%	2.720,36
Hombre	18	90-94	0,60%	604,45
Mujer	18	90-94	1,20%	1.203,34
Hombre	19	95-99	0,12%	121,24
Mujer	19	95-99	0,29%	291,89
Hombre	20	100-104	0,01%	14,37
Mujer	20	100-104	0,03%	32,10
Hombre	21	105-109	0,00%	1,71
Mujer	21	105-109	0,00%	1,81
Hombre	22	110-114	0,00%	0,17
Mujer	22	110-114	0,00%	0,11
Hombre	23	115-119	0,00%	0,04
Mujer	23	115-119	0,00%	0,06
Hombre	24	120-124	0,00%	0,01
Mujer	24	120-124	0,00%	0,00
TOTAL			100,00%	100.000

PROCESOS DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
Tasa de mortalidad en resección esofágica	Altas con tipo de alta de éxitus y con código CIE9MC 42.4, 42.40, 42.41, 42.42, 42.5, 42.51, 42.52, 42.53, 42.54, 42.55, 42.56, 42.58, 42.59, 42.6, 42.61, 42.62, 42.63, 42.64, 42.65, 42.66, 42.68, 42.69 en cualquier campo de procedimiento	Altas con código CIE9MC 42.4, 42.40, 42.41, 42.42, 42.5, 42.51, 42.52, 42.53, 42.54, 42.55, 42.56, 42.58, 42.59, 42.6, 42.61, 42.62, 42.63, 42.64, 42.65, 42.66, 42.68, 42.69 en cualquier campo de procedimiento
Tasa de mortalidad en cirugía reparadora de aneurisma aórtico abdominal	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 revascularización coronaria	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) Adaptados de AHRQ Quality Indicators: Inpatient Quality Indicators. Version 5.0, March 2015

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 GRDAP asignado 001,002,530,730 o 792.	Altas con GRD asignado 001,002,530,730 o 792.
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 pancreatometría	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) Adaptados de AHRQ Quality Indicators: Inpatient Quality Indicators. Version 5.0, March 2015

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 00.66, 36.03, 36.04, 36.06, 36.07, 36.09 en cualquier campo de procedimiento.	Altas con código CIE9MC 00.66, 36.03, 36.04, 36.06, 36.07, 36.09 en cualquier campo de procedimiento.
Tasa de mortalidad en infarto agudo de miocardio	Altas con tipo de alta de éxitus y con código CIE9MC 410.00, 410.01, 410.10, 410.11, 410.20, 410.21, 410.30, 410.31, 410.40, 410.41, 410.50, 410.51, 410.60, 410.61, 410.70, 410.71, 410.80, 410.81, 410.90, 410.91 en el campo de diagnóstico principal.	Altas con código CIE9MC 410.00, 410.01, 410.10, 410.11, 410.20, 410.21, 410.30, 410.31, 410.40, 410.41, 410.50, 410.51, 410.60, 410.61, 410.70, 410.71, 410.80, 410.81, 410.90, 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 398.91 428.21 402.01 428.22 402.11 428.23 402.91 428.9 404.01 428.30 404.03 428.31 404.11 428.32 404.13 428.33 404.91 428.40 404.93 428.41 428.0 428.42 428.1 428.43 o 428.20 en el campo de diagnóstico principal.	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) Adaptados de AHRQ Quality Indicators: Inpatient Quality Indicators. Version 5.0, March 2015

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, 456.20, 530.7, 530.21, 530.82, 531.00, 531.01, 531.20, 531.21, 531.40, 531.41, 531.60, 531.61, 532.00, 532.01, 532.20, 532.21, 532.40, 532.41, 532.60, 532.61, 533.00, 533.01, 533.20, 533.21, 533.40, 533.41, 533.60, 533.61, 534.00, 534.01, 534.20, 534.21, 534.40, 534.41, 534.60, 534.61, 535.01, 535.11, 535.21, 535.31, 535.41, 535.51, 535.61, 537.83, 537.84, 562.02, 562.03, 562.12, 562.13, 569.3, 569.85, 569.86, 578.0, 578.1, 578.9 en el campo de diagnóstico principal	Altas con código CIE9MC 456.0, 456.20, 530.7, 530.21, 530.82, 531.00, 531.01, 531.20, 531.21, 531.40, 531.41, 531.60, 531.61, 532.00, 532.01, 532.20, 532.21, 532.40, 532.41, 532.60, 532.61, 533.00, 533.01, 533.20, 533.21, 533.40, 533.41, 533.60, 533.61, 534.00, 534.01, 534.20, 534.21, 534.40, 534.41, 534.60, 534.61, 535.01, 535.11, 535.21, 535.31, 535.41, 535.51, 535.61, 537.83, 537.84, 562.02, 562.03, 562.12, 562.13, 569.3, 569.85, 569.86, 578.0, 578.1, 578.9 en el campo de diagnóstico principal

(1) Adaptados de AHRQ Quality Indicators: Inpatient Quality Indicators. Version 5.0, March 2015

