

SACA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Sa
ca

Sociedad
Aragonesa de
Calidad
Asistencial

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA INDICADORES DE EFECTIVIDAD CLÍNICA

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA.
INDICADORES DE EFECTIVIDAD CLÍNICA

© 2013 SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

DEPÓSITO LEGAL: AS 03321-2013

ISBN – 10 84-695-8894-X

ISBN – 13 978-84-695-8894-9

SACA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Sa **Sociedad**
ca **Aragonesa de**
ca **Calidad**
ca **Asistencial**

Índice

Índice

AUTORES.....	9
OBJETIVOS	17
METODOLOGÍA	21
RESULTADOS.....	27
1.- ATENCIÓN PRIMARIA.....	28
- Listado de indicadores sometidos al panel de expertos	28
- Fichas descriptivas de los indicadores RECOMENDADOS	31
- Fichas descriptivas de los indicadores con recomendación DUDOSA ...	43
2.- ATENCIÓN ESPECIALIZADA.....	50
- Listado de indicadores sometidos al panel de expertos.....	50
- Fichas descriptivas de los indicadores RECOMENDADOS	54
- Fichas descriptivas de los indicadores con recomendación DUDOSA	82
BIBLIOGRAFÍA	95
ANEXOS	
ANEXO I	111
Listado de indicadores de efectividad de hospitales remitidos al grupo Delphi en la fase I	
ANEXO 2	147
Listado de indicadores de efectividad en Atención Primaria remitidos al grupo Delphi en la fase I	

Autores

Autores*

* Por orden alfabético de primer apellido

AUTORES

José Ignacio Barrasa Villar Presidente de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

Natalia Enríquez Martín Sistemas de Información de Atención Primaria. Dirección General de Planificación y Aseguramiento del Departamento de Sanidad, Bienestar social y Familia del Gobierno de Aragón

José María Abad Díez Dirección General de Planificación y Aseguramiento del Departamento de Sanidad, Bienestar social y Familia del Gobierno de Aragón

Mónica Valderrama Rodríguez MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública

Alejandra Pérez Pérez MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública

Concha Revilla López MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública

Francisco Ramón Estupiñán Romero MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública

COORDINADOR EDITORIAL

Víctor Reyes Alcázar Responsable de Planificación Estratégica y Evaluación de Resultados. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

COMITÉ CIENTÍFICO DE LA 5ª REUNION DE COORDINADORES DE CALIDAD

Presidente José Ignacio Barrasa Villar

Secretaria Natalia Enríquez Martín

Vocales

José María Abad Díez

Mª Pilar Astier Peña

Elena Altarribas Bolsa

José Miguel Celorrio Pascual

Luis Hijós Larraz

Fernando Ramos D'Angelo

Concepción Rubio Soriano

María Luisa Vela Marquina

Mónica Valderrama Rodríguez

Francisco Ramón Estupiñán Romero

Alejandra Pérez Pérez

Concha Revilla López

COMITÉ ORGANIZADOR DE LA 5ª REUNION DE COORDINADORES DE CALIDAD

Presidente Emilio Ignacio García

Secretario Manel Santiñá Vila

Tesorero Alberto Colina Alonso

Vocales

Mª Pilar Astier Peña

Rosa María González Llinares

Mª Dolores Martín

José Joaquín Mira Solves

Mª Elena Seral Muñio

Susana Lorenzo Martínez

Fernando Vázquez Valdés

José Ignacio Barrasa Villar

Marisa Dotor Gracia

Angel Vidal Milla

Jonás Gonseth García

Mercedes Carreras Viñas

Rafael Gomis Cebrián

Tomás Quirós Morató

RELACIÓN DE PARTICIPANTES EN LOS PANELES DE EXPERTOS

ATENCIÓN PRIMARIA

Abadía Corvinos, Inmaculada
Antoñanzas Lombarte, Ángel
Benito Jiménez, Alfredo
Bueno Pascual, Margarita
Cáncer More, Pilar
Clemente Roldán, Eduardo
García Ballarín, Isabel
García-Araez López, Julio
Gorgojo Itoiz, María Puy
Hijos Larraz, Luis
Lorente Ortilles, Teresa
Martínez Raposo, María Carmen
Palacio La Puente, Fernando
Pérez, Alberto
Serrano Peris, Diana
Torijano, María Luisa

Aller Blanco, Ana
Anyell, Pilar
Bilbao Fuentes, Ibón
Bueno Domínguez, M^a José
Cano del Pozo, M^a Isabel
Clerencia Casorrán, Carlos
García Bello, María Jesús
Giménez Baratech, Ana Carmen
Gragera Sánchez, Pilar
López Martínez, Sara María
Lozano del Hoyo, María Luisa
Mendi Metola, Carolina
Paraled Campos, Teresa
Rubio Gil, Esther
Soria Cabeza, Gloria
Turón Alcaine, José María

Astier Peña, Pilar
Ben Cheikh El Aayuni, Wafa
Blasco González, María Isabel
Calderón Grau, Pilar
Castán Ruiz, Silvia
Coca Moreno, Julio
García López, Ana María
Gimeno Pradas, Rosa
Hernández Méndez, Solanger
López Martín, Manuel
Martín Rodríguez, María Dolores
Nuín Villanueva, María Ángeles
Pardo Hernández, Alberto
Samper Secorún, María Jesús
Soriano Sorli, Francisco Javier
Vicente Mallén, Joaquín

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Alcaraz Martínez, Julián
Ballester Roca, Mónica
Blanch Sardá, M^a Dolors
Calatrava García, Luciano
Capdevila García, Ernesto
Felez Minguillón, Dora
García Montero, José Ignacio
Jiménez Sáenz, Juana
Martínez Mourin, Cristina
Nebot Marzal, Cristina M^a
Ortegón Sánchez, Miguel
Prada Peña, Martina
Ruiz Romero, M^a Victoria
Vegas Miguel, Alberto

Alonso Cano, Laureano
Barrera Martín Meras, Antonio
Cabré Ollé, Xavier
Calvo Pardo, Aurora
Cortes Ramas, Ana María
Flores Pardo, Emilio
Hernández Herrero, Mónica
López Ibort, Nieves
Mateos Granados, Ana
Nogue Font, Albert
Ortiz Otero, M^a Mercedes
Ramos Neira, Luis Alberto
Uris Selles, Joaquín
Viñuales Palomar, Carlos

Baeza Ransanz, Teodora
Baxarias Gascón, Pilar
Cabrera Miranda, Libeth Patricia
Candia Bouso, Berta
Del Oso Morán, Joan
García Mata, Juan Ramón
Herrero Antón, M^a José
Luaces Cubelles, Carlos
Misiego Peral, Antonio
Ortega Maján, M^a Teresa
Pérez Martí, Montserrat
Rodríguez Cala, Ana
Vega García, José Luis

Presentación

Presentación

Por quinto año consecutivo la Sociedad Española de Calidad Asistencial, esta vez en Zaragoza y en colaboración con la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial organizó una reunión de coordinadores de calidad. Así como en las anteriores ocasiones, la convocatoria se ceñía a las personas que desempeñaban esta función en centros hospitalarios, la principal novedad de este año fue su ampliación a quienes la desarrollan de forma similar en los centros y equipos de Atención Primaria.

La organización y coordinación de la calidad es una función transversal a todos los niveles asistenciales y se decidió por ello dar cabida a la Atención Primaria y, en función de la respuesta, ampliarlo en futuras ediciones a otros ámbitos más olvidados como el socio-sanitario o el de la salud mental.

El tema elegido para esta 5ª reunión de Coordinadores de Calidad fue el de **“Indicadores de efectividad clínica”** y su objetivo principal consistió en concretar mediante el acuerdo de los asistentes una lista de indicadores válidos, fiables y aceptados para poder comparar resultados relacionados con la efectividad clínica entre los diferentes hospitales y centros de salud del Sistema Nacional de Salud. El listado se convertiría en un documento para ofrecer a los diferentes agentes implicados para que puedan utilizarlo como herramienta de comparación o de comunicación de resultados a la sociedad.

De forma más general se pretendía, además, promover el debate técnico sobre la transparencia del Sistema de Nacional de Salud en relación con la efectividad clínica de sus actuaciones, compartir e intercambiar información sobre los sistemas de monitorización de la efectividad clínica entre los coordinadores de calidad o el personal que desempeña esas funciones en los diferentes niveles asistenciales y estimular el debate social y científico sobre la efectividad y la transparencia del sistema sanitario.

Confiamos en que esta iniciativa siga suscitando el mismo interés que en ediciones anteriores y os animamos a inscribiros en futuras convocatorias para poder compartir vuestra experiencia y conocimientos sobre este tema.

Emilio Ignacio García

Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

José Ignacio Barrasa Villar

Presidente de Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

Objetivos

Objetivos

El objetivo principal es definir una **lista reducida de indicadores de efectividad clínica**, que sean válidos, relevantes y útiles para poder comparar resultados entre los diferentes hospitales y centros de salud del Sistema Nacional de Salud.

De forma secundaria, también se pretende compartir e intercambiar información científica y organizativa sobre los sistemas de monitorización de la efectividad clínica entre los coordinadores de calidad o personal que desempeña esas funciones en los Hospitales y equipos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud.

Metodología

Metodología

La metodología empleada se ha basado en una versión modificada de la metodología RAND® UCLA, basada en el consenso de paneles de expertos. Esta metodología ha sido utilizada previamente en otras experiencias de selección de indicadores, en diferentes entornos ^(77, 97, 106, 165). El diseño metodológico incluyó una primera fase de selección de indicadores, una primera ronda de valoración por el panel de expertos por correo, y una segunda ronda de consenso presencial.

Primera fase: Identificación de indicadores

En esta primera fase se elaboró un listado exhaustivo de los potenciales indicadores a utilizar para comparar la efectividad clínica de la atención sanitaria, tanto en el ámbito de la atención hospitalaria, como de la atención primaria.

Para la identificación de indicadores se utilizaron los documentos oficiales y las webs de los diferentes Servicios Regionales de Salud y del Ministerio de Sanidad, así como los de organismos internacionales (OCDE y OMS) y de organizaciones de prestigio en otros países de nuestro entorno (NICE, CMSS/AHRQ, RAND, Joint Comisión Internacional).

De estos documentos se extrajeron los indicadores que estaban relacionados con la dimensión de “efectividad clínica”. De los documentos consultados se extrajo la siguiente información en un formato estandarizado:

- Denominación del indicador
- Numerador y denominador del mismo
- Aclaraciones de términos necesarias para la obtención del mismo, los criterios de inclusión y exclusión de pacientes o episodios.
- Fuente de datos utilizada para la obtención del indicador
- Unidad de análisis
- Referencias bibliográficas

Una vez elaborado el listado inicial, los miembros del equipo del proyecto agruparon los indicadores en áreas y unificaron aquellos indicadores que aparecen en varios documentos. Cuando se identificaron pequeñas variantes del indicador entre documentos, se unificaron en un único indicador, incluyendo las variantes en el apartado de observaciones.

En **atención primaria**, en primer lugar, se revisaron los indicadores utilizados en el Sistema Nacional de Salud, para medir la calidad de las carteras de servicios y los objetivos de los contratos programas de los diferentes Servicios regionales de Salud. También se revisaron los indicadores definidos para la evaluación del proyecto Atención Primaria para el siglo XXI ^(40, 44, 45, 46, 50, 64, 69, 85, 129, 173, 174, 175).

Esta información se completó con una revisión de indicadores utilizados para medir la efectividad de la atención primaria en otros sistemas sanitarios ^(27, 113).

El listado inicial se restringe a 100 indicadores de proceso y resultado de la atención a población adulta, proporcionada por profesionales de medicina de familia y/o enfermería.

Se excluyeron indicadores relacionados con procedimientos de trabajo de pediatría, salud bucodental, fisioterapia, matronas y trabajo social.

También se excluyeron otros indicadores utilizados en nuestro medio para la comparación de

centros, que son menos específicos a la hora de medir efectividad, como los indicadores de calidad de registro, de cobertura, de prevalencia, los de consumo farmacéutico o los índices sintéticos.

Para seleccionar los indicadores de **atención especializada**, además del libro de Indicadores de calidad para hospitales de la SECA, se han revisado todos aquellos disponibles para uso corporativo en las páginas web de los diversos Servicios Regionales de Salud, los recogidos en el portal estadístico del Ministerio de Sanidad, así como en otras organizaciones internacionales (OCDE, CMSS, NICE, JCI).

Segunda Fase: Valoración de indicadores

En esta segunda fase se planteó una consulta por correo a los paneles de expertos.

Se seleccionaron dos paneles de expertos (uno para atención primaria y otro para atención especializada), a partir de los listados de coordinadores de calidad y de la información proporcionada por informadores clave. En la selección de los paneles de expertos se buscó una representación de perfiles profesionales (Medicina y Enfermería) y un conocimiento y experiencia en áreas de calidad asistencial (responsables de calidad o coordinadores de calidad).

A cada panel de expertos se le envió un cuestionario por correo electrónico, donde se les pidió que valoraran el listado de indicadores respecto los siguientes criterios:

- **Relevancia:** el indicador es relevante para valorar la efectividad clínica de la atención sanitaria ya que responde a aspectos esenciales de la práctica clínica.
- **Validez:** existe una evidencia razonable de que el indicador propuesto se relaciona con mejores resultados de la atención.
- **Utilidad global:** el indicador propuesto es útil para comparar la calidad y la efectividad clínica de la asistencia sanitaria prestada entre diferentes centros del Sistema Nacional de Salud.

La información se presentó en una hoja EXCEL donde el panelista debía puntuar, cada indicador de la lista respecto a los 3 criterios, según el grado en el que estuviera de acuerdo con las afirmaciones anteriores. Se seleccionó una escala de valoración de cada criterio del 1 al 9, en la que 1 representa el mínimo grado de acuerdo y 9 el máximo grado de acuerdo.

En la hoja EXCEL se presentó la información descriptiva de cada indicador: denominación, numerador y denominador, aclaración de términos, unidad de análisis, fuente de datos y referencias bibliográficas.

Los resultados de los cuestionarios recibidos se analizaron y tabularon, y sirvieron de base para la tercera fase, de selección de indicadores. Se utilizó como estadístico la mediana de las puntuaciones alcanzada por cada indicador en cada uno de los criterios y el grado de acuerdo. Para evaluar el grado de acuerdo se utilizaron los siguientes criterios:

- **HAY ACUERDO:** No más del 30 % de los participantes han puntuado un mismo indicador fuera de la región de tres puntos (1-3, 4-6, 7-9) que contiene la mediana de su puntuación. Es decir, ³ 70 % de las puntuaciones se encuentran dentro de una misma región de tres puntos.
- **NO HAY ACUERDO:** Hay una proporción ³ 30 % de los participantes en cada una de las regiones extremas de puntuación (1-3 y 7-9).
- **ACUERDO INDETERMINADO:** Resto de las situaciones.

Sobre la base de los cuestionarios contestados por correo electrónico se eligieron los indicadores sobre los que había ACUERDO en el criterio de utilidad global y, en el caso de los hospitales también los de ACUERDO INDETERMINADO, debido al escaso volumen de indicadores en los que se obtuvo acuerdo. En total fueron 44 indicadores en AP y 69 de Hospitales los que cumplieron estos requisitos.

Tercera Fase: Selección de indicadores

A partir de la lista de indicadores valorados y cribados en función del criterio utilidad, en esta tercera fase se definió una lista reducida de indicadores de efectividad clínica para la comparación entre equipos de atención primaria y hospitales del SNS.

Para ello, se formaron grupos de trabajo con los panelistas asistentes a la reunión de Coordinadores de Calidad celebrada en Zaragoza. Los panelistas se distribuyeron en grupos de unas 15 personas cada uno para trabajar en una sesión presencial, dentro del programa de la Reunión de Coordinadores.

Para cada grupo hubo un moderador de la sesión (su papel era la presentación y dirección de la sesión, procurando ceñirse a la metodología y duración prevista y responsabilizándose de alcanzar los objetivos de la misma, resolviendo los conflictos que pudieran presentarse) y un relator-secretario (responsable de tomar notas del desarrollo de la reunión y de elaborar el acta de la misma, así como del análisis y tabulación de las valoraciones de los indicadores).

La sesión de trabajo de cada grupo se desarrolló en tres etapas:

Primera etapa: Presentación, lectura y aclaración de dudas

Al inicio de la sesión, el moderador hizo una breve introducción del proyecto y presentó los objetivos y la metodología de trabajo durante la sesión.

A cada participante se le proporcionó la lista de indicadores resultantes de la segunda fase con sus definiciones y la valoración otorgada en validez, relevancia y utilidad. También se informó sobre los resultados obtenidos de los paneles de expertos respecto a la mediana de las puntuaciones, el grado de acuerdo y la puntuación asignada por el participante en el primer cuestionario.

Cada participante individualmente procedió a la lectura de la lista de indicadores que se le había asignado, anotando cualquier duda, problema de comprensión o discrepancia respecto a la información proporcionada. Estas dudas fueron contestadas por el moderador antes de pasar a la etapa de puntuación.

Se hizo hincapié en los siguientes aspectos como guía para la valoración:

- Los indicadores son de efectividad clínica: pretenden evaluar el nivel de utilización de procedimientos de trabajo sobre los que hay evidencia de su relación con la efectividad clínica, y el grado de consecución de resultados en salud.
- Se pretende llegar a una lista reducida de indicadores, por lo que los participantes deben comparar los indicadores entre sí y diferenciar las puntuaciones entre los diferentes indicadores.
- No es recomendable que la mayoría de los indicadores se centren en una única área clínica: es recomendable que haya indicadores de diferentes áreas clínicas.
- Los indicadores se pretende que sirvan para la comparación entre equipos y hospitales, por lo que deben ser sensibles a las diferencias de funcionamiento entre los mismos.

Segunda etapa: Valoración individual de los indicadores

Posteriormente, cada participante puntuó cada indicador en una escala del 1 al 9 en un único criterio de utilidad global para comparar la calidad y la efectividad clínica de la asistencia sanitaria prestada entre diferentes centros del SNS.

Tercera etapa: Elaboración de la lista final de Indicadores

Los resultados de la valoración se tabularon para clasificar a los indicadores valorados de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 1.- Definición de Consenso

		MEDIANA DE LAS PUNTUACIONES		
		Entre 7 y 9	Entre 4 y 6	Entre 1 y 3
Grado de acuerdo	Hay acuerdo	RECOMENDADO	DUDOSO	NO RECOMENDADO
	Acuerdo indeterminado	DUDOSO	NO RECOMENDADO	NO RECOMENDADO
	No hay acuerdo	NO RECOMENDADO	NO RECOMENDADO	NO RECOMENDADO

La lista reducida incluyó los indicadores clasificados como RECOMENDADOS.

Resultados

Listado de indicadores de efectividad de hospitales remitidos al grupo Delphi en la fase I

ATENCIÓN PRIMARIA

1.- LISTADO DE INDICADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA

1.1.- INDICADORES RECOMENDADOS

LISTADO DE INDICADORES DE EFECTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA	
Problemas cardiovasculares	
2	Riesgo cardiovascular en personas sin enfermedad cardiovascular con algún factor de riesgo.
8	Control lipídico en pacientes con cardiopatía isquémica
13	Pacientes en tratamiento anticoagulante: grado de control
Hipertensión Arterial	
21	Seguimiento de pacientes con HTA: control de enfermería
24	Seguimiento de pacientes con HTA: grado de control
25	Control de la tensión arterial en población de riesgo (cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, accidente cerebrovascular / accidente isquémico transitorio, insuficiencia renal crónica)
Tabaquismo	
34	Pacientes en seguimiento por EPOC o asma: intervención sobre hábito tabáquico
DIABETES	
36	Seguimiento de Pacientes con diabetes: determinación de hemoglobina glicosilada (HbA1C)
37	Seguimiento de Pacientes con diabetes: determinación de microalbuminuria
39	Seguimiento de Pacientes con diabetes: exploración de fondo de ojo
45	Seguimiento de pacientes con diabetes: grado de control de hemoglobina glicosilada
46	Seguimiento de pacientes con diabetes: grado de control de tensión arterial
47	Seguimiento de pacientes con diabetes: grado de control de colesterol LDL
PROBLEMAS DEL APARATO RESPIRATORIO	
60	Diagnóstico de asma, espirometría
64	Pacientes en seguimiento por EPOC: realización de espirometría
66	Pacientes en seguimiento por EPOC o asma: consejo sobre uso adecuado de inhaladores
PREVENCIÓN Y MANEJO DE LOS PACIENTES DEPENDIENTES	
69	Valoración de la complejidad de los pacientes en Atención Domiciliaria
70	Pacientes incluidos en el programa de atención a enfermos crónicos dependientes: valoración enfermera de la situación sociofamiliar y la identificación del cuidador principal
71	Pacientes incluidos en el programa de atención a enfermos crónicos dependientes: valoración enfermera que incluya alimentación, eliminación, movilidad, higiene e integridad de piel y nivel de conciencia
73	Pacientes incluidos en el programa de atención a enfermos crónicos dependientes: valoración del riesgo de ulceración
75	Pacientes incluidos en el programa de atención a enfermos crónicos dependientes: prevalencia de úlceras por presión
76	Pacientes con cuidados paliativos: identificación de la voluntad del paciente
CRIBADO DE CÁNCER	
89	Cribado de Cáncer de cérvix

1.2.- INDICADORES DUDOSOS

LISTADO DE INDICADORES DE EFECTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA	
Problemas cardiovasculares	
6	Pacientes en tratamiento con estatinas: prevención secundaria
7	Control lipídico en pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio
9	Pacientes con enfermedad cardiovascular en tratamiento con antiagregantes
12	Pacientes en tratamiento anticoagulante atendidos en Atención Primaria
15	Pacientes con isquemia coronaria en tratamiento con betabloqueantes
Tabaquismo	
29	Pacientes en seguimiento por EPOC o asma a quien no se ha preguntado por consumo de tabaco
31	Pacientes en seguimiento por enfermedad cardiovascular o factor de riesgo cardiovascular a quien no se ha preguntado por consumo de tabaco
DIABETES	
38	Seguimiento de Pacientes con diabetes: exploración de pulsos distales
43	Medición de tensión arterial sistólica, peso, tabaco en pacientes diabéticos
VACUNAS	
55	Vacunación antigripal: población < 65 años perteneciente a determinados grupos de riesgo
56	Vacunación neumocócica a pacientes pertenecientes a determinados grupos de riesgo
58	Cobertura de vacunación antitetánica en mayores de 39 años
PREVENCIÓN Y MANEJO DE LOS PACIENTES DEPENDIENTES	
77	Pacientes con cuidados paliativos: seguimiento en domicilio
CRIBADO DE CÁNCER	
90	Cribado de Cáncer de mama