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, 021.2, 039.1, 052.1, 055.1, 073.0, 112.4, 114.0, 114.4, 114.5, 115.05, 115.15, 115.95, 130.4, 136.3, 480.0, 480.1, 480.2, 480.3, 480.8, 480.9, 481, 482.0, 482.1, 482.2, 482.30, 482.31, 482.32, 482.39, 482.4, 482.40, 482.41, 482.42, 482.49, 482.81, 482.82, 482.83, 482.84, 482.89, 482.9, 483.0, 483.1, 483.8, 484.1, 484.3, 484.5, 484.6, 484.7, 484.8, 485, 486, 487.0, 488.01, 488.11, 488.81 en el campo de diagnóstico principal.	Altas con código CIE9MC 003.22, 021.2, 039.1, 052.1, 055.1, 073.0, 112.4, 114.0, 114.4, 114.5, 115.05, 115.15, 115.95, 130.4, 136.3, 480.0, 480.1, 480.2, 480.3, 480.8, 480.9, 481, 482.0, 482.1, 482.2, 482.30, 482.31, 482.32, 482.39, 482.4, 482.40, 482.41, 482.42, 482.49, 482.81, 482.82, 482.83, 482.84, 482.89, 482.9, 483.0, 483.1, 483.8, 484.1, 484.3, 484.5, 484.6, 484.7, 484.8, 485, 486, 487.0, 488.01, 488.11, 488.81 en el campo de diagnóstico principal.

(1) Adaptados de AHRQ Quality Indicators: Inpatient Quality Indicators. Version 5.0, March 2015

PROCESOS DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	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) Adaptado de AHRQ Quality Indicators: Inpatient Quality Indicators. Version 5.0, March 2015

DEFINICIÓN	Promedio de la duración de la estancia desde la fecha de ingreso hasta la fecha de la intervención en el hospital		
DESCRIPCIÓN	<p>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: 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: 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. <p>Es principalmente un indicador de resolutivez 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>		
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	
<p>Numerador: Sumatorio de la diferencia entre la fecha de ingreso y la fecha de intervención de las altas con GRD de tipo quirúrgico.</p> <p>Denominador: Numero de altas con GRD quirúrgico en el periodo de calculo</p>	<p>Casos excluidos en numerador y denominador: Altas de GRD quirúrgico sin fecha de intervención o con fecha intervención no valida (*)</p>	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
		CMBD de hospitalización	CMBD de hospitalización

(*) La cumplimentación del dato de fecha de intervención es muy variable según años y Comunidad Autónoma, así por ejemplo este dato no se dispone en las altas de Cataluña

DEFINICIÓN	Altas con diagnóstico secundario de infección hospitalaria		
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 y viabilidad de las políticas para su prevención .</p> <p>Se considera que 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. El reto está en lograr que su incidencia sea tendente a 0, tanto desde el punto de vista de una práctica clínica efectiva , como de los indudables beneficios que supone en la gestión de los recursos sanitarios.</p>		
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	
<p>Numerador: Numero de altas con infección hospitalaria.</p> <p>Denominador: Numero de altas en el periodo de calculo</p>	<p>Se considera infección hospitalaria cuando aparece en cualquier diagnóstico secundario cualquiera de los siguientes códigos de diagnósticos: -999.3x -996.6x -998.5x -519.01</p> <p>Casos excluidos: Altas con estancia inferior o igual a 2 días</p>	<p>Alta con infección hospitalaria</p> <hr/> <p>DEFINICIÓN</p> <p>Se considera que un alta es portadora de una infección nosocomial cuando tiene un diagnóstico secundario de infección hospitalaria.</p> <hr/> <p>FUENTE</p> <p>CMBD de hospitalización</p>	<p>Alta de hospitalización</p> <hr/> <p>DEFINICIÓN</p> <p>Número de casos CMBD hospitalización</p> <hr/> <p>FUENTE</p> <p>CMBD de hospitalización</p>

TASA TOTAL DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA (CRAM)

DEFINICIÓN	Altas que han cursado durante su ingreso con al menos una complicación potencialmente relacionada con los cuidados quirúrgicos o médicos prestados al paciente durante el mismo			
DESCRIPCIÓN	<p>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.</p> <p>Las complicaciones que se incluyen en este indicador, no deben ser entendidas en su totalidad como potencialmente iatrogénicas.</p> <p>En este indicador no se incluyen las infecciones nosocomiales que son objeto de un indicador específico</p> <p>Se considera: La tasa global, así como la tasa de complicaciones específicas consideradas de interés en este momento</p>			
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR		
<p>Numerador: Numero de altas con complicación del cuidado quirúrgico y médico</p> <p>Denominador: Numero de altas en el periodo de calculo</p>	<p>Se considera código valido para ser considerado como complicación del cuidado quirúrgico y médico: 996-999</p> <p>·995.2, 995.4 ·960-979 ·519.00-519.09 ·415.11</p> <p>·664.20, 664.21, 664.24 ·664.30, 664.31, 664.34 ·665.30, 665.31,665.34 ·665.40, 665.41,665.44 ·665.50, 665.51,665.54</p>	<p>Altas con complicación del cuidado quirúrgico y médico</p>	<p>Alta de hospitalización</p>	
		DEFINICIÓN	DEFINICIÓN	
		<p>Se considera cualquier alta que presenta como diagnóstico secundario un código especificado en el apartado de condiciones de calculo</p>	<p>Número de casos CMBD hospitalización</p>	
		FUENTE	FUENTE	
		CMBD de hospitalización	CMBD de hospitalización	

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
PSI 03. Úlceras de Decúbito	Altas con código CIE9MC 707.00-09, 707.23, 707.25, 707.24 en cualquier campo de diagnóstico secundario	Total de altas con edad >=15 años
	CASOS EXCLUIDOS	
	<ul style="list-style-type: none"> - Altas con estancia menor de 5 días - Altas con código 707.00-09, 707.23, 707.25, 707.24 en diagnóstico principal - Altas con cualquier diagnóstico de hemiplejía, paraplejía, o cuadripeljía en cualquier diagnóstico (*) - Altas con cualquier diagnóstico de espina bífida o daño cerebral por anoxia (**) - Altas con GRD en CDM 9 o CDM 14 	

(1) Adaptado de AHRQ Quality Indicators: Patient Safety Indicators - Version 5.0, March 2015

(**) Espina bífida o daño cerebral por anoxia: cuadripeljía: Códigos de CIE9MC (incluye todos los 4tos y 5tos dígitos):

348.1 anoxic brain damage
 741.00 spina bífida, w hydrocephalus unspecified region
 741.01 spina bífida, w hydrocephalus cervical region
 741.02 spina bífida, w hydrocephalus dorsal region
 741.03 spina bífida, w hydrocephalus lumbar region
 741.90 spina bífida, w/o hydrocephalus unspecified region
 741.91 spina bífida, w/o hydrocephalus cervical region
 741.92 spina bífida, w/o hydrocephalus dorsal region
 741.93 spina bífida, w/o hydrocephalus lumbar region
 768.5 severe birth asphyxia

(*) Hemiplejía, paraplejía, o cuadripeljía: Códigos de CIE9MC:
 333.71, 334.1, 342.0, 342.00, 342.01, 342.02, 342.1, 342.10, 342.11, 342.80, 342.81, 342.82, 342.9, 342.90, 342.91, 342.92, 343.0, 343.1, 343.2, 343.3, 343.4, 343.8, 343.9, 344.0, 344.00, 344.01, 344.02, 344.03, 344.04, 344.09, 344.1, 344.2, 344.31, 344.32, 344.4, 344.40, 344.41, 344.42, 344.5, 344.60, 344.61, 344.8, 344.3, 344.30, 344.81, 344.89, 344.9, 438.20, 438.21, 438.22, 438.30, 438.31, 438.32, 438.40, 438.41, 438.42, 438.50, 438.51, 438.52, 438.53, 768.7, 768.70, 768.72, 768.73

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
PSI 06. Neumotórax Iatrogénico	Altas con código CIE9MC 512.1 en cualquier campo de diagnóstico secundario	Total de altas edad >=15 años
	CASOS EXCLUIDOS	
	<ul style="list-style-type: none"> - Con código 512.1 en el diagnóstico principal. - Altas con GRD en la CDM 14 - Altas con código de trauma torácico o derrame pleural - Altas con código de procedimiento de cirugía diafragmática - Altas con cualquier código de procedimiento de cirugía torácica o cardiaca, biopsia pulmonar o pleural 	

(1) Adaptado de AHRQ Quality Indicators: Patient Safety Indicators - Version 5.0, March 2015

Ver códigos CIE9MC de casos de exclusión: Iatrogenic Pneumothorax Rate Technical Specifications. Patient Safety Indicators. AHRQ Quality IndicatorsTM, Version 5.0. March 2015. www.qualityindicators.ahrq.gov

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
PSI 07. Infección relacionada con la utilización de catéter	Altas con código CIE9MC 996.62 en cualquier campo de diagnóstico secundario	Total de altas con edad ≥ 15 años o altas de la CDM 14
	CASOS EXCLUIDOS	
	<ul style="list-style-type: none"> -Con códigos incluidos en la definición del numerador en el diagnóstico principal. -Altas con duración de la estancia menor de 2 días -Altas con código de cáncer o estado de inmuno supresión en cualquier diagnóstico 	

(1) Adaptado de AHRQ Quality Indicators: Patient Safety Indicators - Version 5.0, March 2015

Ver códigos CIE9MC de casos de exclusión : Central Venous Catheter-Related Blood Stream Infection Rate Technical Specifications. Patient Safety Indicators .AHRQ Quality IndicatorsTM, Version 5.0. March 2015
www.qualityindicators.ahrq.gov

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
PSI 08. Fractura postoperatoria de fémur	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 5º dígitos)	Total de altas con GRD AP tipo quirúrgico (*) en pacientes con edad >=15 años
	CASOS EXCLUIDOS	
	<ul style="list-style-type: none"> -Con códigos incluidos en la definición del numerador en el diagnóstico principal. -Procedimiento quirúrgico único de reparación de fractura de fémur -Altas con GRD en la CDM 14 o en la CDM 8 -Altas con diagnóstico principal de convulsiones, síncope, accidente cerebro vascular, coma, parada cardíaca, envenenamiento, traumatismo, delirio, psicosis o lesión cerebral por anoxia -Altas con enfermedad metastásica, linfoma, cáncer óseo o autolesión en cualquier diagnóstico 	

(1) Adaptado de AHRQ Quality Indicators: Patient Safety Indicators - Version 5.0, March 2015

Ver códigos CIE9MC de casos de exclusión: Postoperative Hip Fracture Rate. Technical Specifications. Patient Safety Indicators. AHRQ Quality Indicators™, Version 5.0. March 2015
www.qualityindicators.ahrq.gov