1.3.- INDICADORES NO RECOMENDADOS

LISTADO DE INDICADORES DE EFECTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA	
Problemas cardiovasculares	
10	Pacientes con arritmia completa por fibrilación auricular en tratamiento con antiagregantes
Hipertensión Arterial	
20	Seguimiento de pacientes con HTA: medición de tensión arterial
23	Seguimiento de pacientes con HTA: determinación analítica
Código	DIABETES
35	Cribado diabetes
	VACUNAS
54	Vacunación antigripal: población ≥ 65 años
	PREVENCIÓN Y MANEJO DE LOS PACIENTES DEPENDIENTES
78	Cobertura de pacientes en situación terminal atendidos por atención primaria
79	Diagnóstico de deterioro cognitivo

En las páginas siguientes se describe la ficha de cada indicador seleccionado

2.- FICHAS DESCRIPTIVAS DE LOS INDICADORES RECOMENDADOS

CÓDIGO 2		PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE: GRADO DE CONTROL
FORMULA	NUMERADOR	Población entre 35 y 74 años con algún factor de riesgo cardiovascular en quienes consta calculado el DGP "RIESGO CARDIOVASCULAR" en los últimos 5 años
	DENOMINADOR	Población entre 35-74 años con algún factor de riesgo y algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	<p>El indicador incluye a los pacientes con los siguientes Factores de Riesgo Cardiovascular: TABACO (P17), HTA NO COMPLICADA (K86) o HTA COMPLICADA (K87), HIPERCOLESTEROLEMIA (T93)</p> <p>Se excluyen las personas con los siguientes diagnósticos: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) o ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (K92) o ACV (K90) o AIT (K89) o DIABETES (T90)</p>	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	175, 113, 120	

CÓDIGO 8		CONTROL LIPÍDICO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes >14 años, con diagnóstico de cardiopatía isquémica en los que la última determinación de colesterol LDL, dentro del periodo de evaluación, es LDL-Col<120mg/dl
	DENOMINADOR	Pacientes >14 años, con diagnóstico de cardiopatía isquémica con alguna visita en los últimos tres años
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	<p>El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años.</p> <p>Se excluyen pacientes institucionalizados</p>	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	119	
BIBLIOGRAFIA	129, 174, 113	

CÓDIGO 13		PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE: GRADO DE CONTROL
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes en TRATAMIENTO CON DICUMARÍNICOS y DGP "Aceptación de TAO ambulatorio" = Sí cuyas tres últimas cifras de INR están dentro de los rangos establecidos en el seguimiento activo en el último año
	DENOMINADOR	Pacientes en TRATAMIENTO CON DICUMARÍNICOS y DGP "Aceptación de TAO ambulatorio" = Sí con algún registro en el periodo evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Los fármacos que contempla el indicador son acenocumarol (Sintrom®) (B01AA07) y warfarina (B01AA03). Se excluyen los pacientes pertenecientes a mutuas.
FUENTE DE DATOS		Historia Clínica Electrónica
TIPO DE INDICADOR		Proceso
AJUSTE DE RIESGOS		No se contempla ajuste de riesgos
ORIGEN DEL INDICADOR		50
BIBLIOGRAFIA		120

CÓDIGO 21		SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON HTA: CONTROL DE ENFERMERÍA
FORMULA	NUMERADOR	Nº de personas hipertensas con un control en el último semestre
	DENOMINADOR	Nº de personas hipertensas
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		A toda persona diagnosticada de hipertensión se le deberá realizar con periodicidad semestral un control que incluya los cuatro apartados siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Toma de presión arterial o valoración de AMPA. – Cumplimiento del tratamiento y efectos secundarios. – Consejo sobre modificación de estilos de vida: tabaco, alcohol, dieta, ejercicio (para la evaluación se cumplirá el criterio con la mención de al menos uno). – Registro de IMC en el último año.
FUENTE DE DATOS		Historia Clínica Electrónica
TIPO DE INDICADOR		Proceso
AJUSTE DE RIESGOS		No se contempla ajuste de riesgos
ORIGEN DEL INDICADOR		69
BIBLIOGRAFIA		45

CÓDIGO 24		SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON HTA: GRADO DE CONTROL
FORMULA	NUMERADOR	Población ≥ 15 años con episodio abierto de HTA NO COMPLICADA (K86) o HTA COMPLICADA (K87), en quienes el promedio de las tres últimas tomas del DGP "TAS" y el promedio de las tres últimas tomas del DGP "TAD" cumplen criterios de inclusión
	DENOMINADOR	Población ≥ 15 años con episodio abierto de HTA NO COMPLICADA (K86) o HTA COMPLICADA (K87) y algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	<p>Criterios de inclusión: el indicador se desglosa según las cifras de tensión arterial (TA) en dos, TA $\leq 140/90$ y TA $>160/90$.</p> <p>Las tomas de TA deben haber sido realizadas en el último año. Si son más antiguas no se contabilizarán.</p> <p>Se incluyen pacientes con episodio abierto de HTA desde hace más de un año</p>	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	129, 69, 27, 119	

CÓDIGO 25		CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN POBLACIÓN DE RIESGO (CI, DM2, AVC/TIA, IRC)
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes >14 años, con diagnóstico de cardiopatía isquémica (CI), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), accidente vascular cerebral (AVC/TIA) y/o insuficiencia renal crónica (IRC), en los que la última determinación de la cifra de tensión arterial (TA) durante el periodo de evaluación es inferior a 140/90
	DENOMINADOR	Pacientes >14 años, con diagnóstico de cardiopatía isquémica (CI), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), accidente vascular cerebral (AVC/TIA) y/o insuficiencia renal crónica (IRC) con alguna visita en los últimos tres años
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	<p>El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años.</p> <p>Se excluyen los pacientes institucionalizados.</p>	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	119	
BIBLIOGRAFIA	119	

CÓDIGO 34		PACIENTES EN SEGUIMIENTO POR EPOC O ASMA: INTERVENCIÓN SOBRE HÁBITO TABÁQUICO
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) o ASMA (R96) y DGP "TABACO"= SI con el DGP "TIPO DE INTERVENCIÓN TABACO" realizado al menos una vez al año
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) o ASMA (R96), DGP "TABACO"= SI o DGP "NÚMERO DE CIGARRILLOS" > 0 en un periodo de tiempo y algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	27, 40, 44, 45, 174, 175	

CÓDIGO 36		SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES: DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HBA1C)
FORMULA	NUMERADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) en quienes consta realizado el DGP "HB A1C" en el último año
	DENOMINADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) y algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Se incluyen pacientes con episodio de diabetes que ha sido abierto hace más de un año. Se excluye la diabetes gestacional.	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	27, 40, 44, 45, 69, 113, 119, 120, 174, 175	

CÓDIGO 37		SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES: DETERMINACIÓN DE MICROALBUMINURIA
FORMULA	NUMERADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) en quienes consta realizado el DGP "MICROALBUMINURIA" en el último año
	DENOMINADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) y algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Se incluyen pacientes con episodio de diabetes que ha sido abierto hace más de un año. Se excluye la diabetes gestacional.	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	27, 40, 44, 45, 69, 120,174, 175	

CÓDIGO 39		SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES: EXPLORACIÓN DE FONDO DE OJO
FORMULA	NUMERADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) en quienes consta realizado el DGP "DFONDOOJ" o el DGP "FFOJOOFT" en los tres últimos años
	DENOMINADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) y algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Se incluyen pacientes con episodio de diabetes que ha sido abierto hace más de tres años. Se excluyen pacientes con ceguera (F94), retinopatía (F83), terminales (A99), inmovilizados (A28) y las personas dependientes (Z28). Se excluye la diabetes gestacional.	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	27, 40, 44, 45, 69, 113, 119, 120, 127, 174, 175	

CÓDIGO 45		SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES: GRADO DE CONTROL DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HB A1C)
FORMULA	NUMERADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) en quienes la última determinación del DGP "HB A1C" cumple el criterio de inclusión
	DENOMINADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) con algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	<p>Criterio de inclusión: el indicador se desglosa según la cifra de HBA1C en dos: HB A1C ≤ 7 y HB A1C >8.</p> <p>La determinación debe haber sido realizada en el último año. Si es más antigua no se contabilizará.</p> <p>Se incluyen pacientes con episodio de Diabetes que ha sido abierto hace más de un año.</p> <p>Se excluyen los pacientes diabéticos con una edad igual o superior a los 80 años. Se excluye la diabetes gestacional.</p>	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	27, 40, 69, 120, 129	

CÓDIGO 46		SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES: GRADO DE CONTROL DE TENSIÓN ARTERIAL
FORMULA	NUMERADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) en quienes el promedio de las tres últimas tomas del DGP "TAS" y el promedio de las tres últimas tomas del DGP "TAD" cumplen criterios de inclusión
	DENOMINADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) con algún registro en el periodo de Evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	<p>Criterios de inclusión: el indicador se desglosa según las cifras de tensión arterial en dos, TA $\leq 130/80$ y TA $>150/90$.</p> <p>Las determinaciones deben haber sido realizadas en el último año. Si son más antiguas no se contabilizarán.</p> <p>Se incluyen pacientes con episodio de diabetes que ha sido abierto hace más de un año. Se excluye la diabetes gestacional.</p>	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	27	

CÓDIGO 47		SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES: GRADO DE CONTROL DE COLESTEROL LDL
FORMULA	NUMERADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) en quienes la última determinación del DGP "COLESTEROL LDL" en el último año cumple el criterio de inclusión
	DENOMINADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) y algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	<p>Criterio de inclusión: el indicador se desglosa según la cifra de Colesterol LDL en dos: Colesterol LDL<100 y Colesterol LDL>130.</p> <p>La determinación debe haber sido realizada en el último año. Si es más antigua no se contabilizará.</p> <p>Se incluyen pacientes con episodio de diabetes que ha sido abierto hace más de un año. Se excluye la diabetes gestacional.</p>	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	27, 69	

CÓDIGO 60		DIAGNÓSTICO DE ASMA, ESPIROMETRÍA
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes >14 años, diagnosticados de asma durante el periodo de evaluación, en los que se ha realizado una espirometría con prueba broncodilatadora (PBD)
	DENOMINADOR	Pacientes >14 años, diagnosticados de asma durante el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	<p>El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años.</p> <p>Se excluyen los pacientes institucionalizados.</p>	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	119	
BIBLIOGRAFIA	40, 69, 113, 120, 174, 175	

CÓDIGO 64		PACIENTES EN SEGUIMIENTO POR EPOC: REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍA
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) con el DGP “ESPIROMETRÍA” realizado al menos una vez en los últimos dos años
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) con algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Se incluyen pacientes con episodio activo de EPOC que ha sido abierto hace más de dos años.	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	27, 40, 44, 69, 120, 174, 175	

CÓDIGO 66		PACIENTES EN SEGUIMIENTO POR EPOC O ASMA: CONSEJO SOBRE USO ADECUADO DE INHALADORES
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) o ASMA (R96) en quienes consta realizado el DGP “técnica/sistema inhalación m” en un periodo de tiempo
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) o ASMA (R96) con algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	40, 44, 69, 113, 119, 175	

CÓDIGO 69		VALORACIÓN DE LA COMPLEJIDAD DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA
FORMULA	NUMERADOR	Población >14 años, incluida en el programa de atención domiciliaria, en que se ha valorado dependencia (escala Barthel), el estado cognitivo (test Pfeiffer o cualquier otro test que evalúe el estado cognitivo) y el riesgo social, o bien que se haya evaluado la complejidad al menos una vez en el periodo de estudio
	DENOMINADOR	Población >14 años, incluida en el programa de atención domiciliaria
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	<p>El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años.</p> <p>Se excluyen los pacientes institucionalizados y los pacientes con demencia para la valoración del estado cognitivo.</p>	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	119	
BIBLIOGRAFIA	40, 50, 69, 174	

PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES: VALORACIÓN ENFERMERA DE LA SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR Y LA IDENTIFICACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL		
CÓDIGO 70		
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes en los que hay constancia de valoración enfermera que incluya la situación sociofamiliar (DGP "CREDAPYF" y "BSECON")* y la identificación del cuidador principal DGP "CONVIVIENTES" en el periodo de evaluación (último año)
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28), con el DGP "TEST. VAL. FUNCIONAL BARTHEL" < 60 y algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	27, 44, 69, 175	

CÓDIGO 71		PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES: VALORACIÓN ENFERMERA QUE INCLUYA ALIMENTACIÓN, ELIMINACIÓN, MOVILIDAD, HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y NIVEL DE CONCIENCIA
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes en los que hay constancia de al menos una valoración enfermera, en el último año, que incluya el registro de los DGPs “DNUTRIC” <ESTADO NUTRICIONAL>, “CESTREÑI” <ESTREÑIMIENTO>, “FECALOMA” <FECALOMAS> y “DPNORTON” <PUNTUACIÓN NORTON>
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28), con el DGP “TEST. VAL. FUNCIONAL BARTHEL” < 60 y algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	44, 45	

CÓDIGO 73		PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES: VALORACIÓN DEL RIESGO DE ULCERACIÓN
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28) que al menos tiene un registro en el DGP “PUNTUACIÓN NORTON” en el periodo de evaluación (último año)
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28), con el DGP “TEST. VAL. FUNCIONAL BARTHEL” < 60 y algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	50	

CÓDIGO 75		PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES: PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28) con episodio de UPP (S97), en el periodo de evaluación (último año)
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28), con el DGP "TEST. VAL. FUNCIONAL BARTHEL" < 60 y algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Se excluyen los pacientes institucionalizados con personal de enfermería propio en la institución. La valoración Barthel < 60 puede haberse registrado antes del periodo de evaluación.	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	119	

CÓDIGO 76		PACIENTES CON CUIDADOS PALIATIVOS: IDENTIFICACIÓN DE LA VOLUNTAD DEL PACIENTE
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes con DGP "CUIDADOS PALIATIVOS" = PALIATIVOS con el DGP "VOLUNTADES ANTICIPADAS" en un año
	DENOMINADOR	Pacientes con DGP "CUIDADOS PALIATIVOS" = SÍ con algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	45	

CÓDIGO 89		CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX
FORMULA	NUMERADOR	Mujeres entre 29 y 65 años en quienes conste realizado el DGP "CITOLOGÍA VAGINAL" en los últimos 5 años
	DENOMINADOR	Mujeres entre 29 y 65 años con algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	<p>En el DGP "CITOLOGÍA VAGINAL" se registra el resultado de la prueba - no la solicitud - por ello se retrasa el límite inferior de edad hasta los 29 años.</p> <p>El indicador se desagrega en dos tramos de edad: ≤ 34 años y de 35 a 65 años.</p>	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	40, 44, 45, 69, 113, 127, 173, 174, 175	

3.- FICHAS DESCRIPTIVAS DE LOS INDICADORES DE RECOMENDACIÓN DUDOSA

CÓDIGO 6		PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ESTATINAS: PREVENCIÓN SECUNDARIA
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes con episodio de CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) o ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (K92) o ACV (K90) o AIT (K89) en tratamiento con Estatinas
	DENOMINADOR	Total de Pacientes con cualquiera de los diagnósticos anteriores con algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Fármacos del grupo Estatinas (C10AA) que entran en el cálculo del indicador: lovastatina, simvastatina, pravastatina, fluvastatina, atorvastatina, rosuvastatina y pitavastatina. Se excluyen los pacientes pertenecientes a mutuas.	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica / Receta Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	129	

CÓDIGO 7		CONTROL LIPÍDICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ACV O AIT
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes >14 años, con diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACV) o accidente isquémico transitorio (AIT) en los que la última determinación de LDL dentro del periodo de evaluación LDLCoL<120mg/dl
	DENOMINADOR	Pacientes >14 años, con diagnóstico de ACV o AIT con alguna visita en los últimos tres años
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años. Se excluyen pacientes institucionalizados.	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	119	
BIBLIOGRAFIA	129	

CÓDIGO 9		PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN TRATAMIENTO CON ANTIAGREGANTES
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes con episodio de CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) o ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (K92) o ACV (K90) o AIT (K89) en tratamiento con antiagregantes
	DENOMINADOR	Total de Pacientes con cualquiera de los diagnósticos anteriores con algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	<p>Los fármacos antiagregantes con los que se calcula el indicador son los correspondientes al grupo terapéutico con código ATC B01AC "Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluida heparina", excepto cilostazol (B01AC23).</p> <p>K90 incluye accidentes cerebrovasculares hemorrágicos.</p>	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica / Receta Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	27, 113, 119, 129	

CÓDIGO 12		PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes en TRATAMIENTO CON DICUMARÍNICOS que tienen el DGP "Aceptación de TAO ambulatorio" = Sí en un periodo de tiempo
	DENOMINADOR	Pacientes en TRATAMIENTO CON DICUMARÍNICOS con algún registro en el periodo evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Los fármacos que contempla el indicador son acenocumarol (Sintrom®) (B01AA07) y warfarina (B01AA03). Se excluyen los pacientes pertenecientes a mutuas.	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica / Receta electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	120, 129	

CÓDIGO 15		PACIENTES CON ISQUEMIA CORONARIA EN TRATAMIENTO CON BETABLOQUEANTES
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes con episodio de CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) en tratamiento con betabloqueantes (C07*)
	DENOMINADOR	Total de Pacientes con cualquiera de los diagnósticos anteriores con algún registro en el periodo de Evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	<p>Los fármacos betabloqueantes con los que se calcula el indicador son los correspondientes al grupo terapéutico con código ATC C07*</p> <p>Se excluyen los pacientes pertenecientes a mutuas</p>	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica. Receta electrónica.	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	27, 119, 120, 129, 174	

CÓDIGO 29		PACIENTES EN SEGUIMIENTO POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA O ASMA A QUIEN NO SE HA PREGUNTADO POR CONSUMO DE TABACO
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) o Asma (R96) en quienes no consta realizado el DGP "TABACO" en los últimos 2 años
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) o Asma (R96) con algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	27, 40, 44, 45, 113, 119, 174	

CÓDIGO 31		PACIENTES EN SEGUIMIENTO POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR O FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR A QUIEN NO SE HA PREGUNTADO POR CONSUMO DE TABACO
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) o ACV (K90) o AIT (K89) o ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (K92) o DIABETES (T90) o , HIPERCOLESTEROLEMIA (T93) o HTA NO COMPLICADA en quienes no consta realizado el DGP "TABACO" en los últimos dos años
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) o ACV (K90) o AIT (K89) o ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (K92) o DIABETES (T90) o, HIPERCOLESTEROLEMIA (T93) o HTA NO COMPLICADA con algún registro en el periodo de Evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	27, 119, 174	

CÓDIGO 38		SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES: EXPLORACIÓN DE PULSOS DISTALES
FORMULA	NUMERADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) en quienes consta realizado el DGP "PULSOS PERIFERICOS" en el último año
	DENOMINADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) y algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Se incluyen pacientes con episodio de diabetes que ha sido abierto hace más de un año. Se excluye la diabetes gestacional.	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	27, 40, 44, 45, 69, 113, 119, 120, 175	

CÓDIGO 43		MEDICIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA, PESO, TABACO EN PACIENTES DIABÉTICOS
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de diabetes (T89/T90) en quienes se haya registrado una medición de TAS,PESO,TABACO en una ventana de 5 años y que esta sea posterior al diagnóstico de obesidad
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de diabetes (T89/T90) con algún registro en el último año
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	120	
BIBLIOGRAFIA	27, 44, 69, 113, 120, 174, 175	

CÓDIGO 55		VACUNACIÓN ANTIGRIPEAL: POBLACIÓN < 65 AÑOS PERTENECIENTE A DETERMINADOS GRUPOS DE RIESGO
FORMULA	NUMERADOR	Población de 15 a 65 años con la vacuna de la GRIPE administrada en la última campaña y diagnóstico de EPOC (R95), ASMA (R96), CARDIOPATIA (K74, K75, K76 o K77), DIABETES (T90), VIH (B90), OBESIDAD (IMC>40) o EMBARAZO (W76, W78, W79, W80, W81 y W84)
	DENOMINADOR	Población de 15 a 65 años con los diagnósticos mencionados, y algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Al ser una vacuna de renovación anual no se admite como excepción el registro del campo "correctamente vacunado".	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	119, 174, 175	

CÓDIGO 56		VACUNACIÓN NEUMOCÓCICA A PACIENTES PERTENECIENTES A DETERMINADOS GRUPOS DE RIESGO
FORMULA	NUMERADOR	Pacientes de 5 a 59 años con factores de riesgo y administración de vacuna
	DENOMINADOR	Pacientes de 5 a 59 años con factores de riesgo
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Factores de riesgo según calendario vacunal en cada comunidad autónoma.	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	173	
BIBLIOGRAFIA	40, 44, 45, 50, 174, 175	

CÓDIGO 58		COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA EN MAYORES DE 39 AÑOS
FORMULA	NUMERADOR	Población >39 años, en la que el estado vacunal para el tétanos y difteria es correcta según el calendario vacunal vigente (dosis en los últimos 25 años)
	DENOMINADOR	Población >39 años
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años.	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	119	
BIBLIOGRAFIA	40, 50, 69, 119, 174, 175	

CÓDIGO 77		PACIENTES CON CUIDADOS PALIATIVOS: SEGUIMIENTO EN DOMICILIO
FORMULA	NUMERADOR	Número de visitas al domicilio realizadas en un periodo de tiempo a pacientes con DGP "CTIPCUID" = PALIATIVOS
	DENOMINADOR	Total de pacientes con DGP "CTIPCUID" = PALIATIVOS en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	174	

CÓDIGO 90		PACIENTES CON CUIDADOS PALIATIVOS: SEGUIMIENTO EN DOMICILIO
FORMULA	NUMERADOR	Mujeres entre 50 y 69 años en quienes conste realizado el DGP "MAMOGRAFÍA DESPISTAJE" en los últimos 2 años
	DENOMINADOR	Mujeres entre 50 y 69 años con algún registro en el periodo de evaluación
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	En el DGP "MAMOGRAFÍA DESPISTAJE" se registra el resultado de la prueba - no la solicitud - por ello se retrasa el límite inferior de edad a los 52 años.	
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica Electrónica	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No se contempla ajuste de riesgos	
ORIGEN DEL INDICADOR	50	
BIBLIOGRAFIA	40, 44, 45, 113, 129, 174, 175	