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
PSI 17. Trauma neonatal	Altas con código CIE9MC 767.0, 767.11, 767.3, 767.4, 767.5, 767.7, 767.8, 767.9 en cualquier campo de diagnóstico	Total de recién nacidos vivos que ingresan en el Hospital (2)
	CASOS EXCLUIDOS	
	<ul style="list-style-type: none"> - Altas con diagnóstico de osteogénesis imperfecta:756.51 - Recién nacidos con peso inferior a 2.000 gramos 	

(1) Adaptado de AHRQ Quality Indicators: Patient Safety Indicators - Version 5.0, March 2015

Ver códigos CIE9MC de casos de exclusión: Birth Trauma Rate – Injury to Neonate. Technical Specifications. Patient Safety Indicators .AHRQ Quality Indicators™, Version 5.0. March 2015
www.qualityindicators.ahrq.gov

(2) **CIE-9 –MC:** Recién nacido vivo

V3000 SINGLE LB IN-HOSP W/O CS (OCT 05)	V3401 OTH MULT LB-IN HOSP W CS
V3001 SINGLE LB IN-HOSP W CS (OCT 05)	V3500 OTH MULT SB-HOSP W/O CS
V3100 TWIN-MATE LB-HOSP W/O CS (OCT 05)	V3501 OTH MULT SB-IN HOSP W CS
V3101 TWIN-MATE LB-IN HOS W CS (OCT 05)	V3600 MULT LB/SB-IN HOS W/O CS
V3200 TWIN-MATE SB-HOSP W/O CS (OCT 05)	V3601 MULT LB/SB-IN HOSP W CS
V3201 TWIN-MATE SB-HOSP W CS (OCT 05)	V3700 MULT BRTH NOS-HOS W/O CS
V3300 TWIN-NOS-IN HOSP W/O CS (OCT 05)	V3701 MULT BIRTH NOS-HOSP W CS
V3301 TWIN-NOS-IN HOSP W CS (OCT 05)	V3900 LIVEBORN NOS-HOSP W/O CS
V3400 OTH MULT LB-HOSP W/O CS (OCT 05)	V3901 LIVEBORN NOS-HOSP W CS

O bien cualquier alta en pacientes con edad inferior o igual a 28 días en el momento del ingreso o bien cualquier alta con GRD CDM 15

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
PSI 14. Dehiscencia de herida quirúrgica abdominopélvica en adultos	Altas incluidas en el denominador con código de procedimiento de cierre postoperatorio de herida quirúrgica abdominopélvica en el episodio en que se ha realizado la cirugía o en una readmisión en el mismo hospital en los 30 días siguientes al ingreso del episodio quirúrgico	Altas de cirugía abdominopélvica en pacientes de edad \geq 15 años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión
	CASOS EXCLUIDOS	
	<ul style="list-style-type: none"> - Casos en el numerador con duración de la estancia menor de 2 días - Casos en el numerador y denominador con GRD en la CDM 14 - Casos en el numerador y denominador con código de estado de inmunosupresión 	

(1) Adaptado de OCDE Health Care Quality Indicators (HCQI) 2014-2015 Data Collection. Technical Manual for Patient Safety Indicators

Código de procedimiento de cierre postoperatorio de herida quirúrgica abdominopélvica: 54.61

Ver códigos CIE9MC de cirugía abdominopélvica y de casos de exclusión : Postoperative Wound Dehiscence Rate. Technical Specifications. Patient Safety Indicators . AHRQ Quality Indicators™, Version 5.0. March 2015
www.qualityindicators.ahrq.gov

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
PSI 05. Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento en adultos	Altas incluidas en el denominador con código de cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento en cualquier diagnóstico secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía o en cualquier diagnóstico en una readmisión en el mismo hospital en los 30 días siguientes al ingreso del episodio quirúrgico.	Total de altas en pacientes de edad >= 15 años.
	CASOS EXCLUIDOS EN EL NUMERADOR	
	<ul style="list-style-type: none"> - Altas con código de diagnóstico principal de cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento en un episodio quirúrgico. - Altas de un episodio quirúrgico con estancia menor de 1 día 	

(1) Adaptado de OCDE Health Care Quality Indicators (HCQI) 2014-2015 Data Collection. Technical Manual for Patient Safety Indicators

Códigos de cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento:

998.4	E8710
998.7	E8711
	E8712
	E8713
	E8714
	E8715
	E8716
	E8717
	E8718
	E8719

Códigos de procedimientos quirúrgicos: ver <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V44/TechSpecs/PSI%20Appendices.pdf>.

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
PSI 13. Sepsis postquirúrgica	Altas incluidas en el denominador con código CIE9MC 038.0, 038.1, 038.10, 038.11, 038.12, 038.19, 038.2, 038.3, 038.40, 038.41, 038.42, 038.43, 038.44, 038.49, 038.8, 038.9, 785.52, 785.59, 995.91, 995.92, 998.0, 998.00, 998.02 en cualquier campo de diagnóstico secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía o en cualquier diagnóstico en una readmisión en el mismo hospital en los 30 días siguientes al ingreso del episodio quirúrgico.	Total de altas con un código de procedimiento quirúrgico en pacientes con edad ≥ 15 años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión
	CASOS EXCLUIDOS	
	<ul style="list-style-type: none"> -Casos en el numerador con código de diagnóstico principal de sepsis en un episodio quirúrgico. -Casos en el numerador con estancia menor de 3 días -Casos en el numerador y en el denominador con GRD en la CDM 14 -Casos en el numerador y en el denominador con código de cáncer o estado de inmunosupresión -Casos en el numerador y en el denominador con infección en el diagnóstico principal 	

(1) Adaptado de OCDE Health Care Quality Indicators (HCQI) 2014-2015 Data Collection. Technical Manual for Patient Safety Indicators

Ver códigos CIE9MC de procedimientos quirúrgicos y de casos de exclusión: Postoperative Sepsis Rate. Technical Specifications. Patient Safety Indicators. AHRQ Quality IndicatorsTM, Version 5.0. March 2015. www.qualityindicators.ahrq.gov

Este indicador se construye también para altas de pacientes con cirugía abdominal (PSI 13.1) Sepsis postquirúrgica en cirugía abdominal

Numerador: Igual que PSI 13

Denominador: Total de altas con un código de procedimiento quirúrgico de cirugía abdominal en pacientes con edad ≥ 15 años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión

Casos excluidos en el numerador y denominador: Igual que PSI 13

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
PSI 09. Hemorragia o Hematoma Postoperatorio en adultos	Altas con código CIE9MC de hemorragia postoperatoria o de hematoma postoperatorio en cualquier campo de diagnóstico secundario y código de control de la hemorragia o de drenaje de la hematoma en cualquier campo del procedimiento en altas con intervención quirúrgica	Total de altas en pacientes con edad >= 15 años con intervención quirúrgica (+)
	CASOS EXCLUIDOS	
	Altas con código de hemorragia postoperatoria o de hematoma postoperatorio en diagnóstico principal Altas de CDM 14 Altas con cualquier código de diagnóstico de alteración de la coagulación Altas con único procedimiento quirúrgico de control de hemorragia o drenaje de hematoma,	

(1) Adaptado de AHRQ Quality Indicators: Patient Safety Indicators - Version 5.0, March 2015

(+) Se consideran altas con intervención quirúrgica todas aquellas que tienen un GRD quirúrgico. Se consideran GRD quirúrgicos también los GRD : 115,116,124 y 125

Ver códigos CIE9MC de diagnóstico de de hemorragia o hematoma postoperatorio, de procedimientos de control de la hemorragia o de drenaje de la hematoma y casos de exclusión en Perioperative Hemorrhage or Hematoma Rate. Technical Specifications. Patient Safety Indicators . AHRQ Quality Indicators™, Version 5.0. March 2015
www.qualityindicators.ahrq.gov

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CALCULO(1)	
	Numerador	Denominador
PSI 12.1 (a) Trombosis venosa profunda postquirúrgica	Altas incluidas en el denominador con código CIE9MC de trombosis venosa profunda en cualquier campo de diagnóstico secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía o en cualquier diagnóstico en una readmisión en el mismo hospital en los 30 días siguientes a la fecha de ingreso del episodio quirúrgico.	Total de altas con un código de procedimiento quirúrgico en pacientes con edad >=15 años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión.
	CASOS EXCLUIDOS	
	<ul style="list-style-type: none"> -Casos en el numerador con código de diagnóstico principal de trombosis venosa profunda en un episodio quirúrgico -Casos del numerador con diagnóstico de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar -Casos del numerador y denominador con procedimiento de interrupción de vena cava como único procedimiento -Casos del numerador con estancia menor de 2 días -Casos del numerador y denominador con GRD en la CDM 14 	

(1) Adaptado de OCDE Health Care Quality Indicators (HCQI) 2014-2015 Data Collection. Technical Manual for Patient Safety Indicators

Ver códigos CIE9MC de procedimientos quirúrgicos en Perioperative Pulmonary Embolism or Deep Vein Thrombosis Rate. Technical Specifications. Patient Safety Indicators . AHRQ Quality Indicators™, Version 5.0. March 2015. www.qualityindicators.ahrq.gov

Trombosis venosa profunda. Códigos de diagnóstico CIE9MC: 451.11, 451.19, 451.2, 451.81, 451.9, 453.40, 453.41, 453.42, 453.8, 453.9

Procedimiento de interrupción de vena cava. Código CIE9MC: 38.7

Tromboembolismo pulmonar. Códigos de diagnóstico CIE9MC: 415.1, 415.11, 415.19, 415.13

Este indicador se construye también para altas de pacientes con prótesis de cadera o rodilla. PSI 12.1 (b). Trombosis venosa profunda postquirúrgica en cirugía de sustitución de cadera o rodilla

Numerador: Igual que PSI 12.1 (a)

Denominador: Total de altas con un código de procedimiento quirúrgico de sustitución en cadera o rodilla en pacientes con edad >=15 años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión

Casos excluidos en el numerador y denominador: Igual que PSI 12.1 (a) excepto "Casos del numerador y denominador con procedimiento de interrupción de vena cava como único procedimiento"

Código de procedimiento de prótesis de cadera o de rodilla : 81.51, 81.53, 81.54, 81.54

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CALCULO(1)	
	Numerador	Denominador
PSI 12.2 (a) Tromboembolismo pulmonar postquirúrgico	Altas incluidas en el denominador con código CIE9MC de tromboembolismo pulmonar en cualquier campo de diagnóstico secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía o en cualquier diagnóstico en una readmisión en el mismo hospital en los 30 días siguientes a la fecha de ingreso del episodio quirúrgico.	Total de altas con un código de procedimiento quirúrgico en pacientes con edad ≥ 15 años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión.
	CASOS EXCLUIDOS	
	<ul style="list-style-type: none"> -Casos en el numerador con código de diagnóstico principal de tromboembolismo pulmonar en un episodio quirúrgico -Casos del numerador y denominador con procedimiento de interrupción de vena cava como único procedimiento -Casos del numerador con estancia menor de 2 días -Casos del numerador y denominador con GRD en la CDM 14 	