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

2.- LISTADO DE INDICADORES SOMETIDOS AL PANEL DE EXPERTOS

2.1.- LISTADO DE LOS INDICADORES RECOMENDADOS

CÓDIGO	NOMBRE
1	Tasa de cesáreas tras excluir partos con alto riesgo de cesáreas
4	Casos de traumatismo en el nacimiento, lesión a neonatos por 1.000 nacidos vivos
14	Tasa de mortalidad en pacientes ingresados por ictus en las primeras 24-48 horas
19	Tasa de mortalidad en pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio durante 30 días de ingreso en el mismo hospital
20	Tasa de mortalidad en pacientes ingresados por IAM en las primeras 24-48 horas
22	Pacientes con infarto agudo de miocardio a los que se les ha prescrito beta bloqueantes al alta
23	Tasa de Mortalidad Hospitalaria por Infarto de Miocardio en adultos
24	Tasa de mortalidad por cirugía de revascularización coronaria
26	Readmisión no programada por fallo cardíaco y shock o condición relacionada
27	Reintervenciones de bypass de arteria coronaria con injerto en menos de 6 meses desde el alta
28	Mortalidad en angioplastia coronaria transluminal percutánea
30	Repetición de ACTP antes de 30 días tras el alta
31	Tasa de embolismo pulmonar masiva o trombosis venosa profunda tras intervenciones quirúrgicas
32	Casos de reacciones transfusionales por 1.000 altas
35	Porcentaje de complicaciones quirúrgicas en los primeros 30 días tras colecistectomía programada
37	Altas con cuerpo extraño accidental durante un procedimiento por 1.000 altas
38	Casos de hematoma o hemorragia por 1.000 altas quirúrgicas
41	Casos de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar por 1.000 altas quirúrgicas
42	Casos de sepsis por 1.000 intervenciones programada con estancia superior a 4 días
43	Casos de nueva sutura por apertura postquirúrgica de la pared abdominal por 1.000 casos de cirugía abdominopélvica
45	Tasa de Mortalidad por Cirugía General
46	Tasa de Mortalidad perioperatoria
49	Mortalidad pediátrica por cirugía cardíaca
50	Mortalidad por craneotomía (excepto trauma)
56	Readmisión post-Cirugía Mayor Ambulatoria
58	Complicaciones de anestesia
60	Sepsis postoperatoria
61	Error en el tipo de sangre
62	Cirugía de sitio equivocado
63	Casos de sobredosis anestésica, reacción, o pérdida del tubo endotraqueal por 1.000 altas quirúrgicas

CÓDIGO	NOMBRE
65	% de infecciones nosocomiales en todos los pacientes
66	Neumonía en pacientes con ventilación mecánica
67	Infección de herida
68	Infección secundaria a atención sanitaria
70	Casos por úlceras de decúbito por 1.000 altas con estancia superior a 4 días
73	Pneumotorax iatrógeno
74	Pneumotorax iatrógeno por colocación de vía central
75	Fallecimientos en hospital por 1.000 pacientes en GRDs con mortalidad menor de 0,5%
79	% de reintervenciones de artroplastia total de cadera antes de 2 años
80	Eventos adversos ocurridos antes de 30 días tras artroplastia de rodilla o cadera
84	Tasa de Mortalidad por cirugía de fractura de cadera (en mayores de 65 años)
85	Readmisión por tratamiento post-fractura de cadera
86	Mortalidad por Pneumonía
91	Readmisión por neumonía simple
93	Mortalidad por complicaciones respiratorias que requieren de ventilación asistida (ventilación mecánica)
94	Readmisión en Unidad de Cuidados Intensivos
95	Admisión en Urgencias hasta 28 días después de alta médica en cualquier servicio
96	Readmisión en Urgencias en las primeras 72 horas

2.2- LISTADO DE LOS INDICADORES DUDOSOS

CÓDIGO	NOMBRE
2	Cesáreas en gestantes primíparas sin complicaciones
6	Casos de trauma obstétrico (laceraciones de 3° o 4° grado) por 1.000 partos vaginales sin instrumentalización
8	Readmisión por tratamiento post-histerectomía
9	Tasa de cesáreas
17	Readmisión por tratamiento de Ictus
21	Porcentaje de pacientes con fallo cardíaco que fallecen o son readmitidos antes de los 30 días siguientes al alta
25	Tasa de mortalidad por insuficiencia cardíaca congestiva
33	Porcentaje de intervenciones de cirugía mayor ambulatoria realizadas por día en un hospital
40	Casos de insuficiencia respiratoria aguda por 1.000 altas quirúrgicas electivas
51	Mortalidad en pacientes sometidos a reparación de aneurisma aórtico abdominal
52	Readmisión por tratamiento post-prostatectomía
53	Readmisión post- cirugía de cataratas
54	Readmisión post- cirugía de glaucoma
55	Readmisión post- cirugía de desprendimiento de retina
59	Fracturas de cadera postquirúrgica
72	Mortalidad para personas con trastornos psiquiátricos severos
76	Tasa de Mortalidad
77	Mortalidad por Hemorragia Gastrointestinal
81	% de fracturas de fémur en pacientes \geq 65 años sometidos a artroplastia
82	Casos de fractura de cadera en pacientes hospitalizados por 1.000 altas quirúrgicas

2.3.- LISTADO DE LOS INDICADORES NO RECOMENDADOS

CÓDIGO	NOMBRE
3	Eventos adversos después de histerectomía
5	Casos de trauma obstétrico (laceraciones de 3° o 4° grado) por 1.000 partos vaginales instrumentalizados
7	Casos de trauma obstétrico (laceraciones de 3° o 4° grado) por 1.000 cesáreas
10	Trauma obstétrico vaginal
11	Trauma obstétrico en cesárea
12	Problemas con el parto
13	Tasa de mortalidad en pacientes ingresados por ictus durante 30 días de ingreso en el mismo hospital
15	Tasa de Mortalidad por Ictus (en mayores de 65 años)
16	Tasa de Mortalidad Hospitalaria por Ictus en adultos
18	Porcentaje de pacientes mayores de 50 años dados de alta a su residencia habitual dentro de los 56 días desde su ingreso por Ictus
29	Bypass de arteria coronaria con injerto después de ACTP
34	Porcentaje de intervenciones por día de hernia inguinal
36	Porcentaje de pacientes intervenidos antes de los 14 días de estenosis sintomática de arteria carótida
39	Casos de trastornos metabólicos o fisiológicos específicos por 1.000 altas de procedimientos quirúrgicos
44	Casos de dificultad técnica (ej. Corte accidental, laceración) por 1.000 informes
47	Mortalidad en pacientes sometidos a resección esofágica por cáncer de esófago
48	Mortalidad en pacientes sometidos a resección pancreática
57	Porcentaje de apendicectomía incidental en pacientes mayores de 65 años
64	Porcentaje de reintervenciones de tumor rectal antes de los 30 días siguientes a la primera intervención
69	Fallecimientos por 1.000 pacientes que han desarrollado complicaciones específicas de cuidados durante la hospitalización
71	Reingresos hospitalarios para pacientes psiquiátricos
78	Mortalidad por sida
83	Porcentaje de pacientes mayores de 65 años dados de alta a su residencia habitual dentro de los 28 días desde su ingreso por fractura de cadera (fémur proximal)
87	Mortalidad por Infección respiratoria e inflamación
88	Mortalidad por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
89	Readmisión para tratamiento por asma
90	Readmisión por infección respiratoria
92	Nº de amputaciones por primera vez por encima del tobillo entre 1.000 pacientes diabéticos

2.- FICHAS DESCRIPTIVAS DE LOS INDICADORES RECOMENDADOS EN HOSPITALES

CÓDIGO 1		TASA DE CESÁREAS TRAS EXCLUIR PARTOS CON ALTO RIESGO DE CESÁREAS
JUSTIFICACIÓN	La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos que más ha incrementado en los países desarrollados en los últimos años. En España, las tasas de cesáreas alcanzan cifras superiores a las de las recomendaciones de la OMS. Una atención de calidad supone que los procedimientos quirúrgicos se realizarán cuando estén indicados. Una evaluación de las mujeres sin riesgos y en mejores condiciones para la gestación que han recibido este procedimiento quirúrgico como finalización de su gestación mejorará la calidad asistencial prestada	
FORMULA	NUMERADOR	Nº de partos por cesárea X 100
	DENOMINADOR	Nº total de partos
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Exclusiones: partos antes de la semana 37, muerte fetal, gestaciones múltiples, parto en podálica, presentación anómala (según códigos CIE-10: O30 (O30.0, O30.1, O30.2, O30.8, O30.9) O31.1, O32.1, O32.2, O32.3, O32.5, O36.4, O60, O63.2, O64.5, O66.1, O75.6, O81, P01.5, Z37.1, Z37.2, Z37.3, Z37.4, Z37.5, Z37.6, Z37.7). Inclusiones según códigos CIE-9: 74, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99, según CIE-10: O82	
FUENTE DE DATOS	CMDB	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	No precisa	
ORIGEN DEL INDICADOR	179	
BIBLIOGRAFIA	2, 72, 84	

CÓDIGO 4		CASOS DE TRAUMATISMO EN EL NACIMIENTO, LESIÓN A NEONATOS POR 1000 NACIDOS VIVOS
JUSTIFICACIÓN		Los partos constituyen uno de los procesos más frecuentes en los hospitales, algunos de ellos se realizan mediante instrumentación o manipulaciones que pueden causar daño a los recién nacidos. Una mayor habilidad en el manejo de partos en general y de las maniobras instrumentales en particular conducen a un menor número de eventos adversos en los recién nacidos.
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con códigos CIE-9 para traumatismo al nacimiento como cualquier diagnóstico x 1000
	DENOMINADOR	Nº de neonatos de 0 a 28 días con códigos CIE-9 para nacimientos en hospital
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Exclusiones: niños con: hemorragia subdural o cerebral y códigos de diagnóstico de recién nacido pre-término (peso inferior a 2.500 gr y menos de 37 semanas de gestación o menos de 34 semanas de gestación), lesión ósea (767.3, 767.4) y código de diagnóstico de osteogénesis imperfecta (756.51)
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Proceso
AJUSTE DE RIESGOS		-
ORIGEN DEL INDICADOR		149
BIBLIOGRAFIA		52, 61, 115

CÓDIGO 14		TASA DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS EN LAS PRIMERAS 24-48 HORAS
JUSTIFICACIÓN		La mortalidad en las primeras 24-48 horas es uno de los resultados claves de la atención a los enfermos con ICTUs y muy relacionado con los recursos disponibles, con los procesos organizativos e atención a estos enfermos y con las habilidades en el manejo de los casos.
FORMULA	NUMERADOR	Nº de pacientes fallecidos por ICTUS en las primeras 24-48 horas del ingreso X 100
	DENOMINADOR	Nº total de pacientes ingresados por ICTUS
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		ICTUS (códigos CIE-9 430-434,436-438) (CIE-10 I60-I69)
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Ajustado por edad, sexo, comorbilidad (DM, HTA, enfermedad coronaria, fallo cardiaco, neumonía, infecciones urinarias relacionadas con sondaje, LPP, otras causas presentes en el ingreso), gravedad.
ORIGEN DEL INDICADOR		67
BIBLIOGRAFIA		4, 5, 6

CÓDIGO 19		MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DURANTE 30 DÍAS DE INGRESO EN EL MISMO HOSPITAL
JUSTIFICACIÓN		La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de mortalidad en el mundo occidental. Existen cada vez mejores opciones terapéuticas que deben aplicarse de forma precoz. La mortalidad por esta causa está potencialmente relacionada con la calidad de la atención sanitaria recibida.
FORMULA	NUMERADOR	Número de fallecimientos en el hospital que ocurren antes de 30 días del ingreso primario por IAM x 100
	DENOMINADOR	Número total de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico principal IAM
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Inclusiones: según CIE-9: 410; según CIE-10: 121, 122
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Ajustado por edad, sexo, comorbilidad (DM, HTA, enfermedad coronaria, fallo cardiaco, neumonía, infecciones urinarias relacionadas con sondaje, LPP, otras causas presentes en el ingreso), gravedad.
ORIGEN DEL INDICADOR		67
BIBLIOGRAFIA		19, 92

CÓDIGO 20		MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR IAM EN LAS PRIMERAS 24-48 HORAS
JUSTIFICACIÓN		La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de mortalidad en el mundo occidental y se prevé que vaya en aumento. Se aplican técnicas cada vez mejores y de forma más precoz. Los protocolos de actuaciones aplicando los recursos de la forma efectiva mejoran el resultado. La mortalidad por esta causa está potencialmente relacionada con la atención sanitaria recibida sobretodo en las primeras horas.
FORMULA	NUMERADOR	Número de fallecimientos en el hospital que ocurren en las primeras 24-48 horas tras el ingreso primario por IAM x 100
	DENOMINADOR	Número total de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico principal IAM
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Inclusiones: según CIE-9: 410, según CIE-10: 121, 122
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Ajustado por edad, sexo, comorbilidad (DM, HTA, enfermedad coronaria, fallo cardiaco, neumonía, infecciones unrinarias relacionadas con sondaje, lesiones por presión, otras causas presentes en el ingreso), gravedad.
ORIGEN DEL INDICADOR		67
BIBLIOGRAFIA		127, 159, 170

CÓDIGO 22		PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO A LOS QUE SE LES HA PRESCRITO BETA BLOQUEANTES AL ALTA
JUSTIFICACIÓN		Existe evidencia de la efectividad del uso continuado de beta bloqueantes en pacientes que han sufrido IAM para reducir la morbilidad y la mortalidad. Las guías recomiendan el tratamiento a largo plazo con beta bloqueantes para la prevención secundaria de complicaciones en este tipo de pacientes.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes con IAM a los que se les prescribe beta bloqueantes al alta x 100
	DENOMINADOR	Número total de pacientes con IAM
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		<p>Inclusiones: según CIE-9 para diagnósticos al alta: 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 y registro de fracción de eyección del ventrículo izquierdo < 40 % o registro de disfunción sistólica ventricular moderada o severa.</p> <p>Exclusiones: menores de 18 años, estancia del ingreso > 120 días, pacientes que participan en ensayos clínicos, dados de alta a otro hospital, alta voluntaria, pacientes fallecidos, alta a domicilio para cuidados paliativos, alta a centro para cuidados paliativos, registro de no administrar beta bloqueantes.</p>
FUENTE DE DATOS		<p>Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).</p> <p>Historia Clínica o informe de alta.</p>
TIPO DE INDICADOR		Proceso
AJUSTE DE RIESGOS		No precisa
ORIGEN DEL INDICADOR		92
BIBLIOGRAFIA		17, 102, 145

CÓDIGO 23		TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA POR INFARTO DE MIOCARDIO EN ADULTOS
JUSTIFICACIÓN		La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de mortalidad en el mundo occidental y se prevé que vaya en aumento. Se aplican técnicas cada vez mejores y de forma más precoz. Los protocolos de actuaciones aplicando los recursos de la forma efectiva mejoran el resultado. La mortalidad por esta causa está potencialmente relacionada con la atención sanitaria recibida sobretodo en las primeras horas.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico primario de Infarto de Miocardio
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Ajustado por edad, sexo, comorbilidad (DM, HTA, enfermedad coronaria, fallo cardíaco, neumonía, infecciones urinarias relacionadas con sondaje, lesiones por presión, otras causas presentes en el ingreso), gravedad.
ORIGEN DEL INDICADOR		34
BIBLIOGRAFIA		127, 159, 170

CÓDIGO 24		TASA DE MORTALIDAD POR CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA
JUSTIFICACIÓN		Es uno de los indicadores más utilizados en relación con resultados de procedimientos. La revascularización coronaria es un procedimiento bastante frecuente que requiere el uso de equipos técnicos complejos y de preparación adecuada que si no se hacen de la forma adecuada pueden originar complicaciones importantes como la muerte
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 40 años intervenidos con un procedimiento de revascularización coronaria.
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Ajustado por edad, sexo, comorbilidad y riesgo de base (función cardíaca, gravedad de la afección coronaria y urgencia)
ORIGEN DEL INDICADOR		34
BIBLIOGRAFIA		80

CÓDIGO 26	READMISIÓN NO PROGRAMADA POR FALLO CARDIACO Y SHOCK O CONDICIÓN RELACIONADA
JUSTIFICACIÓN	Las readmisiones hospitalarias tienen lugar principalmente en los primeros 30 días tras el alta. Muchas de ellas son prevenibles al estar relacionadas con una peor estabilización de los pacientes durante la hospitalización o por un fallo en la continuidad de los cuidados tras el alta.
FORMULA	Número de pacientes con reingreso no programado en hospital a los 15/30 días de haber sido dados de alta por fallo cardíaco, shock o condición relacionada. (hay varios GRD asociados: 127,140)
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).
FUENTE DE DATOS	CMBD
TIPO DE INDICADOR	Resultado
AJUSTE DE RIESGOS	Edad, Sexo, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR	34
BIBLIOGRAFIA	63, 93, 153, 163, 189

CÓDIGO 27	REINTERVENCIONES DE BYPASS DE ARTERIA CORONARIA CON INJERTO EN MENOS DE 6 MESES	
JUSTIFICACIÓN	La revascularización coronaria es un procedimiento bastante frecuente que requiere el uso de equipos técnicos complejos y de preparación adecuada que si no se hacen de la forma adecuada pueden originar complicaciones importantes , entre ellas la necesidad de repetir el procedimiento o la muerte. Las reintervenciones suelen ser mucho má complejas y entrañan un mayor riesgo de mortalidad.	
FORMULA	NUMERADOR	Nº de pacientes con reintervenciones de bypass de arteria coronaria con injerto en menos de 6 meses desde el alta x 100
	DENOMINADOR	Nº de altas de bypass de arteria coronaria con injerto
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	-	
FUENTE DE DATOS	CMBD	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	Gravedad del paciente	
ORIGEN DEL INDICADOR	102	
BIBLIOGRAFIA	86, 107, 122	

CÓDIGO 28		MORTALIDAD EN ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA
JUSTIFICACIÓN		La angioplastia coronaria transluminal percutánea es un procedimiento frecuente para solucionar problemas obstructivos en las arterias coronarias proximales en pacientes con enfermedad coronaria. Suele acompañarse de la colocación de stents para evitar la restenosis. La supervivencia a los cinco años suele ser del 86,5-92,9 % . Para que la técnica pueda considerarse exitosa debe lograrse la revascularización sin complicaciones graves, como la muerte, el infarto o la necesidad de cirugía coronaria urgente. La mortalidad hospitalaria tras cirugía puede variar entre unos hospitales y otros de un 1 a un 7 %, en función de cuestiones técnicas y organizativas.
FORMULA	NUMERADOR	Nº de fallecimientos en hospital en pacientes con ACTP x 100
	DENOMINADOR	Nº de ACTP realizadas
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	ACTP: angioplastia coronaria transluminal percutánea	
FUENTE DE DATOS	CMBD	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	Gravedad del paciente	
ORIGEN DEL INDICADOR	102	
BIBLIOGRAFIA	23, 66, 110	

CÓDIGO 30		REPETICIÓN DE ACTP ANTES DE 30 DÍAS TRAS ALTA
JUSTIFICACIÓN		La angioplastia coronaria transluminal percutánea es un procedimiento frecuente para solucionar problemas obstructivos en las arterias coronarias proximales en pacientes con enfermedad coronaria. Suele acompañarse de la colocación de stents para evitar la restenosis. La supervivencia a los cinco años suele ser del 86,5-92,9 % . Para que la técnica pueda considerarse exitosa debe lograrse la revascularización sin complicaciones graves, como la muerte, el infarto o la necesidad de cirugía coronaria urgente. Entre los factores que pueden influir en la necesidad de una repetición de la técnica a los 30 días se encuentran: la indicación correcta de la técnica, la elección y colocación de los stents y el seguimiento y control clínico correcto (toma de aspirina, betabloqueantes, rehabilitación cardíaca, etc).
FORMULA	NUMERADOR	Nº de pacientes que han tenido una segunda ACTP realizada antes de 30 días tras el alta X 100
	DENOMINADOR	Nº de ACTP realizadas
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	-	
FUENTE DE DATOS	CMBD	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	Gravedad del paciente	
ORIGEN DEL INDICADOR	102	
BIBLIOGRAFIA	59, 161	

CÓDIGO 31		EMBOLISMO PULMONAR MASIVO O TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA TRAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
JUSTIFICACIÓN		El embolismo pulmonar y la trombosis venosa profunda son las complicaciones que más frecuentemente producen un incremento de la mortalidad postquirúrgica. Aunque estas complicaciones dependen de varios factores, se pueden disminuir su incidencia aplicando medidas concretas.
FORMULA	NUMERADOR	Número de embolismos pulmonares masivos o trombosis venosas profundas tras intervenciones quirúrgicas registradas como diagnóstico secundario x 100
	DENOMINADOR	Número total de intervenciones quirúrgicas en mayores de 18 años
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Inclusiones: según CIE-9: 41511, 41519, 45111, 45119, 4512, 45181, 4519, 45340, 45341, 45342, 4538, 4539; según CIE-10: I26.0, I26.9, I80.1, I80.2, I80.3, I80.8, I80.9, I82.8, I82.9. Exclusiones: según CIE-9: 387; según CIE-10: KPHB30, A34, F53, O00-O99, Z32-Z37, Z39, Z64.0, EPM o TVP como diagnóstico principal, cuando la interrupción de la vena cava es el único procedimiento quirúrgico, cuando la interrupción de la vena cava ocurre antes o el mismo día que la intervención principal, estancia menor de 2 días.
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		No precisa
ORIGEN DEL INDICADOR		67
BIBLIOGRAFIA		144, 149, 154

CÓDIGO 32		REACCIONES TRANSFUSIONALES
JUSTIFICACIÓN		En el proceso de la transfusión sanguínea intervienen varios profesionales, incrementando la posibilidad de error humano y con consecuencias importantes en morbilidad y mortalidad. En los últimos años se están implementando sistemas para disminuir este tipo de errores.
FORMULA	NUMERADOR	Número de altas con códigos CIE-9 para reacción transfusional como diagnóstico secundario en mayores de 18 años definidos por GRDs x 100
	DENOMINADOR	Número total de informes médicos o quirúrgicos en mayores de 18 años definidos por específicos GRDs
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Inclusiones en numerador: según CIE-9: 9996, 99960, 99961, 99962, 99963, 99969, 9997, 99970, 99971, 99972, 99973, 99974, E8760. Exclusiones en numerador: diagnóstico principal de reacción transfusional o diagnóstico secundario presente al ingreso, cuando faltan datos de sexo, edad, año o diagnóstico principal.
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		No precisa
ORIGEN DEL INDICADOR		149
BIBLIOGRAFIA		34, 121, 134