(1) Adaptado de OCDE Health Care Quality Indicators (HCQI) 2014-2015 Data Collection. Technical Manual for Patient Safety Indicators

Ver códigos CIE9MC de procedimientos quirúrgicos en Perioperative Pulmonary Embolism or Deep Vein Thrombosis Rate. Technical Specifications. Patient Safety Indicators . AHRQ Quality Indicators™, Version 5.0. March 2015. www.qualityindicators.ahrq.gov

Procedimiento de interrupción de vena cava. Código CIE9MC: 38.7

Tromboembolismo pulmonar. Códigos de diagnóstico CIE9MC: 415.1, 415.11, 415.19, 415.13

Este indicador se construye también para altas de pacientes con prótesis de cadera o rodilla. PSI 12.2 (b). Tromboembolismo pulmonar postquirúrgico en cirugía de sustitución de cadera o rodilla

Numerador: Igual que PSI 12.2 (a)

Denominador: Total de altas con un código de procedimiento quirúrgico de sustitución en cadera o rodilla en pacientes con edad ≥ 15 años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión

Casos excluidos en el numerador y denominador: Igual que PSI 12.2 (a) excepto "Casos del numerador y denominador con procedimiento de interrupción de vena cava como único procedimiento"

Código de procedimiento de prótesis de cadera o de rodilla : 81.51, 81.53, 81.54, 81.54

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
PSI 15. Punción o desgarro accidental en adultos	Altas con código CIE9MC 998.2 en cualquier campo de diagnóstico secundario	Total de altas con edad ≥ 15 años (2)
	CASOS EXCLUIDOS	
	<ul style="list-style-type: none"> - Con código incluidos en el numerador en el diagnóstico principal. - Altas con GRD en la CDM 14 - Altas con código de procedimiento de cirugía espinal 	

Adaptado de AHRQ Quality Indicators: Patient Safety Indicators - Version 5.0, March 2015

Ver códigos ICD9CM de exclusión : Accidental Puncture or Laceration Rate. Technical Specifications. Patient Safety Indicators . AHRQ Quality IndicatorsTM, Version 5.0. March 2015

www.qualityindicators.ahrq.gov

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
PSI 18. Trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado	Altas incluidas en el denominador con código CIE9MC 664.20, 664.21, 664.24, 664.30, 664.31, 664.34 en cualquier diagnóstico, o bien con código CIE9MC de procedimiento 75.61, 75.62	Total de altas en pacientes con edad ≥ 15 años con parto vaginal instrumentado
	CASOS EXCLUIDOS	
	Excluye las altas con códigos de procedimiento de parto cesárea (74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99)	

(1) Adaptado de OCDE Health Care Quality Indicators (HCQI) 2014-2015 Data Collection. Technical Manual for Patient Safety Indicators

Parto vaginal instrumentado. Códigos CIE9MC: 72.0, 72.1, 72.21, 72.29, 72.31, 72.39, 72.4, 72.51, 72.53, 72.6, 72.71, 72.79, 72.8, 72.9

COMPLICACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO (1)	
	Numerador	Denominador
PSI 19. Trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado	Altas incluidas en el denominador con código CIE9MC 664.20, 664.21, 664.24, 664.30, 664.31, 664.34 en cualquier diagnóstico, o bien con código CIE9MC de procedimiento 75.61, 75.62	Total de altas en pacientes con edad >=15 años con parto vaginal no instrumentado
	CASOS EXCLUIDOS	
	Altas con partos vaginales instrumentados. Códigos CIE9MC: 72.0, 72.1, 72.21, 72.29, 72.31, 72.39, 72.4, 72.51, 72.53, 72.6, 72.71, 72.79, 72.8, 72.9 Altas con códigos de procedimiento de parto cesárea. Códigos CIE9MC: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99	

(1) Adaptado de OCDE Health Care Quality Indicators (HCQI) 2014-2015 Data Collection. Technical Manual for Patient Safety Indicators

Parto: Producto del Parto, código CIE9MC: (en cualquier campo de diagnóstico secundario): V27.0 , V27.1, V27.2, V27.3, V27.4, V27.5, V27.6, V27.7, V27.9

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN HOSPITALIZACIÓN

En este apartado se pueden seleccionar:

Selección

Distribución de procedimier

Cambiar

- I. Distribución de procedimientos por GRDAPR o GRDAP
- II. Distribución de altas por CCS del procedimiento
- III. Procedimientos de interés, bajo dos modalidades de cálculo:
 - a. Tasas poblacionales
 - b. Porcentaje de altas con el procedimiento

DISTRIBUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS POR GRD

En este apartado se muestran la distribución porcentual del número de procedimientos CIE10ES distintos que aparecen registrados en los CMBD de cada agrupación de GRDAPR o GRDAP para el año seleccionado.

Pulsando en la primera columna de la tabla donde aparece el código del GRDAPR o GRDAP se puede consultar los procedimientos específicos de la agrupación de GRD seleccionada y su frecuencia relativa en ese GRD.

Tasas de realización de procesos quirúrgicos

Resección de aneurisma aórtico abdominal
Resección esofágica
Bypass coronario
Endarterectomía carotídea
Pancreatectomía
Angioplastia coronaria
Colecistectomía laparoscópica (%)
Histerectomía
Prótesis total de rodilla
Prótesis total de cadera
Cirugía de fractura de cadera en las primeras 48 h de ingreso (%)

Age group (years)	European standard population
0	1600
1-4	6400
5-9	7000
10-14	7000
15-19	7000
20-24	7000
25-29	7000
30-34	7000
35-39	7000
40-44	7000
45-49	7000
50-54	7000
55-59	6000
60-64	5000
65-69	4000
70-74	3000
75-79	2000
80-84	1000
85+	1000
Total	100000

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.

Su cálculo se realiza bajo dos modalidades:

1. Tasas poblacionales, que contienen:
 - Tasa bruta por 10.000 habitantes
 - Tasa ajustadas por edad y sexo utilizando para ello la población estándar para Europa que establece la OMS: European Standard Population. World Health Organization's publication. November 1, 2012. (<http://seer.cancer.gov/stdpopulations/stdpop.19ages.html>) - ver tabla adjunta- .
2. Porcentaje de altas con el procedimiento: muestra el número de altas donde aparece el procedimiento seleccionado y su porcentaje sobre el total de altas de la agrupación seleccionada por el usuario.

El procedimiento de colecistectomía se calcula solo en esta última modalidad como porcentaje de utilización de la técnica laparoscópica sobre el total de las colecistectomías realizadas.

Así mismo ocurre en la cirugía de fractura de cadera en las primeras 48 h. de ingreso que se calcula solo en esta última modalidad como porcentaje sobre el total de cirugías realizadas por este motivo.

PROCEDIMIENTOS DE INTERÉS

PROCESOS DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO
	Numerador
Tasa de cirugía de resección esofágica	Altas con código CIE9MC 42.4, 42.40, 42.41, 42.42, 42.5, 42.51, 42.52, 42.53, 42.54, 42.55, 42.56, 42.58, 42.59, 42.6, 42.61, 42.62, 42.63, 42.64, 42.65, 42.66, 42.68, 42.69 en cualquier campo de procedimiento
Tasa cirugía reparadora de aneurisma aórtico abdominal	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	Altas con código CIE9MC 00.66, 36.03, 36.04, 36.06, 36.07, 36.09 en cualquier campo de procedimiento

PROCEDIMIENTOS DE INTERÉS

PROCESOS DE ESPECIAL INTERÉS	CRITERIOS DE CÁLCULO
	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 histerectomía	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 cálculo se realiza sobre el total de casos realizados con hospitalización (CMBD) y ambulatorio (CMBD-A).

(**) Su cálculo se realiza sobre las altas con este procedimiento que disponen de fecha de intervención válida. La cumplimentación del dato de fecha de intervención es muy variable según años y Comunidad Autónoma, así por ejemplo este dato no se dispone en las altas de Cataluña

HOSPITALIZACIONES POTENCIALMENTE EVITABLES

DEFINICIÓN	Frecuentación hospitalaria de un grupo seleccionado de enfermedades
DESCRIPCIÓN	<p>Se trata de una serie de patologías, por lo general, de larga evolución que requieren de múltiples cuidados de salud, así como de acciones orientadas a promover el autocuidado y que, mayoritariamente, precisan de una vigilancia y tratamiento eminentemente ambulatorio, principalmente en el ámbito de la Atención Primaria. Su tasa de hospitalización puede considerarse como un indicador indirecto de la efectividad de la provisión de los cuidados de salud que se presta a estos pacientes en el ámbito de la Atención Primaria. Una mayor y mejor atención sanitaria en el ámbito comunitario resultaría, en una menor frecuentación hospitalaria por estas enfermedades.</p> <p>En este indicador se incluyen las siguientes patologías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica • Insuficiencia cardíaca congestiva • Hipertensión arterial • Neumonía • Infección del tracto urinario
FÓRMULA DE CÁLCULO (*)	
<p>Numerador: Numero de altas de pacientes de edad 15 años o mayor con diagnóstico principal de alguna de las patologías que se incluyen en el indicador (ver fichas siguientes).</p> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando el calculo se realiza utilizando como criterio de agrupación la CC.AA. o provincia donde se ha producido el alta, la tasa (x10.000) se calcula utilizando en el denominador el censo de población (INE) de la CC.AA. o provincia de que se trate. (Población estándar de referencia utilizada para ajuste por edad y sexo: European Standard Population. World Health Organization's publication. November 1, 2012). • Cuando el calculo se realiza utilizando como criterio de agrupación el hospital donde se ha producido el alta, o bien el grupo o clúster a que pertenece ese hospital, la tasa (x100) se calcula utilizando en el denominador el total de altas de ese hospital, aplicando en cada caso las condiciones de cálculo específicas de cada patología. 	