CÓDIGO 35		COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN LOS 30 DÍAS TRAS COLECISTECTOMÍA PROGRAMADA
JUSTIFICACIÓN	La colecistectomía es un procedimiento frecuente. En función de la técnica y la habilidades pueden obtenerse resultados que varíen la presentación de complicaciones, como hemorragias, fístulas, etc	
FORMULA	NUMERADOR	Nº de pacientes que tienen una o más complicaciones quirúrgicas en los primeros 30 días tras la colecistectomía X 100
	DENOMINADOR	Nº total de pacientes que fueron sometidos a colecistectomía programada
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Excluida cirugía urgente. Complicaciones a considerar: hemorragia, necrosis, fístula biliar, perforación de colon, lesión en el conducto biliar.	
FUENTE DE DATOS	CMBD	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	Comorbilidad	
ORIGEN DEL INDICADOR	179	
BIBLIOGRAFIA	179	

CÓDIGO 37		ALTAS CON CUERPO EXTRAÑO ACCIDENTAL DURANTE UN PROCEDIMIENTO POR 1.000 ALTAS
JUSTIFICACIÓN	El olvido de cualquier material en el lecho quirúrgico supone un evento adverso para el paciente claramente evitable y que puede dar lugar a complicaciones graves, desde la infección, la reintervención o incluso la muerte.	
FORMULA	Nº de altas con códigos CIE-9 para cuerpo extraño accidental durante un procedimiento como diagnóstico secundario X 1000	
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Exclusiones: pacientes con códigos CIE-9 para cuerpo extraño durante una intervención como diagnóstico principal	
FUENTE DE DATOS	CMBD	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	No precisa	
ORIGEN DEL INDICADOR	149	
BIBLIOGRAFIA	36	

CÓDIGO 38		HEMATOMA O HEMORRAGIA POSTQUIRÚRGICA
JUSTIFICACIÓN	Tras una intervención quirúrgica hay una serie de complicaciones que pueden presentarse, algunas de ellas son la hemorragia o el hematoma postquirúrgicos, pudiendo incluso requerir otra reintervención. Un adecuado control del paciente puede disminuir la progresión de estas complicaciones.	
FORMULA	NUMERADOR	Número de altas con códigos CIE-9 para hemorragia o hematoma postquirúrgicos como diagnóstico secundario y código para control postoperatorio de hemorragia o drenaje de hematoma respectivamente en cualquier procedimiento x 100
	DENOMINADOR	Número total de altas en pacientes mayores de 18 años definidos por GRDs específicos y código CIE-9 para procedimientos quirúrgicos
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Inclusiones en numerador: según CIE-9: ver ficha técnica. Exclusiones: códigos CIE-9 para hematoma o hemorragia postquirúrgica como diagnóstico principal, si la intervención es el control de la hemorragia o el drenaje del hematoma, si el control de la hemorragia o drenaje del hematoma ocurre antes de la primera intervención, gestación, parto y puerperio, ausencia de datos de sexo, edad, año o diagnóstico principal.	
FUENTE DE DATOS	Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	Sexo, edad, GRD, comorbilidad	
ORIGEN DEL INDICADOR	149	
BIBLIOGRAFIA	42, 49, 136	

CÓDIGO 41		TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA O EMBOLISMO PULMONAR POSTQUIRÚRGICOS
JUSTIFICACIÓN	El embolismo pulmonar y la trombosis venosa profunda son las complicaciones que más frecuentemente producen un incremento de la mortalidad postquirúrgica. Aunque estas complicaciones dependen de varios factores, se pueden disminuir su incidencia aplicando medidas concretas.	
FORMULA	NUMERADOR	Número de altas con códigos CIE-9 para TVP o EP como diagnóstico secundario x 100
	DENOMINADOR	Número total de informes quirúrgicos en pacientes mayores de 18 años definidos por GRDs específicos y código CIE-9 para procedimientos quirúrgicos
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Inclusiones en numerador: según CIE-9: 45111, 45119, 4512, 45181, 4519, 45340, 45341, 45342, 4538, 4539, 4151, 41511, 41513, 41519. Exclusiones: EPM o TVP como diagnóstico principal, cuando la interrupción de la vena cava (CIE-9 387) es el único procedimiento quirúrgico, cuando la interrupción de la vena cava ocurre antes o el mismo día que la intervención principal, si falta datos de sexo, edad, año o diagnóstico principal.	
FUENTE DE DATOS	Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	Sexo, edad, GRD, comorbilidad	
ORIGEN DEL INDICADOR	149	
BIBLIOGRAFIA	68, 95, 67	

CÓDIGO 42		SEPSIS POSTQUIRÚRGICA
JUSTIFICACIÓN		La sepsis es uno de los posibles eventos adversos que pueden aparecer tras una intervención quirúrgica. Un sistema de calidad en el control del paciente puede disminuir la progresión de las complicaciones.
FORMULA	NUMERADOR	Número de altas con código CIE-9 para sepsis como diagnóstico secundario X 100
	DENOMINADOR	Número total de altas quirúrgicas programadas en pacientes mayores de 18 años definidos por GRDs específicos y código CIE-9 para intervenciones quirúrgicas
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Inclusiones: según CIE-9: 0380, 0381, 03810, 03811, 03812, 03819, 0382, 0383, 78552, 78559, 9980, 99800, 99802, 03840, 03841, 03842, 03843, 03844, 03849, 0388, 0389, 99591, 99592. Exclusiones: con códigos CIE-9 para sepsis como diagnóstico principal o diagnóstico secundario al ingreso; con diagnóstico principal de infección o diagnóstico secundario al ingreso; inmunocomprometidos o cáncer, con gestación, parto o puerperio; con una estancia menor de 4 días, si faltan datos de sexo, edad, año o diagnóstico principal.
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Sexo, edad, GRD, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		179
BIBLIOGRAFIA		82, 123, 124, 149

CÓDIGO 43		CASOS DE NUEVA SUTURA POR APERTURA POSTQUIRÚRGICA DE LA PARED ABDOMINAL POR 1.000 CASOS DE CIRUGÍA ABDOMINOPÉLVICA
JUSTIFICACIÓN		La dehiscencia de sutura tras intervenciones en pared abdominal es una complicación que puede ser debida a problemas técnico o a infecciones posteriores y que puede ocasionar la necesidad de nuevas reintervenciones.
FORMULA	NUMERADOR	Nº de informes con códigos CIE-9 para nueva sutura de reapertura postquirúrgica de la pared abdominal (54.61) en cualquier procedimiento X 1000
	DENOMINADOR	Nº total de altas por cirugía abdominopélvica en mayores de 18 años
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Exclusiones: cuando un procedimiento de nueva sutura de la pared abdominal ocurre antes o el mismo día que la primera intervención abdominopélvica, con estancia menor de dos días, con estado inmunocomprometido, con embarazo, parto o puerperio
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Sexo, edad, GRD, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		149
BIBLIOGRAFIA		33

CÓDIGO 45		TASA DE MORTALIDAD POR CIRUGÍA GENERAL
JUSTIFICACIÓN	Algunas de las muertes tras cirugía pueden ser ocasionadas por un defectos en la técnica o en los cuidados asistenciales	
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador en las cuales el paciente muere en el hospital o hasta 29 días (inclusive) después del alta médica. X 100
	DENOMINADOR	Número de ingresos debidas a un procedimiento quirúrgico
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Existen dos variantes según la lista de procedimientos quirúrgicos clasificados en procedimientos electivos (A) o no electivos (B)	
FUENTE DE DATOS	CMBD	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	GRD refinados, Sexo, estrato edad	
ORIGEN DEL INDICADOR	34	
BIBLIOGRAFIA	54, 74, 178	

CÓDIGO 46		TASA DE MORTALIDAD PERIOPERATORIA
JUSTIFICACIÓN	Algunas de las muertes tras cirugía pueden ser ocasionadas por un defectos en la técnica o en los cuidados asistenciales	
FORMULA	NUMERADOR	Número de ingresos del denominador que concluyen en muerte del paciente durante su ingreso en el hospital, antes o después de la realización de un procedimiento quirúrgico x 100
	DENOMINADOR	Número de ingresos debidos a un procedimiento quirúrgico
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Se cuentan en el numerador las estancias con resultado de muerte desde el primer minuto de ingreso debido a procedimiento quirúrgico. Indicador de cuidados pre y post quirúrgicos	
FUENTE DE DATOS	CMBD	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	GRD refinados, Sexo, estrato edad	
ORIGEN DEL INDICADOR	34	
BIBLIOGRAFIA	54, 74, 178	

CÓDIGO 49		MORTALIDAD PEDIÁTRICA POR CIRUGÍA CARDIACA
JUSTIFICACIÓN		La cirugía cardíaca pediátrica requiere una alta especialización, habilidad, manejo de un equipo técnico muy complejo y cierto volumen de casos para que los resultados sean los más adecuados y no dar lugar a complicaciones como la arritmias, el fallo cardíaco congestivo o la muerte de niño.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso x 100
	DENOMINADOR	Número de altas de pacientes menores de 14 años sometidos a un procedimiento de cirugía cardíaca durante su estancia y/o con diagnóstico de síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Case mix
ORIGEN DEL INDICADOR		34
BIBLIOGRAFIA		188

CÓDIGO 50		MORTALIDAD POR CRANEOTOMÍA (EXCEPTO TRAUMA)
JUSTIFICACIÓN		La craneotomía es un procedimiento muy complejo que entraña una alta mortalidad cuando se practica en casos de hemorragia subaracnoidea o de aneurisma cerebral. Sin embargo, una mejor realización del proceso puede traducirse en menores tasas de mortalidad.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso x 100
	DENOMINADOR	Número de altas de pacientes mayores de 18 años que son sometidos a procedimiento quirúrgico de craneotomía. GRD001: craneotomía, excepto trauma
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Se excluirían a los pacientes sometidos a craneotomía debido a Trauma Cráneo-encefálico o derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Case mix
ORIGEN DEL INDICADOR		34
BIBLIOGRAFIA		13, 78, 103, 138

CÓDIGO 56		READMISIÓN POST-CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA
JUSTIFICACIÓN		La Cirugía Mayor Ambulatoria es una modalidad asistencial en la que se realizan procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario. Una de las señales que indican que el procedimiento no se ha desarrollado correctamente o que se ha producido alguna complicación es la necesidad de reingresar a los pacientes en el hospital.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que reingresan en las 48 horas posteriores al alta X 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes que han sido sometidos a un procedimiento de cirugía mayor ambulatoria
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Hay tres versiones de este indicador según lo que se produzca sea el contacto del paciente con Urgencias sin ingreso, el reingreso del paciente o se cuenten ambos
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Case mix
ORIGEN DEL INDICADOR		34
BIBLIOGRAFIA		58

CÓDIGO 58		COMPLICACIONES EN ANESTESIA
JUSTIFICACIÓN		Las complicaciones relacionadas con la asistencia en anestesia todavía son frecuentes, pero es complicado clasificarlas como prevenibles o no evitables. Sistemas de registros y de control de la asistencia pueden disminuir las consecuencias.
FORMULA	NUMERADOR	Número de altas con códigos CIE-9 para complicaciones en anestesia como diagnóstico secundario por 100
	DENOMINADOR	Número de altas quirúrgicas
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Exclusiones: pacientes con envenenamiento debido a anestésicos (E855.1, 968.1-4, 968.7) y diagnóstico de drogodependencia activa, abuso activo no dependiente de drogas o lesiones autoinfligidas.
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Proceso
AJUSTE DE RIESGOS		No precisa
ORIGEN DEL INDICADOR		123
BIBLIOGRAFIA		132, 136, 151

CÓDIGO 60		SEPSIS POSTOPERATORIA
JUSTIFICACIÓN		La sepsis postoperatoria es una complicación muy grave que incluso en los casos menos graves pueden requerir ingreso en una unidad de cuidados intensivos con una elevada morbimortalidad. La implementación de programas de control de infección hospitalaria puede disminuir su aparición.
FORMULA	NUMERADOR	Número de altas con códigos CIE-9 para sepsis como diagnóstico secundario x 100
	DENOMINADOR	Número de altas de cirugía programada
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Inclusiones: pacientes con estancia superior a 3 días. Exclusiones en denominador: infección como diagnóstico principal, cualquier situación de inmunodepresión o cáncer, todos los procesos obstétricos.
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		No precisa
ORIGEN DEL INDICADOR		123
BIBLIOGRAFIA		42, 136, 149

CÓDIGO 61		ERROR EN EL TIPO DE SANGRE
JUSTIFICACIÓN		La administración de sangre a un paciente equivocado sigue siendo la principal causa de reacciones transfusionales hemolíticas agudas y posible fallecimiento. Las reacciones debido a incompatibilidad ABO siguen siendo la causa principal de las muertes asociadas con las transfusiones. Hay sistemas para disminuir estos errores.
FORMULA	NUMERADOR	Número de reacciones transfusionales hemolíticas por incompatibilidad ABO x 100
	DENOMINADOR	Número total de transfusiones
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		No precisa
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Proceso
AJUSTE DE RIESGOS		No precisa
ORIGEN DEL INDICADOR		123
BIBLIOGRAFIA		3, 11, 182

CÓDIGO 62		CIRUGÍA DE SITIO EQUIVOCADO
JUSTIFICACIÓN		Este indicador se considera un indicador de suceso centinela, es decir, de un hecho inesperado que produce o puede producir muerte o lesión grave de índole física o psíquica. Es un suceso no tan infrecuente. Las causas principales son error en la falta de identificación del paciente, escasa o deficiente comunicación entre personal, errores en los registros y falta de procedimientos estandarizados. La OMS ha desarrollado un programa de implementación de la "Lista de verificación de la seguridad de la cirugía" para reforzar las prácticas en seguridad y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas médicas.
FORMULA	NUMERADOR	Nº de intervenciones en paciente equivocado, en localización equivocada del cuerpo, órgano equivocado X 1000
	DENOMINADOR	Nº total de intervenciones
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	-	
FUENTE DE DATOS	CMBD	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	-	
ORIGEN DEL INDICADOR	123	
BIBLIOGRAFIA	11, 15, 57	

CÓDIGO 63		COMPLICACIONES EN ANESTESIA
JUSTIFICACIÓN		Las complicaciones relacionadas con la asistencia en anestesia todavía son frecuentes, pero es complicado clasificarlas como prevenibles o no evitables. Sistemas de registros y de control de la asistencia pueden disminuir las consecuencias.
FORMULA	NUMERADOR	Número de altas con código CIE-9 para complicaciones anestésicas en cualquier campo de diagnóstico secundario x 100
	DENOMINADOR	Número de altas quirúrgicas, mayores de 18 años, definidos por GRDs específicos y códigos CIE-9 para intervenciones quirúrgicas
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Inclusiones en numerador: según CIE-9: E8763, E9381, 9382, 9383, 9384, 9385, 9386, 9387, 9389, 9681, 9682, 9683, 9684, 9687, E8551. Exclusiones: diagnósticos con códigos CIE-9 para complicaciones anestésicas como diagnóstico principal, diagnósticos de códigos para autolesiones, envenenamiento con anestésicos (E8581, 9681-4, 9687) y cualquier código para drogodependencia actual o no (mirar códigos CIE-9 en ficha técnica), ausencia de datos para sexo, edad, año y diagnóstico principal.
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Sexo, edad, GRD, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		149
BIBLIOGRAFIA		34, 123, 132

CÓDIGO 65		INFECCIONES NOSOCOMIALES EN TODOS LOS PACIENTES
JUSTIFICACIÓN		Los pacientes ingresados en centros sanitarios pueden adquirir infecciones originadas durante el transcurso de su estancia hospitalaria. Se debe implementar programas de detección, control y prevención para disminuir su incidencia y mejorar la calidad asistencial.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes ingresados con infección nosocomial x 100
	DENOMINADOR	Número total de pacientes hospitalizados
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		No precisa
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Registros de infección nosocomial hospitalarios.
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		No precisa
ORIGEN DEL INDICADOR		179
BIBLIOGRAFIA		43, 64, 136

CÓDIGO 66		NEUMONÍA EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA
JUSTIFICACIÓN	La neumonía asociada a ventilación mecánica es una de las principales causas de morbilidad en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Existen programas de mejora de control de estos sistemas de ventilación redundando en una mejora de la seguridad del paciente.	
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes ingresados con ventilación mecánica que han desarrollado neumonía x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes con ventilación pulmonar
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Inclusiones: Pacientes ingresados en UCI y en planta de hospitalización no UCI	
FUENTE DE DATOS	Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Historia Clínica o informe de alta.	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	No precisa	
ORIGEN DEL INDICADOR	123	
BIBLIOGRAFIA	177, 183, 187	

CÓDIGO 67		INFECCIÓN DE HERIDA
JUSTIFICACIÓN	La infección de herida puede conllevar consecuencias clínicas desde leves a muy graves, prolongando la estancia e incluso requiriendo reintervención. Esta complicación puede ser disminuida por una asistencia adecuada en todo el proceso.	
FORMULA	NUMERADOR	Nº de pacientes con infección de herida (CIE-9 998.51 y 998.52) como diagnóstico secundario X 100
	DENOMINADOR	Nº total de pacientes hospitalizados
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	-	
FUENTE DE DATOS	CMBD	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	-	
ORIGEN DEL INDICADOR	123	
BIBLIOGRAFIA	51, 41, 192	

CÓDIGO 68		INFECCIÓN SECUNDARIA A ATENCIÓN SANITARIA
JUSTIFICACIÓN		Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria suelen conllevar dolor y molestias, aunque en ocasiones complicaciones más graves. En muchas ocasiones son prevenibles, siendo su evaluación una medida de calidad de la asistencia.
FORMULA	NUMERADOR	Número de altas según código CIE-9 999.3 o 996.62 como diagnóstico secundario x 100
	DENOMINADOR	Número total de altas médicas y quirúrgicas
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Exclusiones: pacientes inmunocomprometidos o cáncer
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		No precisa
ORIGEN DEL INDICADOR		123
BIBLIOGRAFIA		65, 92, 158

CÓDIGO 70		ULCERAS POR PRESIÓN POR CADA 1000 ALTAS EN PACIENTES CON ESTANCIAS SUPERIORES A 4 DÍAS
JUSTIFICACIÓN		Este indicador está muy relacionado con la calidad de la asistencia especialmente la administrada por enfermería. El manejo de estas lesiones se centra en cuidados de calidad.
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con código CIE-9 de úlceras de decúbito como diagnóstico secundario X 1.000
	DENOMINADOR	Nº de altas médicas y quirúrgicas mayores de 18 años definidas por GRDs específicos
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Inclusiones en numerador: según CIE-9: 7070, 70700, 70701, 70702, 70703, 70704, 70705, 70706, 70707, 70709, 70723, 70724, 70725. Exclusiones: estancias menores de 5 días, código CIE-9 de úlcera por decúbito como diagnóstico principal, úlceras en piel, tejido subcutáneo y mama; gestación, parto y puerperio; hemiplejía, paraplejía o tetraplejía; diagnóstico según CIE-9 de espina bífida o daño cerebral por anoxia; con procedimiento según CIE-9 de desbridamiento o injerto anterior o el mismo día que la intervención principal, trasladados de otro hospital o centro sanitario, ausencia de datos de sexo, edad, año o diagnóstico principal.
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Sexo, edad, GRD, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		149
BIBLIOGRAFIA		139, 166, 181

CÓDIGO 73		PNEUMOTÓRAX IATROGÉNICO
JUSTIFICACIÓN		El pneumotórax iatrogénico es un evento adverso de consecuencias potencialmente graves y en muchos casos relacionado con la habilidad en la realización de pruebas o procedimientos.
FORMULA	NUMERADOR	Número de casos del denominador con código CIE-9 512 en cualquier categoría diagnóstica X 100
	DENOMINADOR	Nº de altas
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Se excluyen aquellos pacientes ingresados por trauma, aquellos con cualquier código diagnóstico relacionado con cirugía torácica, biopsia pulmonar o pleural o cirugía cardíaca. Se excluyen también la categoría diagnóstica mayor 14 (embarazo, parto y puerperio)
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		GRD refinado, Sexo, estratificado por edad, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		149
BIBLIOGRAFIA		88, 89, 94, 194

CÓDIGO 74		PNEUMOTÓRAX IATROGÉNICO POR COLOCACIÓN DE VÍA CENTRAL
JUSTIFICACIÓN		El pneumotórax iatrogénico es un evento adverso de consecuencias potencialmente graves y en muchos casos relacionado con la habilidad en la realización de pruebas o procedimientos, entre ellos la colocación de vías centrales.
FORMULA	NUMERADOR	Número de casos de pneumotorax atribuibles a la cateterización o intento de cateterización de una vena central en una Unidad de Cuidados Intensivos X 100
	DENOMINADOR	Número total de venas centrales cateterizadas (o intentos de cateterización) en una Unidad de Cuidados Intensivos
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		CMBD/ Historia clínica
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		GRD refinado, Sexo, estratificado por edad, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		20
BIBLIOGRAFIA		88, 89, 94, 194

CÓDIGO 75		MORTALIDAD EN GRUPOS DE DIAGNÓSTICO (GRD) DE BAJA MORTALIDAD
JUSTIFICACIÓN		La tasa de mortalidad es un indicador muy frecuentemente utilizado para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria de los centros. El determinar este indicador en procesos donde la mortalidad es baja, puede revertir en un valor añadido al análisis.
FORMULA	NUMERADOR	Número de fallecimientos x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 18 años, con GRDs con mortalidad menor del 0,5%
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Inclusiones: según CIE-9: ver ficha técnica. Exclusiones: traumatismo, cáncer o estados de inmunodepresión, traslados desde unidad de cuidados intensivos, ausencia de datos de estado actual, sexo, edad, año o diagnóstico principal.
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Sexo, edad, GRD, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		149
BIBLIOGRAFIA		43, 121, 136

CÓDIGO 79		% DE REINTERVENCIONES DE ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA ANTES DE 2 AÑOS
JUSTIFICACIÓN		La artroplastia de cadera es una de las intervenciones más frecuentes. La necesidad de reintervenir constituye un indicador de posibles problemas relacionados con la técnica o las complicaciones postoperatorias.
FORMULA	NUMERADOR	Nº de reintervenciones antes de dos años tras la artroplastia de cadera, independientemente de la causa X 100
	DENOMINADOR	Nº total de artroplastias de cadera
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Quedan excluidas las infecciones tratadas con antibióticos o tratamientos no quirúrgicos o luxaciones Múltiple reintervenciones por la misma causa se consideraron solamente como una intervención.
FUENTE DE DATOS		CMBD/ Historia clínica
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		GRD refinado, Sexo, estratificado por edad, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		179
BIBLIOGRAFIA		47, 108, 109, 168, 171, 172, 193

CÓDIGO 80		EVENTOS ADVERSOS OCURRIDOS ANTES DE 30 DÍAS TRAS ARTROPLASTIA DE RODILLA O CADERA
JUSTIFICACIÓN		La artroplastia de rodilla y de cadera son intervenciones en muchas ocasiones programadas y muy habituales, ello no implica que estén exentas de riesgos. Existen medidas que contribuyen a disminuir las complicaciones y la mortalidad.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes intervenidos de artroplastia de cadera o rodilla que presentaron un evento adverso antes de 30 días postintervención x 100
	DENOMINADOR	Número total de pacientes con artroplastia de cadera o rodilla
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Inclusiones según CIE-10: T810, T813, T814, L899, T840, T845, S730, T933, T814, T845, I803, I269, M243, M244, T840, T845, T840, T814, I803, I269, Y845, además de reingreso por enfermedad cardiovascular, neumonía, retención urinaria, o diagnóstico primario, además del fallecimiento por cualquier causa.
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Por edad
ORIGEN DEL INDICADOR		179
BIBLIOGRAFIA		29, 171

CÓDIGO 84		TASA DE MORTALIDAD POR CIRUGÍA DE FRACTURA DE CADERA (< DE 65 AÑOS)
JUSTIFICACIÓN		La mortalidad postquirúrgica es uno de los indicadores claves de resultado tras la cirugía por fractura de cadera. La variabilidad de este resultado puede depender de factores relacionados con el proceso de atención desde la fase prequirúrgica hasta los cuidados postquirúrgicos, pasando por la propia técnica durante la intervención.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante su ingreso en el hospital o hasta 29 días (inclusive) después del alta X 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 65 años ingresados con diagnóstico primario de Fractura de cadera (fémur proximal), sometidos a procedimiento quirúrgico terapéutico por este motivo
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Fractura de cadera (fémur proximal) (CIE-9 código 820)(CIE-10 S72.0-S72.1-S72.2)
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		GRD refinado, Sexo, estratificado por edad, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		9
BIBLIOGRAFIA		8, 31, 34, 141, 171

CÓDIGO 85		READMISIÓN POR TRATAMIENTO POST-FRACTURA DE CADERA
JUSTIFICACIÓN		Hasta un 8% de los pacientes dados de alta tras cirugía de cadera pueden reingresar en los 28 días siguientes al alta., con amplias variaciones entre centros y poblaciones. La gran mayoría de esas readmisiones no son planificadas y mucha de ellas pueden ser potencialmente evitables
FORMULA	NUMERADOR	Número de readmisiones urgentes de pacientes intervenidos de cadera después en los 28 días siguientes al alta x 100
	DENOMINADOR	Nº de pacientes dados de alta tras intervención de cadera
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Fractura de cadera (fémur proximal) (CIE-9 código 820)(CIE-10 S72.0-S72.1-S72.2)
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Sexo, estratificado por edad, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		39
BIBLIOGRAFIA		38, 53, 73, 76

CÓDIGO 86		MORTALIDAD POR NEUMONÍA
JUSTIFICACIÓN		Un tratamiento inapropiado de la neumonía puede incrementar la mortalidad
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico principal de pneumonia. GRD 089
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Sexo, estratificado por edad, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		9
BIBLIOGRAFIA		34, 57, 58, 70

CÓDIGO 91		READMISIÓN POR NEUMONÍA SIMPLE
JUSTIFICACIÓN		Un tratamiento o un plan de cuidados inapropiado puede incrementar la tasa de reingresos tras un proceso de hospitalización tras una neumonía.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que reingresan, de forma no programada, dentro de los 15/30 días posteriores al alta por curación o mejoría de diagnóstico de neumonía x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 18 años dados de alta con diagnóstico principal de pneumonia. GRD 089
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y púerperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Sexo, estratificado por edad, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		34
BIBLIOGRAFIA		111, 117, 184, 185

CÓDIGO 93		MORTALIDAD POR COMPLICACIONES RESPIRATORIAS QUE REQUIEREN VENTILACIÓN ASISTIDA
JUSTIFICACIÓN		Las complicaciones respiratorias de cualquier tipo constituyen una incidencia habitual en muchos enfermos ingresados, muchos de los cuales requieren ventilación asistida para poder remontar la insuficiencia respiratoria acompañante. El manejo adecuado de dichos dispositivos puede traducirse en una menor mortalidad.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 18 años con complicación respiratoria que requiere de ventilación asistida. GRD475
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y púerperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Sexo, estratificado por edad, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		34
BIBLIOGRAFIA		60, 169, 191

CÓDIGO 94		READMISIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
JUSTIFICACIÓN		La estancia en una Unidad de Cuidados intensivos es un recurso muy costo. La readmisión de enfermos en dichas unidades puede ser consecuencia de una estabilización insuficiente anterior como por problemas de continuidad de los cuidados tras el traslado a planta.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que reingresan en las 48 horas posteriores al alta de la Unidad de Cuidados Intensivos x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		-
FUENTE DE DATOS		CMBD (Informes de alta UCI)
TIPO DE INDICADOR		Proceso
AJUSTE DE RIESGOS		GRD Refinado
ORIGEN DEL INDICADOR		34
BIBLIOGRAFIA		15, 164, 176

CÓDIGO 95		ADMISIÓN EN URGENCIAS HASTA 28 DÍAS DESPUÉS DEL ALTA MÉDICA EN CUALQUIER SERVICIO
JUSTIFICACIÓN		Las readmisiones hospitalarias han sido señaladas como un hecho frecuente, costoso y potencialmente evitable. Analizando su evolución y los factores que influyen sobre las mismas se puede reducir su impacto.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes que acuden a urgencias entre el día 0 y el 27 después de haber sido dados de alta x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes dados de alta a su domicilio o residencia habitual
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Se incluyen pacientes con ingreso de sólo un día. Se excluyen todos los pacientes que fallecen durante el ingreso, que han sido ingresados por enfermedad mental, atención al parto o causas obstétricas.
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Sexo, estratificado por edad, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		34
BIBLIOGRAFIA		22, 31, 56, 67, 100, 152

CÓDIGO 96		READMISIÓN EN URGENCIAS EN LAS PRIMERAS 72 HORAS
JUSTIFICACIÓN		Posibilidad de detectar a los pacientes en los cuales no se ha instaurado un tratamiento efectivo o han presentado complicaciones.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes que acuden a Urgencias dentro de las 72 horas posteriores a una primera visita x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes atendidos en Urgencias
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Se excluyen aquellos pacientes que acuden por enfermedad mental, atención al parto o causas obstétricas.
FUENTE DE DATOS		Registro de urgencias
TIPO DE INDICADOR		Proceso
AJUSTE DE RIESGOS		-
ORIGEN DEL INDICADOR		34
BIBLIOGRAFIA		22, 31, 67, 100, 152

2.- FICHAS DESCRIPTIVAS DE LOS INDICADORES DE RECOMENDACIÓN DUDOSA EN HOSPITALES:

CÓDIGO 2		CESÁREAS EN GESTANTES PRIMÍPARAS SIN COMPLICACIONES
JUSTIFICACIÓN	La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos que más ha incrementado en los países desarrollados en los últimos años. En España, las tasas de cesáreas alcanzan cifras superiores a las de las recomendaciones de la OMS. Una atención de calidad supone que los procedimientos quirúrgicos se realizarán cuando estén indicados. Una evaluación de las mujeres sin riesgos y en mejores condiciones para la gestación que han recibido este procedimiento quirúrgico como finalización de su gestación mejorará la calidad asistencial prestada.	
FORMULA	NUMERADOR	Número de primíparas con edades entre 20 y 34 años con gestaciones no complicadas y sin factores de riesgo que se sometieron a cesárea en los últimos 5 años x 100
	DENOMINADOR	Número total de mujeres de 20 a 34 años con gestaciones no complicadas y sin factores de riesgo que dieron a luz durante ese periodo
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Inclusiones: mujeres primíparas con edad entre 20 y 34 años, IMC < 30, no fumadora, vive con el padre de su hijo, no presenta patologías graves como diabetes, lupus eritematoso sistémico, epilepsia, enfermedad renal, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, HTA crónica; además no presenta complicaciones durante la gestación como preeclampsia, diabetes gestacional, placenta previa, parto en podálica u otras presentaciones que pueden complicar el parto vía vaginal. La gestación debe ser de 37 a 41 semanas, con peso del recién nacido de 2.500 a 4.999 gramos, feto único y parto sin inducción.	
FUENTE DE DATOS	Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	
TIPO DE INDICADOR	Proceso	
AJUSTE DE RIESGOS	Por edad	
ORIGEN DEL INDICADOR	179	
BIBLIOGRAFIA	2, 72, 84	

CÓDIGO 6		CASOS DE TRAUMA OBSTÉTRICO (LACERACIONES DE 3º-4º GRADO) POR 1000 PARTOS VAGINAL SIN INSTRUMENTACIÓN
JUSTIFICACIÓN		El parto es probablemente el proceso asistencial más frecuente en los hospitales. El traumatismo obstétrico es un evento adverso que debe ser monitorizado porque en muchos casos puede ser motivado por deficiencias en la asistencia prestada.
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con códigos CIE-9 para traumatismo obstétrico de 3º o 4º grado como cualquier diagnóstico o procedimiento en partos vaginales no instrumentalizados X 1000
	DENOMINADOR	Nº total de altas por partos vaginales
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Exclusiones: partos asistidos con instrumentalización. Ver códigos CIE-9ª de exclusiones e inclusiones en fuente de origen del INDICADOR
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Edad
ORIGEN DEL INDICADOR		9
BIBLIOGRAFIA		12, 112, 162

CÓDIGO 8		READMISIÓN POR TRATAMIENTOS POST-HISTERECTOMÍA
JUSTIFICACIÓN		Un tratamiento o un plan de cuidados inapropiado o la aparición de complicaciones postoperatorias puede incrementar la tasa de reingresos tras una intervención de histerectomía
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes en el denominador que reingresan, de forma no programada, por diagnóstico relacionado con los cuidados iniciales en los 28 días siguientes a ser dados de alta X 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes sometidas a procedimiento de histerectomía.
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		En el numerador se incluyen casos relacionados con la asistencia inicial: anemia posthemorrágica aguda, ileo paralítico, infección del tracto urinario, retención de orina, complicaciones cardiacas resultado del procedimiento, infección sitio quirúrgico. Se excluyen del denominador la eventración pélvica, los procedimientos mayores en gestantes, durante el parto, cáncer in situ y neoplasias de comportamiento incierto
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Edad, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		34
BIBLIOGRAFIA		7, 8, 21

CÓDIGO 9		TASA DE CESÁREAS
JUSTIFICACIÓN		Las cesáreas son los procedimientos más comunes en la práctica quirúrgica y se asocia con un más alto coste de la atención y de mayores riesgos asistenciales en relación con el parto. Se ha identificado que las cesáreas constituyen uno de los procedimientos en los que puede haber una mayor sobre-utilización, por lo que muchas organizaciones la monitorizan habitualmente con el objeto e reducirla
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes en el denominador sometidas a procedimiento de cesárea X 100
	DENOMINADOR	Número total de partos
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		-
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Edad, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		34
BIBLIOGRAFIA		2, 72, 84

CÓDIGO 17		READMISIÓN TRAS TRATAMIENTO DE ICTUS
JUSTIFICACIÓN		Las readmisiones no programadas tras la atención a enfermos con ICTUs puede estar relacionada tanto con los relacionado con los recursos disponibles , con los procesos organizativos e atención a estos enfermos y con las habilidades en el manejo de los casos.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes en el denominador que reingresan, de forma no programada, dentro de los 15/30 días posteriores al alta por curación o mejoría de diagnóstico relacionado X 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes dados de alta por mejoría de Ictus
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		ICTUS (códigos CIE-9 I62-I67)
FUENTE DE DATOS		CMBD
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Edad, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		34
BIBLIOGRAFIA		4, 5, 6

CÓDIGO 21		FALLECIMIENTO O REINGRESO TRAS ALTA POR INSUFICIENCIA CARDIACA
JUSTIFICACIÓN		La insuficiencia cardiaca es una patología muy frecuente así como su hospitalización en reagudizaciones y/o complicaciones. El fallecimiento o reingreso de un paciente que se le ha dado de alta un mes antes puede implicar una calidad insuficiente de la atención sanitaria suministrada, entre otras razones por un alta precoz, una prescripción inadecuada o escasa información al paciente y sus cuidadores. Su análisis podría disminuir la morbimortalidad en esta enfermedad.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes que fallecen o reingresan por insuficiencia cardiaca antes de 30 días tras el alta hospitalaria x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes con insuficiencia cardiaca como diagnóstico principal dados de alta hospitalaria
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Inclusiones: según CIE-10: I50, I110, I420, I426
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Por edad y sexo
ORIGEN DEL INDICADOR		117
BIBLIOGRAFIA		143, 147, 186

CÓDIGO 25		MORTALIDAD POR INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
JUSTIFICACIÓN		La insuficiencia cardiaca es una patología muy frecuente así como su hospitalización en reagudizaciones y/o complicaciones. El fallecimiento o reingreso de un paciente que se le ha dado de alta un mes antes puede implicar una calidad insuficiente de la atención sanitaria suministrada, entre otras razones por un alta precoz, una prescripción inadecuada o escasa información al paciente y sus cuidadores. Su análisis podría disminuir la morbimortalidad en esta enfermedad.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes que fallecen o reingresan por insuficiencia cardiaca antes de 30 días tras el alta hospitalaria x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes con insuficiencia cardiaca como diagnóstico principal dados de alta hospitalaria
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Inclusiones: según CIE-10: I50, I110, I420, I426
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Por edad y sexo
ORIGEN DEL INDICADOR		117
BIBLIOGRAFIA		143, 147, 186

CÓDIGO 33		PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA REALIZADOS POR DÍA
JUSTIFICACIÓN		En los últimos años la sustitución de procedimientos quirúrgicos ordinarios por cirugía mayor ambulatoria ha alcanzado un considerable desarrollo tanto en la sanidad pública como privada. Se consigue así mayor eficiencia, aumentar la capacitación de los profesionales en tecnologías quirúrgicas avanzadas, aumentar la satisfacción del paciente a través de la reducción de la incidencia de infección nosocomial y del tiempo de recuperación, además de integrar distintos niveles asistenciales por medio de la coordinación de planes de cuidados domiciliarios.
FORMULA	NUMERADOR	Número de intervenciones de cirugía mayor ambulatoria incluidas en la selección del denominador realizadas por día x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes sometidos a una selección de intervenciones de cirugía mayor ambulatoria
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Inclusiones según CIE-9: artroscopia rodilla 80.26, hernioplastia inguinal 53.0, 53.1, 53.21, tonsilectomía y/o adenoidectomía 28.2 and 28.3, colecistectomía 51.22 and 51.23, eliminación y ligadura de varices 38.59
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Proceso
AJUSTE DE RIESGOS		No precisa
ORIGEN DEL INDICADOR		67
BIBLIOGRAFIA		41, 58, 140

CÓDIGO 40		INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POSTQUIRÚRGICA
JUSTIFICACIÓN		Se realizan procedimientos quirúrgicos cada vez más complicados que implican el uso de tecnologías más avanzadas. Se requieren programas de control intraoperatorio por parte de cirugía y anestesiología, y de control postoperatorio para disminuir las complicaciones y detectar su aparición para poder aplicar medidas de forma precoz.
FORMULA	NUMERADOR	Número de altas con insuficiencia respiratoria aguda según CIE-9 (a) como diagnóstico secundario o Número de altas con insuficiencia respiratoria aguda según CIE-9 (b) en determinados procedimientos de ventilación mecánica o reintubación x 100
	DENOMINADOR	Número total de altas en pacientes mayores de 18 años definidos por GRDs específicos y código CIE-9 para procedimientos quirúrgicos programados
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Inclusiones en numerador: a) según CIE-9: 51851, 51853, 51881, 51884; b) según CIE-9: 9670, 9671, 9672, 9604 Exclusiones en denominador: ver ficha técnica.
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Sexo, edad, GRD, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		149
BIBLIOGRAFIA		1, 25, 188

CÓDIGO 51		MORTALIDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A REPARACIÓN DE ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL
JUSTIFICACIÓN		La reparación del aneurisma aórtico abdominal es un procedimiento poco frecuente que requiere habilidad técnica y familiarización con los equipos quirúrgicos muy complejos y puede conducir a complicaciones importantes como arritmias, infarto agudo de miocardio, isquemia intestinal y muerte. Los procedimientos mejor realizados conducen a una menor mortalidad y por tanto a una mejor calidad.
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes sometidos a procedimiento de reparación de aneurisma aórtico abdominal
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y púerperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Sexo, edad, GRD, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		34
BIBLIOGRAFIA		87, 96, 99

CÓDIGO 52		READMISIÓN POR TRATAMIENTO POST-PROSTATECTOMÍA
JUSTIFICACIÓN		Un tratamiento o un plan de cuidados inapropiado o la aparición de complicaciones postoperatorias puede incrementar la tasa de reingresos tras una intervención de prostatectomía
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que reingresan en las 28 días posteriores al alta x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes dados de alta por mejoría tras prostatectomía.
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Excluye prostatectomía radical
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Sexo, edad, GRD, comorbilidad
ORIGEN DEL INDICADOR		34
BIBLIOGRAFIA		16, 79

CÓDIGO 53		READMISIÓN TRAS CIRUGÍA DE CATARATAS
JUSTIFICACIÓN	Un tratamiento o un plan de cuidados inapropiado o la aparición de complicaciones postoperatorias puede incrementar la tasa de reingresos tras una intervención de cataratas	
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que reingresan en las 48 horas posteriores al alta x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes dados de alta por mejoría tras cirugía de cataratas
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	-	
FUENTE DE DATOS	Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	Sexo, edad, GRD, comorbilidad	
ORIGEN DEL INDICADOR	34	
BIBLIOGRAFIA	20, 32, 35	

CÓDIGO 54		READMISIÓN TRAS CIRUGÍA DE GLAUCOMA
JUSTIFICACIÓN	Un tratamiento o un plan de cuidados inapropiado o la aparición de complicaciones postoperatorias puede incrementar la tasa de reingresos tras una cirugía de glaucoma	
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que reingresan en las 48 horas posteriores al alta x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes dados de alta por mejoría tras cirugía de GLAUCOMA
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	-	
FUENTE DE DATOS	Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	Comorbilidad	
ORIGEN DEL INDICADOR	34	
BIBLIOGRAFIA	20, 28, 37	

CÓDIGO 55		READMISIÓN TRAS CIRUGÍA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA
JUSTIFICACIÓN	Un tratamiento o un plan de cuidados inapropiado o la aparición de complicaciones postoperatorias puede incrementar la tasa de reingresos tras una cirugía de desprendimiento de retina	
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que reingresan en las 48 horas posteriores al alta x 100
	DENOMINADOR	Número de pacientes dados de alta por mejoría tras cirugía de Desprendimiento de Retina
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	-	
FUENTE DE DATOS	Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	Comorbilidad	
ORIGEN DEL INDICADOR	34	
BIBLIOGRAFIA	7, 20, 114	

CÓDIGO 59		FRACTURAS DE CADERA POSTQUIRÚRGICAS
JUSTIFICACIÓN	La calidad de la atención postquirúrgica se puede evaluar a través de este indicador. Una fractura en el transcurso de un postoperatorio puede reflejar una prescripción terapéutica inadecuada –sedación, analgesia- o un inadecuado control por parte de enfermería –uso de medidas de seguridad en la cama-.	
FORMULA	NUMERADOR	Número de altas con códigos CIE-9 para fractura de cadera como diagnóstico secundario x 100
	DENOMINADOR	Número de altas quirúrgicas
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Exclusiones: pacientes menores de 18 años, con enfermedades musculoesqueléticas, conectivopatías, metastatización, neoplasia maligna ósea, linfoma maligno, lesiones autoinfligidas; síncope, ictus, coma, parada cardíaca, envenenamiento, traumatismo, delirium y otras psicosis, lesión cerebral anóxica como diagnóstico principal.	
FUENTE DE DATOS	Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	No precisa	
ORIGEN DEL INDICADOR	121	
BIBLIOGRAFIA	9, 34, 101	

CÓDIGO 72		MORTALIDAD PARA PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS GRAVES
JUSTIFICACIÓN	Los pacientes con esquizofrenia y otras patologías psiquiátricas graves tienen mayor mortalidad que la población general ajustada por edad y sexo. Según estudios realizados se infradiagnostican otras patologías médicas no utilizando la terapéutica de la que se dispone para tratarlas. Los pacientes con trastornos mentales no tienen causa justificable para fallecer antes que la población general, por lo que una deficiente atención médica puede hacer que su supervivencia disminuya.	
FORMULA	NUMERADOR	Tasa de mortalidad estandarizada para personas con trastornos psiquiátricos específicos severos
	DENOMINADOR	Tasa de mortalidad estandarizada para toda la población
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	No precisa	
FUENTE DE DATOS	Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	Por edad y sexo	
ORIGEN DEL INDICADOR	75	
BIBLIOGRAFIA	48, 62, 120	

CÓDIGO 76		MORTALIDAD GENERAL
JUSTIFICACIÓN	La mortalidad hospitalaria es uno de los resultados más fácilmente medibles de la actividad hospitalaria y, aunque sujeta a la influencia de muchas variables relacionadas con el riesgo base de los pacientes atendidos, también se relaciona con el nivel de cuidados prestados por los centros.	
FORMULA	NUMERADOR	Nº de fallecimientos durante el ingreso (Exitus al alta) x 100
	DENOMINADOR	Nº de altas en el mismo período
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	Los fallecidos en Urgencias quedan excluidos del numerador	
FUENTE DE DATOS	Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	Comorbilidad /Riesgo de base de los pacientes	
ORIGEN DEL INDICADOR	34	
BIBLIOGRAFIA	30, 90, 105, 137, 159, 165	