(*) Adaptado de OCDE: <http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-primary-care.htm>

HOSPITALIZACIONES POTENCIALMENTE EVITABLES

CONDICIONES DEL CÁLCULO (*)	
<p>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Numerador y denominador (criterio de agrupación la CC.AA. o provincia , y hospital): Pacientes con edad superior o igual a 40 años. <input type="checkbox"/> Numerador: Casos con diagnóstico principal <ul style="list-style-type: none"> ▪ De enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 491.0, 491.1, 491.20, 491.21, 491.22, 491.8, 491.9, 492.0, 492.8, 494, 494.0, 494.1, 496 ▪ De bronquitis aguda (466.0, 490) con cualquier diagnóstico secundario de enfermedad pulmonar obstructiva crónica <input type="checkbox"/> Casos excluidos en el numerador: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos con códigos de fibrosis quística o de anomalías de sistema respiratorio en cualquier diagnóstico secundario: 277.00, 277.01, 277.02, 277.03, 277.09, 516.61, 516.62, 516.63, 516.64, 516.69, 747.21, 748.3, 748.4, 748.5, 748.60, 748.61, 748.69, 748.8, 748.9, 750.3, 759.3, 770.7 ▪ Casos de la CDM14 <input type="checkbox"/> Casos excluidos en el denominador (criterio de agrupación hospital): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos de la CDM14
<p>Insuficiencia cardiaca congestiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Numerador y denominador (criterio de agrupación la CC.AA. o provincia , y hospital): Pacientes con edad superior o igual a 15 años. <input type="checkbox"/> Numerador: Casos con diagnóstico principal <ul style="list-style-type: none"> ▪ De insuficiencia cardiaca congestiva: 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.0, 428.1, 428.20, 428.21, 428.22, 428.23, 428.30, 428.31, 428.32, 428.33, 428.40, 428.41, 428.42, 428.43, 428.9 <input type="checkbox"/> Casos excluidos en el numerador: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos con códigos de procedimientos de procedimiento cardiaco (Ver Apéndice B en http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec.aspx) ▪ Casos de la CDM14 <input type="checkbox"/> Casos excluidos en el denominador (criterio de agrupación hospital): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos de la CDM14
<p>Hipertensión arterial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Numerador y denominador (criterio de agrupación la CC.AA. o provincia , y hospital): Pacientes con edad superior o igual a 15 años. <input type="checkbox"/> Numerador: Casos con diagnóstico principal <ul style="list-style-type: none"> ▪ De hipertensión arterial: 401.0, 401.9, 402.00, 402.10, 402.90, 403.00, 403.10, 403.90, 404.00, 404.10, 404.90 <input type="checkbox"/> Casos excluidos en el numerador: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos con códigos de procedimientos de procedimiento cardiaco (Ver Apéndice B en http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec.aspx) ▪ Casos con cualquier diagnóstico secundario de enfermedad renal (403.00, 403.10, 403.90, 404.00, 404.10, 404.90), acompañado de un procedimiento de diálisis (38.95, 39.27, 39.29, 39.42, 39.43, 39.93, 39.94) ▪ Casos de la CDM14 <input type="checkbox"/> Casos excluidos en el denominador (criterio de agrupación hospital): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos de la CDM14

HOSPITALIZACIONES POTENCIALMENTE EVITABLES

CONDICIONES DEL CÁLCULO (*)	
<p>Neumonía bacteriana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Numerador y denominador (criterio de agrupación la CC.AA. o provincia , y hospital): Pacientes con edad superior o igual a 15 años. <input type="checkbox"/> Numerador: Casos con diagnóstico principal <ul style="list-style-type: none"> ▪ De neumonía bacteriana: 481, 482.2, 482.30, 482,31, 482.32, 482.39, 482.41, 482.42, 482.9, 483.0, 483.1, 483.8, 485, 486 <input type="checkbox"/> Casos excluidos en el numerador: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos con códigos de anemia falciforme o enfermedad de la Hemoglobina S en cualquier diagnóstico secundario : 282.41, 282.42, 282.60, 282.61, 282.62, 282.63, 282.64, 282.68, 282.69 ▪ Casos con códigos en cualquier diagnóstico secundario de inmunodepresión o de procedimientos en pacientes inmunodeprimido Ver Apéndice I en http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V44/TechSpecs/PSI%20Appendices.pdf ▪ Casos de la CDM14 <input type="checkbox"/> Casos excluidos en el denominador (criterio de agrupación hospital): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos de la CDM14
<p>Infección del tracto urinario</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Numerador y denominador (criterio de agrupación la CC.AA. o provincia , y hospital): Pacientes con edad superior o igual a 15 años. <input type="checkbox"/> Numerador: Casos con diagnóstico principal <ul style="list-style-type: none"> ▪ De infección del tracto urinario: 590.10, 590.11, 590.2, 590.3, 590.80, 590.81, 590.9, 595.0,595.9, 599.0 <input type="checkbox"/> Casos excluidos en el numerador: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos con códigos en cualquier diagnóstico secundario de alteración renal o del tracto urinario: 590.00, 590.01, 593.70, 593.71, 593.72, 593.73, 753.0, 753.10, 753.11, 753.12, 753.13, 753.14, 753.15, 753.16, 753.17, 753.19, 753.20, 753.21, 753.22, 753.23, 753.29, 753.3, 753.4, 753.5, 753.6, 753.8 , 753.9 ▪ Casos con códigos en cualquier diagnóstico secundario de inmunodepresión o de procedimientos en pacientes inmunodeprimido Ver Apéndice I en http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V44/TechSpecs/PSI%20Appendices.pdf ▪ Casos de la CDM14 <input type="checkbox"/> Casos excluidos en el denominador (criterio de agrupación hospital): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos de la CDM14