CÓDIGO 77		MORTALIDAD POR HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL
JUSTIFICACIÓN		La hemorragia gastrointestinal puede ocasionar la muerte si no se controla adecuadamente y a tiempo. En este resultado puede influir la habilidad para manejar adecuadamente los casos clínicos complejos. A mejor manejo, menor mortalidad
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente x 100
	DENOMINADOR	Número altas de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico principal de hemorragia gastrointestinal.
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y púerperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Resultado
AJUSTE DE RIESGOS		Comorbilidad /Riesgo de base de los pacientes
ORIGEN DEL INDICADOR		34
BIBLIOGRAFIA		8, 98

CÓDIGO 81		FRACTURAS DE CADERA TRATADAS MEDIANTE ARTROPLASTIA
JUSTIFICACIÓN		Según estudios realizados en España, más del 80% de las fracturas de cadera son en personas > 65 años. Realizar fijación como tratamiento en > 65 años puede conllevar riesgos de pseudoartrosis y necrosis avascular, siendo la opción más indicada la artroplastia, con una recuperación más rápida.
FORMULA	NUMERADOR	Número de casos nuevos de fractura de cadera en ≥ 65 años a los que se les realizó artroplastia x 100
	DENOMINADOR	Número de casos nuevos de fractura de cadera en ≥ 65 años a los que se les realizó artroplastia u osteosíntesis
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES		Inclusiones en diagnósticos: según CIE-9: 820A, 820B, 820W, 820X; según CIE-10: S720
FUENTE DE DATOS		Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
TIPO DE INDICADOR		Proceso
AJUSTE DE RIESGOS		Por edad y sexo
ORIGEN DEL INDICADOR		179
BIBLIOGRAFIA		83, 155

CÓDIGO 82		FRACTURAS DE CADERA POSTQUIRÚRGICAS
JUSTIFICACIÓN	La fractura de cadera ocurrida durante el postoperatorio de cualquier intervención, conlleva entre otras complicaciones mayor dolor, impotencia funcional, estancia hospitalaria y posibles reintervenciones, reflejando una atención inadecuada en el postoperatorio con un mal control por parte del personal sanitario.	
FORMULA	NUMERADOR	Número de informes con código CIE-9 para fractura de cadera como diagnóstico secundario x 100
	DENOMINADOR	Número de altas quirúrgicas en mayores de 18 años definidas por GRDs específicos y código CIE-9 para intervenciones quirúrgicas
EXCLUSIONES Y ACLARACIONES	<p>Inclusiones en numerador: según CIE-9: 82000, 82001, 82002, 82003, 82009, 82010, 82011, 82012, 82013, 82019, 82020, 82021, 82022, 82030, 82031, 82032, 8208, 8209</p> <p>Inclusiones en denominador: ver ficha técnica.</p> <p>Exclusiones: diagnóstico según CIE-9 de fractura de cadera como diagnóstico principal o diagnóstico secundario al ingreso, reintervención de fractura de cadera como único procedimiento, reintervención de fractura de cadera ocurre antes o el mismo día que la intervención principal, enfermedades y trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo, diagnósticos principales de síncope, ictus, coma, parada cardíaca, envenenamiento, traumatismo, delirio u otras psicosis, lesión cerebral por hipoxia, cáncer con metástasis, enfermedad maligna ósea o linfoidea, autolesión, gestación, parto o puerperio, ausencia de datos de sexo, edad, año o diagnóstico principal.</p>	
FUENTE DE DATOS	Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	
TIPO DE INDICADOR	Resultado	
AJUSTE DE RIESGOS	Sexo, edad, GRD, comorbilidad	
ORIGEN DEL INDICADOR	149	
BIBLIOGRAFIA	26, 123	

Bibliografía

Bibliografía

1. Acosta Villegas F, Ruiz López P. Gestión clínica en cirugía. [Madrid]: Arán Ediciones; 2005.
2. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud e Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Indicadores hospitalarios. Evolución 2000-2005 (Informe resumen) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Available from: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/serie_escr_00_05_es.pdf
3. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Junta de Andalucía. Manual de Estándares de Centros de Transfusión Sanguínea [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2012. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/system/galleries/download/acsa/Programas_Acreditacion/Centros/Manual_de_Estandares_Centros_Transfusiones_Sanguineas_ME_15_10_1.pdf
4. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). National Guideline Clearinghouse. (2012a). ACR Appropriateness Criteria® cerebrovascular disease. Retrieved from <http://www.guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=32645>
5. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). National Guideline Clearinghouse. (2012b). Diagnosis and initial treatment of ischemic stroke. Retrieved from <http://www.guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=38254>
6. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). National Guideline Clearinghouse. (2012c). Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. Retrieved from <http://www.guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=15560>
7. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). National Guideline Clearinghouse. (2012d). Retinal detachment surgery: percentage of unplanned readmissions within 28 days of discharge following retinal detachment surgery, during the 6 month time period. Retrieved from <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=38192>
8. Agency for Healthcare Research and Quality. (2002). AHRQ Quality Indicators—Guide to Patient Safety Indicators, AHRQ Pub. No. 03-R203. Rockville, MD. Retrieved from <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>
9. Agency for Healthcare Research and Quality. (2012a). Inpatient Quality Indicators. PSI 3, Technical Specifications, Version 4.4. Retrieved from http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/IQI_TechSpec.aspx
10. Agency for Healthcare Research and Quality. (2012b). Patient Safety Indicators. PSI 12 Perioperative Pulmonary Embolism or Deep Vein Thrombosis Rate, Version 4.4. Retrieved from http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx
11. Agency for Healthcare Research and Quality. (2012c). Patient Safety Indicators. PSI 16, Technical Specifications, Transfusion Reaction Volume, Version 4.4. Retrieved from http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx
12. Alran, S., Sibony, O., Oury, J.-F., Luton, D., & Blot, P. (2002). Differences in management and results in term-delivery in nine European referral hospitals: descriptive study. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 103(1), 4–13.
13. Alshekhlee, A., Horn, C., Jung, R., Alawi, A. A., & Cruz-Flores, S. (2011). In-hospital mortality in acute ischemic stroke treated with hemicraniectomy in US hospitals. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association*, 20(3), 196–201. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.11.019
14. Anderson, M. A., Helms, L. B., Hanson, K. S., & DeVilder, N. W. (1999). Unplanned hospital readmissions: a home care perspective. *Nursing research*, 48(6), 299–307.
15. Angus, D. C. (1998). Grappling with intensive care unit quality--does the readmission rate tell us anything? *Critical care medicine*, 26(11), 1779–80.
16. Ansari, M. Z., Costello, A. J., Jolley, D. J., Ackland, M. J., Carson, N., & McDonald, I. G. (1998). Adverse events after prostatectomy in Victorian public hospitals. *The Australian and New Zealand journal of surgery*, 68(12), 830–6.
17. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction; A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Managem. *Journal of the American College of Cardiology*. 2004 Aug;44(3):E1–E211.

18. Antman EM, Hand M, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Halasyamani LK, et al. 2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaborat. *Circulation*. 2008 Jan;117(2):296–329.
19. Aromaa A, Kilpeläinen K. European Health Indicators: development and initial implementation: final report of the ECHIM project. Helsinki: National Public Health Institute; 2008.
20. Australian Council on Healthcare Standards, University of Newcastle (N.S.W.), Health Services Research Group. Determining the potential to improve quality of care: ACHS clinical indicator results for Australia and New Zealand 1998-2003. Ultimo, N.S.W.: ACHS; 2004.
21. Bailit, J. L., Dooley, S. L., & Peaceman, A. N. (1999). Risk adjustment for interhospital comparison of primary cesarean rates. *Obstetrics and gynecology*, 93(6), 1025–30.
22. Benbassat, J., & Taragin, M. (2000). Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. *Archives of internal medicine*, 160(8), 1074–81.
23. Beohar, N., Davidson, C. J., Weigold, G., Goodreau, L., Benzuly, K. H., & Bonow, R. O. (2001). Predictors of long-term outcomes following direct percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction. *The American journal of cardiology*, 88(10), 1103–7.
24. Bernal Delgado E, A.-T. M. (2011). Validación de criterio de los indicadores de seguridad de pacientes (Patient Safety Indicators). Validación mediante comparación con registros de paciente quirúrgico, cuidados obstétricos y cuidados de enfermería. Retrieved from <http://www.atlasvpm.org/>
25. Borzecki AM, Kaafarani HMA, Utter GH, Romano PS, Shin MH, Chen Q, et al. How valid is the AHRQ Patient Safety Indicator “postoperative respiratory failure”? *Journal of the American College of Surgeons*. 2011 Jun;212(6):935–45.
26. Bottle A, Aylin P. Application of AHRQ patient safety indicators to English hospital data. *Quality & safety in health care*. 2009 Aug;18(4):303–8.
27. British Medical Association & The NHS Confederation (Employers) Company Ltd. Quality and Outcomes Framework for 2012/13. Guidance for PCOs and practices [Internet]. London: © NHS Employers; 2012. Available from: <http://bma.org.uk/practical-support-at-work/contracts/independent-contractors/qof-guidance>
28. Burr, J., Azuara-Blanco, A., Avenell, A., & Tuulonen, A. (2012). Medical versus surgical interventions for open angle glaucoma. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9, CD004399–CD004399. doi:10.1002/14651858.CD004399.pub3
29. Bustos López R, Piña Martínez AJ, Pastor Molina M, Benítez Laserna A, Villora Fernández MP, González Pérez AD. Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera. *Enfermería Global*. 2012 Apr;11(26):324–43.
30. Campbell, M. J., Jacques, R. M., Fotheringham, J., Maheswaran, R., & Nicholl, J. (2012). Developing a summary hospital mortality index: retrospective analysis in English hospitals over five years. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344, e1001–e1001.
31. Canadian Institute for Health Information. (2012). All-Cause Readmission to Acute Care and Return to the Emergency Department. (Ottawa, Ont.: CIHI, 2012). Retrieved from <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=en&pf=PFC1823>
32. Castells, X., Alonso, J., Castilla, M., Ribó, C., Cots, F., & Antó, J. M. (2001). Outcomes and costs of outpatient and inpatient cataract surgery: a randomised clinical trial. *Journal of clinical epidemiology*, 54(1), 23–9.
33. Cevasco M, Borzecki AM, McClusky DA, Chen Q, Shin MH, Itani KMF, et al. Positive predictive value of the AHRQ Patient Safety Indicator “postoperative wound dehiscence”. *Journal of the American College of Surgeons*. 2011 Jun;212(6):962–7. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2011.01.053
34. Champagne F, Guisset A-L, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. The assessment of hospital performance: collected background papers [Internet]. Montréal, Québec: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Secteur santé publique, Faculté de médecine, Université de Montréal; 2005. Available from: <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R05-04.pdf>
35. Charalampidou, S., Loughman, J., Nolan, J., Stack, J., Cassidy, L., Pesudovs, K., & Beatty, S. (2011). Prognostic indicators and outcome measures for surgical removal of symptomatic nonadvanced cataract. *Archives of ophthalmology*, 129(9), 1155–61. doi:10.1001/archophthalmol.2011.111

36. Chen, Q., Rosen, A. K., Cevasco, M., Shin, M., Itani, K. M. F., & Borzecki, A. M. (2011). Detecting patient safety indicators: How valid is "foreign body left during procedure" in the Veterans Health Administration? *Journal of the American College of Surgeons*, 212(6), 977–83. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2011.02.003
37. Cheng, J.-W., Xi, G.-L., Wei, R.-L., Cai, J.-P., & Li, Y. (2010). Efficacy and tolerability of nonpenetrating filtering surgery in the treatment of open-angle glaucoma: a meta-analysis. *Ophthalmologica. Journal international d'ophtalmologie. International journal of ophthalmology. Zeitschrift für Augenheilkunde*, 224(3), 138–46. doi:10.1159/000236039
38. Coleman, E. A., Smith, J. D., Frank, J. C., Eilertsen, T. B., Thiare, J. N., & Kramer, A. M. (2002). Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. *International journal of integrated care*, 2, e02–e02.
39. Commission for Health Improvement. Indicators listing for acute Trust [Internet]. 2003. Available from: <http://www.chi.nhs.uk/ratings/>
40. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2008 [Internet]. 2008. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_cartera2008
41. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Lista de verificación. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias; 2010.
42. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Estrategia para la seguridad del paciente [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2006. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/estrategia_seguridad_paciente/06_anexos.pdf
43. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2012. Available from: http://www.calidadsaludandalucia.es/docs/resultados_y_calidad_del_sistema_sanitario_publico_de_andalucia_2012.pdf
44. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2008 [Internet]. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León; 2008. Available from: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/cartera-servicios-atencion-primaria-2008>
45. Consejería de Sanidad y Dependencia Servicio Extremeño de Salud. Junta de Extremadura. Cartera de Servicios de Atención Primaria [Internet]. Servicio Extremeño de Salud; 2007. Available from: http://www.areasaludbadajoz.com/datos/atencion_primaria/CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE SNS.pdf
46. Conselleria de Sanitat Generalitat Valenciana. Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana [Internet]. Generalitat Valenciana, editor. Valencia: Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; 2000. Available from: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5122-2000.pdf>
47. Darwiche, H., Barsoum, W. K., Klika, A., Krebs, V. E., & Molloy, R. (2010). Retrospective analysis of infection rate after early reoperation in total hip arthroplasty. *Clinical orthopaedics and related research*, 468(9), 2392–6. doi:10.1007/s11999-010-1325-5
48. DE Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2011 Mar;10(1):52–77.
49. Del Río Mata J, Conejo Gómez C, Martínez Reina A. Validación extrínseca de los Indicadores de Seguridad de Pacientes de la Agency for Healthcare Research and Quality. *Papeles médicos* [Internet]. 2009 [cited 2013 Jan 8];18(2). Available from: http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4cbd595d4bd5a18_2_articulo4.pdf
50. Departamento de Bienestar Social y Sanidad Gobierno de Aragón. Adenda al anexo I de la orden de 22 de septiembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula el Sistema de Información y Evaluación de los Servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clí [Internet]. 2011. Available from: http://www.aragon.es/estaticos/Atencion Primaria/Adenda_INDICA_CLINIC.pdf
51. Díaz-Agero-Pérez C, Pita-López MJ, Robustillo-Rodela A, Figuerola-Tejerina A, Monge-Jodrá V. [Assessment of the surgical site infection in 14 hospitals of the Madrid Region: an incidence study]. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. 2011 Apr;29(4):257–62.

52. Dougherty, D., Schiff, J., & Mangione-Smith, R. (2011). The Children's Health Insurance Program Reauthorization Act quality measures initiatives: moving forward to improve measurement, care, and child and adolescent outcomes. *Academic pediatrics*, 11(3 Suppl), S1–S10. doi:10.1016/j.acap.2011.02.009
53. Fairbank J, G. M. (1999). Health Outcome Indicators: Fractured proximal fémur. Report of a working group to the Department of Health. Oxford.
54. Fecho, K., Lunney, A. T., Boysen, P. G., Rock, P., & Norfleet, E. A. (2008). Postoperative mortality after inpatient surgery: Incidence and risk factors. *Therapeutics and clinical risk management*, 4(4), 681–8.
55. Federación de Planificación Familiar de España. Aproximación a la salud sexual y reproductiva en España [Internet]. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo; Available from: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Estudio_salud_sexual_y_reproductiva._Observatorio.pdf
56. Felisart J, R. J. (2001). Servicios de Urgencia: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, (BR01/2001. Retrieved from <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/br0101es.pdf>
57. Fine, J. M., Fine, M. J., Galusha, D., Petrillo, M., & Meehan, T. P. (2002). Patient and hospital characteristics associated with recommended processes of care for elderly patients hospitalized with pneumonia: results from the medicare quality indicator system pneumonia module. *Archives of internal medicine*, 162(7), 827–33.
58. Fine, M. J., Smith, M. A., Carson, C. A., Mutha, S. S., Sankey, S. S., Weissfeld, L. A., & Kapoor, W. N. (1996). Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia. A meta-analysis. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 275(2), 134–41.
59. Foley, D. P., Kererakes, D., te Riele, J. A., Nishimura, N., Veldhof, S., Fink, S., Serruys, P. W. (2001). Acute and 6-month clinical and angiographic outcome after implantation of the ACS Duet stent for single-vessel coronary artery disease: final results of the European and US ACS Multi-link Duet Registry. *Catheterization and cardiovascular interventions : official journal of the Society for Cardiac Angiography & Interventions*, 54(1), 25–33.
60. Forel, J.-M., Voillet, F., Pulina, D., Gacouin, A., Perrin, G., Barrau, K., Papazian, L. (2012). Ventilator-associated pneumonia and ICU mortality in severe ARDS patients ventilated according to a lung-protective strategy. *Critical care (London, England)*, 16(2), R65–R65. doi:10.1186/cc11312
61. Friedman, B., Berdahl, T., Simpson, L. A., McCormick, M. C., Owens, P. L., Andrews, R., & Romano, P. S. (2011). Annual Report on Health Care for Children and Youth in the United States: Focus on Trends in Hospital Use and Quality. *Academic Pediatrics*, 11(4), 263–279. doi:10.1016/j.acap.2011.04.002
62. Garcia Armesto S, Medeiros H, Wei L. Information Availability for Measuring and Comparing Quality of Mental Health Care Across OECD Countries. OECD Publishing [Internet]. 2008; OECD Health Technical Papers, No. 20. Available from: [/content/workingpaper/237827772222](http://content/workingpaper/237827772222)
63. Garnick, D. W., DeLong, E. R., & Luft, H. S. (1995). Measuring hospital mortality rates: are 30-day data enough? Ischemic Heart Disease Patient Outcomes Research Team. *Health services research*, 29(6), 679–95.
64. Generalitat de Catalunya. Programa de Vigilancia de las Infecciones Nosocomiales en los Hospitales de Cataluña. Manual 2012. Vigilancia de les infeccions nosocomials als hospitals de Catalunya (VINCat) [Internet]. Generalitat de Catalunya; 2012. Available from: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/VINCat/Documents/Manuals/Arxius/Manual_2012_castellano.pdf
65. González Mateos MJ. Buenas prácticas en seguridad del paciente sistema de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria en el Principado de Asturias [Internet]. [Oviedo: Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios; 2011 [cited 2013 Jan 5]. Available from: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/in_web.pdf
66. Grassman, E. D., Johnson, S. A., & Krone, R. J. (1997). Predictors of success and major complications for primary percutaneous transluminal coronary angioplasty in acute myocardial infarction. An analysis of the 1990 to 1994 Society for Cardiac Angiography and Interventions registries. *Journal of the American College of Cardiology*, 30(1), 201–8.
67. Gruneir, A., Dhalla, I. A., Walraven, C. van, Fischer, H. D., Camacho, X., & Rochon, P. (2011). Unplanned readmissions after hospital discharge among patients identified as being at high risk for readmission using a validated predictive algorithm. *Open Medicine; Vol 5, No 2 (2011)*. Retrieved from <http://www.openmedicine.ca/article/view/419>

68. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico [Internet]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Report No.: Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/24. Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_478_Seguridad_Paciente_AIAQS_compl.pdf
69. Gutiérrez ML, Berraondo I, Bilbao JL, Gorroñoigoitia AI, Gutiérrez M, Gutiérrez B, Olascoaga A, Ozaita N, Rotaache del Campo R, Urbano F. Gutiérrez ML, Berraondo I, Bilbao JL, Gorroñoigoitia AI, Gutiérrez M, Gutiérrez B, Olascoaga A, Ozaita N, Rotaache del C UF. Análisis y desarrollo del plan de actividades preventivas de Atención Primaria. Revisión de la oferta preferente y del programa informático de soporte (PAP). Investigación Comisionada. Informe nº Osteba D-11-01 [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco; 2011. Available from: http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_11_01_ofer_pref.pdf
70. Halm, E. A., Fine, M. J., Kapoor, W. N., Singer, D. E., Marrie, T. J., & Siu, A. L. (2002). Instability on hospital discharge and the risk of adverse outcomes in patients with pneumonia. *Archives of internal medicine*, 162(11), 1278–84.
71. Health at a Glance 2011. (2011). OECD Publishing. Retrieved from http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en
72. National Institute for Health and Clinical Excellence. Caesarean section. NICE clinical guideline 132 [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2011. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13620/57163/57163.pdf>
73. Henderson, J., Graveney, M. J., & Goldacre, M. J. (1993). Should emergency readmissions be used as health service indicators and in medical audit? *Health services management research : an official journal of the Association of University Programs in Health Administration / HSMC, AUPHA*, 6(2), 109–16.
74. Henderson, W. G., Khuri, S. F., Mosca, C., Fink, A. S., Hutter, M. M., & Neumayer, L. A. (2007). Comparison of risk-adjusted 30-day postoperative mortality and morbidity in Department of Veterans Affairs hospitals and selected university medical centers: general surgical operations in men. *Journal of the American College of Surgeons*, 204(6), 1103–14. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2007.02.068
75. Hermann R, Mattke S. Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. *OECD Health Technical Papers*, No 17 [Internet]. 2004; Available from: /content/workingpaper/388745076135
76. Hollingworth, W., Todd, C., Parker, M., Roberts, J. A., & Williams, R. (1993). Cost analysis of early discharge after hip fracture. *BMJ (Clinical research ed.)*, 307(6909), 903–6.
77. Holloway RG, Vickrey BG, Benesch C, Hinchey JA, Bieber J. Development of performance measures for acute ischemic stroke. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2001 Sep;32(9):2058–74.
78. Huang, P., Lin, F.-C., Su, Y.-F., Khor, G.-T., Chen, C.-H., & Lin, R.-T. (2012). Predictors of in-hospital mortality and prognosis in patients with large hemispheric stroke receiving decompressive craniectomy. *British journal of neurosurgery*, 26(4), 504–9. doi:10.3109/02688697.2011.641614
79. Ibrahim J, B. M. (2000). Performance indicators for effective discharge. Victoria. Retrieved from <http://www.health.vic.gov.au/archive/archive2008/discharge/effdisch.pdf>
80. Iezzoni, L. I., Ash, A. S., Shwartz, M., Landon, B. E., & Mackiernan, Y. D. (1998). Predicting in-hospital deaths from coronary artery bypass graft surgery. Do different severity measures give different predictions? *Medical care*, 36(1), 28–39.
81. Institut Català de la Salut. Unitat de Coordinació i Estratègia del Medicament. Estàndard de qualitat de prescripció farmacèutica [Internet]. Barcelona; 2011. Available from: http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/EQPF_2011.pdf
82. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Bernal Delgado E, Abadía-Taira M, García-Armesto S, Martínez-Lizaga N, Ridao-López M, et al. Validación de criterio de los indicadores de seguridad de pacientes (Patient Safety Indicators). Validación mediante comparación con registros de paciente quirúrgico, cuidados obstétricos y cuidados de enfermería [Internet]. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2011. Available from: <http://www.atlasvpm.org/avpm/nodoUser.navegar.do?idObjeto=50&hijos=462&indice=1&subindice=1&marcado=1&vienede=ppal>

83. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Reparación de fractura de cadera en personas mayores. DT 03-2009. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud (VPM) [Internet]. 2009. Available from: <http://www.atlasvpm.org/avpm/nodoUser.navegar.do?idObjeto=123>
84. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. DT 04-2009. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud (VPM) [Internet]. 2009. Available from: <http://www.atlasvpm.org/avpm/nodoUser.navegar.do?idObjeto=241>
85. Instituto de Información Sanitaria – Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Cartera de servicios de atención primaria. Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid; 2010 May. Available from: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion_Primaria_2010.pdf
86. Irarrázaval, M. J., Morán, S., Zalaquett, R., Becker, P., Maturana, G., Fernández, M. Castro, P. (2001). [Coronary reoperation: a 16 years retrospective analysis]. *Revista médica de Chile*, 129(10), 1131–41.
87. Jackson, R. S., Chang, D. C., & Freischlag, J. A. (2012). Comparison of long-term survival after open vs endovascular repair of intact abdominal aortic aneurysm among Medicare beneficiaries. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 307(15), 1621–8. doi:10.1001/jama.2012.453
88. Januel, J. (2012). Systematic review of Patient Safety Indicators (PSI) Validation Studies & Focus on PSI 12. Paris, France.
89. Januel, J.-M., Couris, C.-M., Luthi, J.-C., Halfon, P., Trombert-Paviot, B., Quan, H., Burnand, B. (2011). [ICD-10 adaptation of 15 Agency for Healthcare Research and Quality patient safety indicators]. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 59(5), 341–50. doi:10.1016/j.respe.2011.04.004
90. Jha, A. K., Orav, E. J., Li, Z., & Epstein, A. M. (n.d.). The inverse relationship between mortality rates and performance in the Hospital Quality Alliance measures. *Health affairs (Project Hope)*, 26(4), 1104–10. doi:10.1377/hlthaff.26.4.1104
91. Jiménez A, Elia M, Gracia JA, Artigas C, Lamata F, Martínez M. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria. *Cirugía Española*. 2004;(76(5)):325–30.
92. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures v 4.1.1 [Internet]. 2012. Available from: http://www.jointcommission.org/specifications_manual_for_national_hospital_inpatient_quality_measures.aspx
93. Joynt, K. E., & Jha, A. K. (2012). Thirty-day readmissions--truth and consequences. *The New England journal of medicine*, 366(15), 1366–9. doi:10.1056/NEJMp1201598
94. Kaafarani, H. M. A., Borzecki, A. M., Itani, K. M. F., Loveland, S., Mull, H. J., Hickson, K., Rosen, A. K. (2011). Validity of selected Patient Safety Indicators: opportunities and concerns. *Journal of the American College of Surgeons*, 212(6), 924–34. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2010.07.007
95. Kakkos SK, Caprini JA, Geroulakos G, Nicolaidis AN, Stansby GP, Reddy DJ. Combined intermittent pneumatic leg compression and pharmacological prophylaxis for prevention of venous thromboembolism in high-risk patients. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2008 Jan;(4):CD005258.
96. Karkos, C. D., Sutton, A. J., Bown, M. J., & Sayers, R. D. (2011). A meta-analysis and metaregression analysis of factors influencing mortality after endovascular repair of ruptured abdominal aortic aneurysms. *European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery*, 42(6), 775–86. doi:10.1016/j.ejvs.2011.07.028
97. Kathryn Fitch, Steven J. Bernstein, Mary S. Aguilar, Bernard Burnand, Juan Ramon LaCalle, Pablo Lazaro, Mirjam van het Loo, Joseph McDonnell, Janneke Vader, James P. Kahanby Kathryn Fitch, Steven J. Bernstein, Mary S. Aguilar, Bernard Burnand, Juan Ramon JPK. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual [Internet]. RAND Corporation; 2001. Available from: http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html
98. Kathryn M McDonald, P. S. R. (2002). Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative Data - The Patient Safety Indicators Technical Reviews, No. 5. (University of California San Francisco-Stanford Evidence-based Practice Center, Ed.). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
99. Kim, L. G., P Scott, R. A., Ashton, H. A., & Thompson, S. G. (2007). A sustained mortality benefit from screening for abdominal aortic aneurysm. *Annals of internal medicine*, 146(10), 699–706.

100. Koehler, B. E., Richter, K. M., Youngblood, L., Cohen, B. A., Prengler, I. D., Cheng, D., & Masica, A. L. (2009). Reduction of 30-day postdischarge hospital readmission or emergency department (ED) visit rates in high-risk elderly medical patients through delivery of a targeted care bundle. *Journal of hospital medicine : an official publication of the Society of Hospital Medicine*, 4(4), 211–8. doi:10.1002/jhm.427
101. Kristensen S, Mainz J, Bartels P. Selection of indicators for continuous monitoring of patient safety: recommendations of the project “safety improvement for patients in Europe”. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. 2009 Jun;21(3):169–75. doi:10.1093/intqhc/mzp015
102. Lambie L, Mattke S. Selecting Indicators for the Quality of Cardiac Care at the Health Systems Level in OECD Countries [Internet]. OECD Publishing; 2004. Report No.: OECD Health Technical Papers, No. 14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/230016103828>
103. Lassen, B., Helseth, E., Rønning, P., Scheie, D., Johannesen, T. B., Mæhlen, J., Meling, T. R. (2011). Surgical mortality at 30 days and complications leading to reoperation in 2630 consecutive craniotomies for intracranial tumors. *Neurosurgery*, 68(5), 1259–68; discussion 1268–9. doi:10.1227/NEU.0b013e31820c0441
104. Leatherman ST, Sutherland K, Airoldi M, Health Foundation (Great Britain). Bridging the quality gap: stroke [Internet]. London: Health Foundation; 2008 [cited 2013 Aug 3]. Available from: <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/549/Bridging%20the%20quality%20gap.pdf?realName=0LXBwh.pdf>
105. Lilford, R., & Pronovost, P. (2010). Using hospital mortality rates to judge hospital performance: a bad idea that just won't go away. *BMJ (Clinical research ed.)*, 340, c2016–c2016.
106. Lindsay P, Schull M, Bronskill S, Anderson G. The development of indicators to measure the quality of clinical care in emergency departments following a modified-delphi approach. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2002 Nov;9(11):1131–9.
107. Machiraju, V. R. (2002). How to avoid problems in redo coronary artery bypass. *Journal of cardiac surgery*, 17(1), 20–5.
108. Mahomed, N. N., Barrett, J. A., Katz, J. N., Phillips, C. B., Losina, E., Lew, R. A., Baron, J. A. (2003). Rates and outcomes of primary and revision total hip replacement in the United States medicare population. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 85-A(1), 27–32.
109. Malchau, H., Herberts, P., Eisler, T., Garellick, G., & Söderman, P. (2002). The Swedish Total Hip Replacement Register. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 84-A Suppl, 2–20.
110. Malenka, D. J., O'Rourke, D., Miller, M. A., Hearne, M. J., Shubrooks, S., Kellett, M. A., O'Connor, G. T. (1999). Cause of in-hospital death in 12,232 consecutive patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty. The Northern New England Cardiovascular Disease Study Group. *American heart journal*, 137(4 Pt 1), 632–8.
111. Malone, D. C., & Shaban, H. M. (2001). Adherence to ATS guidelines for hospitalized patients with community-acquired pneumonia. *The Annals of pharmacotherapy*, 35(10), 1180–5.
112. Mamelle, N., David, S., Vendittelli, F., Pinquier, D., Claris, O., Maria, B., & Marès, P. (2002). [Perinatal health indicators in 2001 and its evolution since 1994. Results from the Audipog sentinel network]. *Gynécologie, obstétrique & fertilité*, 30 Suppl 1, 6–39.
113. Martin N. Marshall, Martin O. Roland, Stephen M. Campbell, Sue Kirk, David Reeves, Robert Brook, Elizabeth A. McGlynn PGS. Measuring general practice: a demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators [Internet]. Research NPC, Development Centre U of M, editors. Santa Monica, CA, USA: © The Nuffield Trust; 2003. Available from: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2005/MR1725.pdf
114. Mazinani, B. A. E., Rajendram, A., Walter, P., & Roessler, G. F. (2012). Does surgical experience have an effect on the success of retinal detachment surgery? *Retina (Philadelphia, Pa.)*, 32(1), 32–7. doi:10.1097/IAE.0B013E3182411CD2
115. McDonald, K. M., Davies, S. M., Haberland, C. A., Geppert, J. J., Ku, A., & Romano, P. S. (2008). Preliminary Assessment of Pediatric Health Care Quality and Patient Safety in the United States Using Readily Available Administrative Data. *PEDIATRICS*, 122(2), e416–e425. doi:10.1542/peds.2007-2477

116. McEwan KL, Goldner EM, Canada, Health Canada, Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health (Canada). Accountability and performance indicators for mental health services and supports: a resource kit [Internet]. Ottawa: Health Canada; 2001 [cited 2013 Aug 1]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pdf/apimhss.pdf>
117. Meehan, T. P., Fine, M. J., Krumholz, H. M., Scinto, J. D., Galusha, D. H., Mockalis, J. T., Fine, J. M. (1997). Quality of care, process, and outcomes in elderly patients with pneumonia. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 278(23), 2080–4.
118. Memoria2011 SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA [Internet]. Navarra: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; 2011. Available from: http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Servicio+Navarro+de+Salud/Publicaciones/Memorias/Año+2011/Servicio+Navarro+de+Salud++Osasunbidea.htm
119. Memoria2012 Instituto Catalán de la Salud [Internet]. Barcelona, España: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Institut Català de la Salut; 2012. Available from: http://www.gencat.cat/ics/infocorp/memoria2012/ICS2012_cast/index.html
120. Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit. (2001). Accountability and Performance Indicators for Mental Health Services and Supports. (U. O. B. Columbia, Ed.). Ontario: Health Canada: University Of British Columbia. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/mentalhealth/service>
121. Merchante JM, Vega AM, Hernández AP, Lizarraga CA. [Analysis of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators in public hospitals of the Autonomous Region of Madrid (Spain)]. *Medicina clínica*. 2010 Jul;135 Suppl:3–11. . doi:10.1016/S0025-7753(10)70014-2
122. Merlo, C., Aidala, E., La Scala, E., Carrieri, L., Paglia, I., Drago, S., Trevi, G. (2001). Mortality and morbidity in reoperation comparing to first intervention in coronary revascularization. *The Journal of cardiovascular surgery*, 42(6), 713–7.
123. Millar J, Mattke S. Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries [Internet]. OECD Publishing; 2004. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/800266264370>
124. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable. Madrid. Retrieved from http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2008/Validacion_indicadores_calidad.pdf
125. Ministerio de Sanidad y Consumo. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Available from: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>
126. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
127. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Available from: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatia/CARDIOPATIA/opsc_est20.pdf
128. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Available from: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
129. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21 [Internet]. Madrid; 2007. Available from: http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
130. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Available from: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>
131. Ministerio de Sanidad y Consumo. Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Available from: http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2008/Validacion_indicadores_calidad.pdf

132. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. El Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR). Un sistema nacional de comunicación de incidentes en anestesia [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. Available from: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformeSENSAR.pdf>
133. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid; 2009. Available from: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>
134. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Proyecto AP-21. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria del siglo XXI [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2009. Available from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/ProyectoAP21/objetivosAP21.htm>
135. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Proyecto Diseño de indicadores y ejes de análisis de los datos del CMBD de hospitalización del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria; 2011. Available from: <https://icmbd.mspsi.es/icmbd/docs/modeloIndicadores.pdf>
136. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sistema de información del Sistema Nacional de Salud. Indicadores clave [Internet]. Madrid; 2011. Available from: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/docsInclSNS2011/INCLASNS_2011_MetodyFichas.pdf
137. Miyata, H., Hashimoto, H., Horiguchi, H., Fushimi, K., & Matsuda, S. (2010). Assessment of hospital performance with a case-mix standardized mortality model using an existing administrative database in Japan. *BMC health services research*, 10, 130–130. doi:10.1186/1472-6963-10-130
138. Momin, E. N., Adams, H., Shinohara, R. T., Frangakis, C., Brem, H., & Quiñones-Hinojosa, A. (2012). Postoperative mortality after surgery for brain tumors by patient insurance status in the United States. *Archives of surgery (Chicago, Ill. : 1960)*, 147(11), 1017–24. doi:10.1001/archsurg.2012.1459
139. Montalvo I. The National Database of Nursing Quality Indicators™ (NDNQI®). *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2007 Sep;12(3(2)).
140. Moreno Domene P, Estévez Lucas J, Moreno Ruiz J. Indicadores de Gestión Hospitalaria. *Sedisa s XXI* [Internet]. 2010;(17). Available from: <http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article38>
141. Mullen, J. O., & Mullen, N. L. (1992). Hip fracture mortality. A prospective, multifactorial study to predict and minimize death risk. *Clinical orthopaedics and related research*, (280), 214–22.
142. National Center for Quality Assessment. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals. PATH Indicators descriptive sheets' 09/10 [Internet]. National Center for Quality Assessment; 2009. Available from: http://pathqualityproject.eu/upload/file/path_20092010_indicators_descriptive_sheets.pdf
143. National Health Service. A guide for review and improvement of hospital based heart failure services [Internet]. NHS Improvement, National Health Service; 2011. Available from: http://www.improvement.nhs.uk/documents/HF_Hospital_Improvement_Guide_Nov2011.pdf
144. National Institute for Health and Clinical Excellence. Reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010. Report No.: NICE clinical guideline 92. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12695/47195/47195.pdf>
145. National Institute for Health and Clinical Excellence. Secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008. Report No.: NICE clinical guideline 48. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11008/30493/30493.pdf>
146. National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Acute myocardial infarction: hospital 30-day, all-cause, risk-standardized mortality rate (RSMR) following AMI hospitalization. [Internet]. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2010. Available from: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=35572>
147. National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Heart failure: hospital 30-day, all-cause risk-standardized readmission rate (RSRR) following HF hospitalization. [Internet]. [cited 2009 Jul 20]. Available from: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=35576>

148. National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Inpatient Quality Indicators Technical Specifications [Internet]. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012 Mar. Available from: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec.aspx#
149. National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Patient Safety Indicators. PSI 12, Technical Specifications. Version 4.4. [Internet]. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012 Mar. Available from: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx
150. National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Pediatric Quality Indicators Technical Specifications [Internet]. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012 Mar. Available from: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec.aspx#
151. National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Prevention Quality Indicators Technical Specifications - Version 4.4. [Internet]. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2012 Mar. Available from: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec.aspx#
152. NHS Performance Assessment Framework. (n.d.). Retrieved from http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/Browsable/DH_4992217
153. O'Connor, C. M., Miller, A. B., Blair, J. E. A., Konstam, M. A., Wedge, P., Bahit, M. C., Gheorghiade, M. (2010). Causes of death and rehospitalization in patients hospitalized with worsening heart failure and reduced left ventricular ejection fraction: results from Efficacy of Vasopressin Antagonism in Heart Failure Outcome Study with Tolvaptan (EVEREST) program. *American heart journal*, 159(5), 841–849.e1. doi:10.1016/j.ahj.2010.02.023
154. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Health at a Glance 2011 [Internet]. OECD Publishing; 2011. Available from: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en
155. Parker M, Handoll H. Artroplastia de reemplazo versus fijación interna para la fractura extracapsular de cadera en adultos (Revisión Cochrane traducida) [Internet]. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.): La Biblioteca Cochrane Plus; 2008. Report No.: 4. Available from: <http://www.update-software.com>
156. Parra P, Calle JE, Ramón T, Peiró S MR. Indicadores de Calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud. Sociedad Española de Calidad Asistencial [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2012. Available from: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/335.pdf>
157. Peterson ED, Shah BR, Parsons L, Pollack CV, French WJ, Canto JG, et al. Trends in quality of care for patients with acute myocardial infarction in the National Registry of Myocardial Infarction from 1990 to 2006. *American heart journal*. 2008 Dec;156(6):1045–55.
158. Pita MJ, Díaz-Agero C, Robustillo A, Prieto I, Gómez P, Monge V. [Quality indicators in an intensive care unit: a two-year healthcare-associated infection surveillance program]. *Revista de calidad asistencial: organo de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*. 2012;27(2):103–7.
159. Pitches, D. W., Mohammed, M. A., & Lilford, R. J. (2007). What is the empirical evidence that hospitals with higher-risk adjusted mortality rates provide poorer quality care? A systematic review of the literature. *BMC health services research*, 7, 91–91. doi:10.1186/1472-6963-7-91
160. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (Espanya), Ministerio de Ciencia e Innovación, Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal: versión resumida. [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010 [cited 2013 Aug 2]. Available from: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
161. Poyen, V., Silvestri, M., Labrunie, P., & Valeix, B. (2003). Indications of coronary angioplasty and stenting in 2003: what is left to surgery? *The Journal of cardiovascular surgery*, 44(3), 307–12.
162. Rasmussen, O. B., Pedersen, B. L., Wilken-Jensen, C., & Vejerslev, L. O. (2000). Stratified rates of cesarean sections and spontaneous vaginal deliveries. Data from five labor wards in Denmark--1996. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 79(3), 227–31.
163. Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B., Turner, M. B. (2012). Heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 125(1), e2–e220. doi:10.1161/CIR.0b013e31823ac046

164. Rosenberg, A. L., & Watts, C. (2000). Patients readmitted to ICUs* : a systematic review of risk factors and outcomes. *Chest*, 118(2), 492–502.
165. Rosenthal, G. E., Shah, A., Way, L. E., & Harper, D. L. (1998). Variations in standardized hospital mortality rates for six common medical diagnoses: implications for profiling hospital quality. *Medical care*, 36(7), 955–64.
166. Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence. The management of pressure ulcers in primary and secondary care. A Clinical Practice Guideline [Internet]. London; 2005 p. 245. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG029fullguideline.pdf>
167. Salvat-Plana M, Abilleira S, Jiménez C, Marta J, Gallofré M. [Prioritization of performance measures for assessment of hospital-based stroke care quality through a consensus method]. *Revista de calidad asistencial: organo de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*. 2011;26(3):174–83.
168. Sarasqueta, C., Escobar, A., Arrieta, Y., Azcárate, J., Etxebarria-Foronda, I., González, I., Linertová, R. (2012). [Primary hip replacement: first year results and predictive factors of poor outcome]. *Revista española de cirugía ortopédica y traumatología*, 56(1), 3–10. doi:10.1016/j.recot.2011.09.004
169. SCCM Quality Indicators Committee. (1995). Candidate Critical Care Quality Indicators. Anaheim, CA.
170. Schelbert EB, Rumsfeld JS, Krumholz HM, Canto JG, Magid DJ, Masoudi FA, et al. Ischaemic symptoms, quality of care and mortality during myocardial infarction. *Heart (British Cardiac Society)*. 2008 Feb;94(2):e2.
171. Serra-Sutton V, Allepuz A, Espallargues M, MV Pons J. Revisión de registros de artroplastias: experiencias internacionales [Internet]. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2008. Available from: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/in08reg_artr_intern_es.pdf
172. Serra-Sutton V, T. C. C. (2012). Segundo informe datos de 2005-2010. Barcelona. Retrieved from http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/racat_artroplastias_2inf2005-2010_aiaqs2012_es.pdf
173. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Memoria 2008 Servicio de Salud del Principado de Asturias [Internet]. Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2008. Available from: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/MEMORIA_SESPA_08.pdf
174. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid. Cartera de Servicios estandarizados de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid [Internet]. Madrid; 2007. Available from: http://www.ampap.es/profesion/pdf/cartera_AP_2007.pdf
175. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad Región de Murcia. Contrato de Gestión [Internet]. Murcia; 2005. Available from: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/153131-cartera_sms.pdf
176. Smith, D. M., Giobbie-Hurder, A., Weinberger, M., Oddone, E. Z., Henderson, W. G., Asch, D. A., Mengel, C. E. (2000). Predicting non-elective hospital readmissions: a multi-site study. Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Readmissions. *Journal of clinical epidemiology*, 53(11), 1113–8.
177. Sociedad española de Medicina intensiva, crítica y unidades coronarias (SEMICYUC), Sociedad española de Enfermería intensiva y unidades coronarias (SEEIUC). Protocolo de prevención de las neumonías relacionadas con ventilación mecánica en las UCI españolas. Neumonía Zero. Versión 4 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Available from: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/protocolo_nzero.pdf
178. Story, D. A. (2011). Postoperative mortality and complications. Best practice & research. *Clinical anaesthesiology*, 25(3), 319–27. doi:10.1016/j.bpa.2011.05.003
179. Swedish Association of Local Authorities and Regions, The National Board of Health and Welfare. Quality and Efficiency in Swedish Health Care. Regional comparisons 2010 [Internet]. Stockholm; 2010. Available from: http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39980_1.pdf
180. Swedish Association of Local Authorities and Regions. (2009). Quality and Efficiency in Swedish Health Care Regional comparisons 2009 County Council Comparisons – Figures Description of Indicators. Retrieved from <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18023/2010-4-37.pdf>
181. The Joanna Briggs Institute Best Practice. Úlcera por presión-Manejo de las lesiones por presión. Best Practice [Internet]. 2008 [cited 2013 Aug 2];12(3). Available from: http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/bpis/pdf/jb/2008_12_3_manejo_lesiones_por_presion.pdf

182. The Joint Commission. Implementation Guide for The Joint Commission Patient Blood Management Performance Measures [Internet]. 2011. Available from: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/pbm_implementation_guide_20110624.pdf
183. The Joint Commission. Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set [Internet]. 2009. Available from: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf>
184. Thomas, J. W. (1996). Does risk-adjusted readmission rate provide valid information on hospital quality? *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 33(3), 258–70.
185. Thomson, R. G., McElroy, H., & Kazandjian, V. A. (1997). Maryland Hospital Quality Indicator Project in the United Kingdom: an approach for promoting continuous quality improvement. *Quality in health care : QHC*, 6(1), 49–55.
186. Trujillo-Santos AJ, Domingo-González S, Gonzalo-Blanquer J, Perea-Milla E, Jiménez-Puente A, García-Alegria J. [Quality of care indicators related to premature readmission and death after hospitalization for heart failure]. *Medicina clínica*. 2006 Feb;126(5):165–9.
187. Uçkay I, Ahmed QA, Sax H, Pittet D. Ventilator-associated pneumonia as a quality indicator for patient safety? *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2008 Feb;46(4):557–63.
188. Van der Griend, B. F., Lister, N. A., McKenzie, I. M., Martin, N., Ragg, P. G., Sheppard, S. J., & Davidson, A. J. (2011). Postoperative mortality in children after 101,885 anesthetics at a tertiary pediatric hospital. *Anesthesia and analgesia*, 112(6), 1440–7. doi:10.1213/ANE.0b013e318213be52
189. Van Walraven, C., Jennings, A., Taljaard, M., Dhalla, I., English, S., Mulpuru, S., Forster, A. J. (2011). Incidence of potentially avoidable urgent readmissions and their relation to all-cause urgent readmissions. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 183(14), E1067–72. doi:10.1503/cmaj.110400
190. Varela G, Molins L, Astudillo J, Borro JM, Canalís E, Freixinet J, et al. [Pilot benchmarking study of thoracic surgery in Spain: comparison of cases of lung resection and indicators of quality]. *Archivos de bronconeumología*. 2006 Jun;42(6):267–72.
191. Veillard J, G. A.-L. (2003). Selection of indicators for hospital performance measurement: a report on the 3rd and 4th Workshop on Hospital Performance Assesment. Barcelona, Spain. Retrieved from <http://www.euro.who.int/document/e84679.pdf>
192. Weingart SN, Iezzoni LI, Davis RB, Palmer RH, Cahalane M, Hamel MB, et al. Use of administrative data to find substandard care: validation of the complications screening program. *Medical care*. 2000 Aug;38(8):796–806.
193. Zhan, C., Kaczmarek, R., Loyo-Berrios, N., Sangl, J., & Bright, R. A. (2007). Incidence and short-term outcomes of primary and revision hip replacement in the United States. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 89(3), 526–33. doi:10.2106/JBJS.F.00952
194. Zrelak, P. A., Utter, G. H., Sadeghi, B., Cuny, J., Baron, R., & Romano, P. S. (2012). Using the Agency for Healthcare Research and Quality patient safety indicators for targeting nursing quality improvement. *Journal of nursing care quality*, 27(2), 99–108. doi:10.1097/NCQ.0b013e318237e0e3

Anexo I

Listado de indicadores de efectividad de hospitales remitidos al grupo Delphi en la fase I

1		Tasa de cesáreas tras excluir partos con alto riesgo de cesáreas (%)
FORMULA	NUMERADOR	Nº de partos por cesárea
	DENOMINADOR	Nº total de partos
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Exclusiones: partos antes de la semana 37, muerte fetal, gestaciones múltiples, parto en podálica, presentación anómala (según códigos CIE-10: O30 (O30.0, O30.1, O30.2, O30.8, O30.9) O31.1, O32.1, O32.2, O32.3, O32.5, O36.4, O60, O63.2, O64.5, O66.1, O75.6, O81, P01.5, Z37.1, Z37.2, Z37.3, Z37.4, Z37.5, Z37.6, Z37.7). Inclusiones según códigos CIE-9: 74, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99, según CIE-10: O82	
REF.	67	

2		Cesáreas en gestantes primíparas sin complicaciones
FORMULA	NUMERADOR	Nº de primíparas con edades entre 24 y 30 años con gestaciones no complicadas que se sometieron a cesárea en los últimos 5 años
	DENOMINADOR	Nº total de mujeres de 20 a 34 años con gestaciones no complicadas que dieron a luz durante ese periodo
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Para comparar con el anterior indicador	
REF.	92	

3		Cesáreas en gestantes primíparas sin complicaciones
FORMULA	NUMERADOR	Nº de mujeres con histerectomía que cumplían los criterios del denominador y que fueron reingresadas en el periodo de 7 a 28 días posteriores con uno de los diagnósticos primarios determinados
	DENOMINADOR	Nº total de mujeres que han sido histerectomizadas por indicaciones relacionadas con no malignidad y que sobrevivieron 28 días posteriores
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Diagnósticos primarios según ICD-10: antes de 28 días: D62, K560, K567, I978, I979, J954, J958, J959, T814; antes de 7 días: N390, R33, R3912.	
REF.	92	

4			Casos de traumatismo en el nacimiento, lesión a neonatos por 1.000 nacidos vivos	
FORMULA	NUMERADOR	N° de altas con códigos CIE-9 para traumatismo al nacimiento como cualquier diagnóstico		
	DENOMINADOR	N° de neonatos de 0 a 28 días con códigos CIE-9 para nacimientos en hospital		
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD		
	DENOMINADOR	CMBD		
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Exclusiones: niños con: hemorragia subdural o cerebral y códigos de diagnóstico de recién nacido pre-término (peso inferior a 2.500 gr y menos de 37 semanas de gestación o menos de 34 semanas de gestación), lesión ósea (767.3, 767.4) y código de diagnóstico de osteogénesis imperfecta (756.51)			
REF.	74			

5			Casos de trauma obstétrico (laceraciones de 3° o 4° grado) por 1.000 partos vaginales instrumentalizados	
FORMULA	NUMERADOR	N° de altas con códigos CIE-9 para traumatismo obstétrico de 3° o 4° grado como cualquier diagnóstico o procedimiento		
	DENOMINADOR	N° de altas de partos vaginales instrumentalizados		
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD		
	DENOMINADOR	CMBD		
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS				
REF.	74			

6			Casos de trauma obstétrico (laceraciones de 3° o 4° grado) por 1.000 partos vaginales sin instrumentalización	
FORMULA	NUMERADOR	N° de altas con códigos CIE-9 para traumatismo obstétrico de 3° o 4° grado como cualquier diagnóstico o procedimiento por 1.000 partos vaginales no instrumentalizados		
	DENOMINADOR	N° total de altas por partos vaginales		
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD		
	DENOMINADOR	CMBD		
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Exclusiones: partos asistidos con instrumentalización			
REF.	74			

7		Casos de trauma obstétrico (laceraciones de 3° o 4° grado) por 1.000 cesáreas
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con códigos CIE-9 para traumatismo obstétrico en cualquier diagnóstico o procedimiento por 1.000 cesáreas
	DENOMINADOR	Nº total de cesáreas
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	74	

8		Readmisión por tratamiento post-histerectomía
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes en el denominador que reingresan, de forma no programada, por diagnóstico relacionado con los cuidados iniciales*
	DENOMINADOR	Número de pacientes sometidas a procedimiento de histerectomía.**
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	* Se incluyen en el denominador los diagnósticos de: anemia posthemorrágica aguda, ileo paralítico, infección del tracto urinario, retención de orina, complicaciones cardiacas resultado del procedimiento, infección sitio quirúrgico. **Se excluyen del denominador la exenteración pélvica, los procedimientos mayores en gestantes, durante el parto, cancer in situ y neoplasias de comportamiento incierto	
REF.	21	

9		Tasa de cesareas
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes en el denominador sometidas a procedimiento de cesárea
	DENOMINADOR	Número total de pacientes que ingresan para parto
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	21	

10 Trauma obstétrico vaginal		
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con códigos CIE-9 para traumatismos obstétricos como cualquier diagnóstico o procedimiento
	DENOMINADOR	Nº total de partos vaginales
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se incluyen partos instrumentalizados	
REF.	52	

11 Trauma obstétrico en cesárea		
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con códigos CIE-9 para traumatismos obstétricos como cualquier diagnóstico o procedimiento por 100 cesáreas
	DENOMINADOR	Nº total de cesáreas
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	52	

12 Problemas con el parto		
FORMULA	NUMERADOR	Fallecimiento de la madre o grave morbilidad asociada con el momento del parto o alumbramiento
	DENOMINADOR	Nº total de partos y alumbramientos
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	52	

13			Tasa de mortalidad en pacientes ingresados por ictus durante 30 días de ingreso en el mismo hospital
FORMULA	NUMERADOR	Nº de fallecimientos en el hospital que ocurren antes de 30 días del ingreso primario por ictus	
	DENOMINADOR	Nº total de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico principal ictus	
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD	
	DENOMINADOR	CMBD	
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Códigos según CIE-9:430, 431, 432, 433, 434, y 436. Códigos según CIE-10: I61, I62, I63, y I64		
REF.	67		

14			Tasa de mortalidad en pacientes ingresados por ictus en las primeras 24-48 horas
FORMULA	NUMERADOR		
	DENOMINADOR		
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD	
	DENOMINADOR	CMBD	
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	subindicador del 24		
REF.	67		

15			Tasa de Mortalidad por Ictus (en mayores de 65 años)
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante su ingreso en el hospital o hasta 29 días (inclusive) después del alta.	
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 65 años de edad ingresados con diagnóstico primario de Ictus.	
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	Registros de Mortalidad	
	DENOMINADOR	CMBD	
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Ictus (códigos CIE-9 430-434,436-438) (CIE-10 I60-I69) Se excluyen en el denominador aquellas estancias que terminan en éxitus en los dos primeros días desde el ingreso. Las muertes de aquellos pacientes transferidos desde otro hospital serán asignadas al hospital desde el que se transfiere hasta los 29 días del traslado.		
REF.	21		

16		Tasa de Mortalidad Hospitalaria por Ictus en adultos
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso.
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico principal de Ictus.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Ictus (códigos CIE-9 430-434,436-438) (CIE-10 I60-I69) Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).	
REF.	21	

17		Readmisión por tratamiento de Ictus
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes en el denominador que reingresan, de forma no programada, dentro de los 15/30 días posteriores al alta por curación o mejoría de diagnóstico relacionado
	DENOMINADOR	Número de pacientes ingresados por Ictus
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	CIE-10 I62-I64	
REF.	21	

18		Porcentaje de pacientes mayores de 50 años dados de alta a su residencia habitual dentro de los 56 días desde su ingreso por Ictus
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador en las cuales el paciente es dado de alta a su residencia habitual entre el día 0 y el 55 (incluido) desde su ingreso
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 50 años ingresados con diagnóstico primario de Ictus.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD/Registro Urgencias
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Ictus (códigos CIE-9 I61-I64) Se excluyen en el denominador aquellas estancias que terminan en éxitus en los dos primeros días desde el ingreso.	
REF.	21	

19	Tasa de mortalidad en pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio durante 30 días de ingreso en el mismo hospital	
FORMULA	NUMERADOR	Nº de fallecimientos en el hospital que ocurren antes de 30 días del ingreso primario por IAM
	DENOMINADOR	Nº total de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico principal IAM
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Códigos según CIE-9: 410. Códigos según CIE-10: I21, I22	
REF.	67	

20	Tasa de mortalidad en pacientes ingresados por IAM en las primeras 24-48 horas	
FORMULA	NUMERADOR	
	DENOMINADOR	
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	
	DENOMINADOR	
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	subindicador del 41	
REF.	67	

21	Porcentaje de pacientes con fallo cardiaco que fallecen o son readmitidos antes de los 30 días siguientes al alta	
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes que fallecen o reingresan por insuficiencia cardiaca antes de 30 días tras el alta hospitalaria
	DENOMINADOR	Número de pacientes con insuficiencia cardiaca como diagnóstico principal dados de alta hospitalaria
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	
	DENOMINADOR	
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Código ICD-10: I50, I110, I420, I426	
REF.	92	

22		Pacientes con infarto agudo de miocardio a los que se les ha prescrito beta bloqueantes al alta
FORMULA	NUMERADOR	Nº de pacientes con IAM a los que se les prescribe beta bloqueantes al alta
	DENOMINADOR	Nº total de pacientes con IAM
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	Historia clínica
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Inclusiones: códigos CIE-9 para diagnósticos al alta: 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 y registro de fracción de eyección del ventrículo izquierdo < 40 % o registro de disfunción sistólica ventricular moderada o severa. Exclusiones: menores de 18 años, estancia del ingreso > 120 días, pacientes que participan en ensayos clínicos, dados de alta a otro hospital, alta voluntaria, pacientes fallecidos, alta a domicilio para cuidados paliativos, alta a centro para cuidados paliativos, registro de no administrar beta bloqueantes.	
REF.	42	

23		Tasa de Mortalidad Hospitalaria por Infarto de Miocardio en adultos
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso.
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico primario de Infarto de Miocardio.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).	
REF.	21	

24		Tasa de mortalidad por cirugía de revascularización coronaria
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso.
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 40 años intervenidos para procedimiento de revascularización coronaria.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).	
REF.	21	

25		Tasa de mortalidad por insuficiencia cardíaca congestiva
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso.
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca congestiva.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes con cualquier otra codificación de fallo cardíaco o procedimiento cardíaco, a aquellos derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).	
REF.	21	

26		Readmisión no programada por fallo cardíaco y shock o condición relacionada
FORMULA		Número de pacientes con reingreso no programado en hospital a los 15/30 días de haber sido dados de alta por fallo cardíaco, shock o condición relacionada. (hay varios GRD asociados: 127,140)
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).	
REF.	21	

27		Reintervenciones de bypass de arteria coronaria con injerto en menos de 6 meses desde el alta
FORMULA	NUMERADOR	Nº de pacientes con reintervenciones de bypass de artria coronaria con injerto en menos de 6 meses desde el alta
	DENOMINADOR	Nº de altas de bypass de arteria coronaria con injerto
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	46	

28	Mortalidad en angioplastia coronaria transluminal percutánea	
FORMULA	NUMERADOR	Nº de fallecimientos en hospital en pacientes con ACTP
	DENOMINADOR	Nº de ACTP realizadas
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	46	

29	Bypass de arteria coronaria con injerto después de ACTP	
FORMULA	NUMERADOR	Nº de pacientes que han tenido un bypass de arteria coronaria con injerto antes de 24 horas tras ACTP
	DENOMINADOR	Nº de pacientes que se les ha realizado ACTP
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	Historia clínica
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	46	

30	Repetición de ACTP antes de 30 días tras el alta	
FORMULA	NUMERADOR	Nº de pacientes que han tenido una segunda ACTP realizada antes de 30 días tras el alta
	DENOMINADOR	Nº de ACTP realizadas
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	Historia clínica
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	46	

31			Tasa de embolismo pulmonar masiva o trombosis venosa profunda tras intervenciones quirúrgicas
FORMULA	NUMERADOR	Nº de embolismos pulmonares masivos o trombosis venosas profundas tras intervenciones quirúrgicas registradas como diagnóstico secundario	
	DENOMINADOR	Nº total de intervenciones quirúrgicas en mayores de 18 años	
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD	
	DENOMINADOR	CMBD	
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Inclusiones: según CIE-9: 41511, 41519, 45111, 45119, 4512, 45181, 4519, 45340, 45341, 45342, 4538, 4539; según CIE-10: I26.0, I26.9, I80.1, I80.2, I80.3, I80.8, I80.9, I82.8, I82.9. Exclusiones: según CIE-9: 387; según CIE-10: KPHB30, A34, F53, O00-O99, Z32-Z37, Z39, Z64.0, EPM o TVP como diagnóstico principal, cuando la interrupción de la vena cava es el único procedimiento quirúrgico, cuando la interrupción de la vena cava ocurre antes o el mismo día que la intervención principal, estancia menor de 2 días.		
REF.	67		

32			Casos de reacciones transfusionales por 1.000 altas
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con códigos CIE-9 para reacción transfusional como diagnóstico secundario	
	DENOMINADOR	Nº total de informes médicos o quirúrgicos en mayores de 18 años definidos por específicos GRDs	
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD	
	DENOMINADOR	CMBD	
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS			
REF.	74		

33			Porcentaje de intervenciones de cirugía mayor ambulatoria realizadas por día en un hospital
FORMULA	NUMERADOR	Nº de intervenciones de cirugía mayor ambulatoria incluidas en la selección del denominador realizadas por día	
	DENOMINADOR	Nº de pacientes sometidos a una selección de intervenciones	
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD	
	DENOMINADOR	CMBD	
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Inclusiones según CIE-9: artroscopia rodilla 80.26, hernioplastia inguinal 53.0, 53.1, 53.21, tonsilectomía y/o adenoidectomía 28.2 and 28.3, colecistectomía 51.22 and 51.23, eliminación y ligadura de varices 38.59.		
REF.	67		

34		Porcentaje de intervenciones por día de hernia inguinal
FORMULA	NUMERADOR	Nº de intervenciones por día de hernia inguinal
	DENOMINADOR	Nº total de intervenciones de hernia inguinal
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Código ICD-10: K40.2, K40.9	
REF.	92	

34		Porcentaje de intervenciones por día de hernia inguinal
FORMULA	NUMERADOR	Nº de intervenciones por día de hernia inguinal
	DENOMINADOR	Nº total de intervenciones de hernia inguinal
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Código ICD-10: K40.2, K40.9	
REF.	92	

35		Porcentaje de complicaciones quirúrgicas en los primeros 30 días tras colecistectomía programada
FORMULA	NUMERADOR	Nº de pacientes que tienen una o más complicaciones quirúrgicas en los primeros 30 días tras la colecistectomía
	DENOMINADOR	Nº total de pacientes que fueron sometidos a colecistectomía programada
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	Historia clínica
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Excluida cirugía urgente. Complicaciones a considerar: hemorragia, necrosis, fistula biliar, perforación de colon, lesión en el conducto biliar.	
REF.	92	

36			Porcentaje de pacientes intervenidos antes de los 14 días de estenosis sintomática de arteria carótida
FORMULA	NUMERADOR	Nº de pacientes sometidos a endarterectomía en los primeros 14 días tras el inicio de síntomas de una estenosis de carótida	
	DENOMINADOR	Nº total de pacientes sometidos a endarterectomía	
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	Historia clínica	
	DENOMINADOR	CMBD	
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS			
REF.	92		

37			Altas con cuerpo extraño accidental durante un procedimiento por 1.000 altas
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con códigos CIE-9 para cuerpo extraño accidental durante un procedimiento como diagnóstico secundario	
	DENOMINADOR	Nº total de altas médicas y quirúrgicas en pacientes mayores de 18 años definidos por GRDs específicos	
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD	
	DENOMINADOR	CMBD	
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Exclusiones: pacientes con códigos CIE-9 para cuerpo extraño durante una intervención como diagnóstico principal		
REF.	74		

38			Casos de hematoma o hemorragia por 1.000 altas quirúrgicas
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con códigos CIE-9 para hemorragia o hematoma postquirúrgicos como diagnóstico secundario y código para control postoperatorio de hemorragia o drenaje de hematoma respectivamente en cualquier procedimiento	
	DENOMINADOR	Nº total de altas en pacientes mayores de 18 años definidos por GRDs específicos y código CIE-9 para procedimientos quirúrgicos	
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD	
	DENOMINADOR	CMBD	
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Exclusiones: códigos CIE-9 para hematoma o hemorragia postquirúrgica como diagnóstico principal, si la intervención es el control de la hemorragia o el drenaje del hematoma, si el control de la hemorragia o drenaje del hematoma ocurre antes de la primera intervención, gestación, parto y puerperio		
REF.	74		

39		Casos de trastornos metabólicos o fisiológicos específicos por 1.000 altas de procedimientos quirúrgicos
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con trastornos metabólicos o fisiológicos según códigos CIE-9 como diagnóstico secundario.
	DENOMINADOR	Nº total de altas de procedimientos quirúrgicos electivos en pacientes mayores de 18 años definidos por GRDs específicos y procedimientos quirúrgicos según códigos CIE-9
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Altas con fallo renal agudo debe ser acompañado por el código de diálisis (3995, 5498). Exclusiones: códigos CIE-9 para trastornos metabólicos o fisiológicos como diagnóstico principal, diagnóstico principal con código CIE-9 para fallo renal agudo, cuando el fallo renal agudo que precisa diálisis ocurre el día anterior o el mismo día que la primera intervención, diagnóstico de cetoacidosis, hiperosmolaridad u otros comas y diagnóstico principal de diabetes, con diagnóstico secundario de fallo renal agudo y diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio, arritmia cardíaca, parada cardíaca, shock, hemorragia o hemorragia gastrointestinal; con embarazo, parto y puerperio, con enfermedades respiratorias, con trastornos circulatorios	
REF.	74	

40		Casos de insuficiencia respiratoria aguda por 1.000 altas quirúrgicas electivas
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con insuficiencia respiratoria aguda según códigos CIE-9 (518.81) como diagnóstico secundario.
	DENOMINADOR	Nº total de altas en pacientes mayores de 18 años definidos por GRDs específicos y código CIE-9 para procedimientos quirúrgicos
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Códigos CIE-9 para procedimientos de reintubación postquirúrgica en relación con el número de días tras la intervención: 96.04 \geq 1 día, 96.70 o 96.71 \geq 2 días, o 96.72 \geq 0 días	
REF.	74	

41		Casos de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar por 1.000 altas quirúrgicas
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con códigos CIE-9 para TVP o EP como diagnóstico secundario
	DENOMINADOR	Nº total de informes quirúrgicos en pacientes mayores de 18 años definidos por GRDs específicos y código CIE-9 para procedimientos quirúrgicos
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Inclusiones: TVP o EP con códigos CIE-9 como diagnóstico principal, donde un procedimiento de interrupción de la vena cava es un único procedimiento, cuando el procedimiento de interrupción de la vena cava ocurre antes o el mismo día que la primera intervención, en gestación, parto o puerperio	
REF.	74	

42		Casos de sepsis por 1.000 intervenciones programada con estancia superior a 4 días
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con código CIE-9 para sepsis como diagnóstico secundario
	DENOMINADOR	Nº total de altas quirúrgicas programadas en pacientes mayores de 18 años definidos por GRDs específicos y código CIE-9 para intervenciones quirúrgicas
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Exclusiones: con códigos CIE-9 para sepsis como diagnóstico principal; con diagnóstico principal de infección; inmunocomprometidos o cáncer, con gestación, parto o puerperio; con una estancia menor de 4 días	
REF.	74	

43		Casos de nueva sutura por apertura postquirúrgica de la pared abdominal por 1.000 casos de cirugía abdominopélvica
FORMULA	NUMERADOR	Nº de informes con códigos CIE-9 para nueva sutura de reapertura postquirúrgica de la pared abdominal (54.61) en cualquier procedimiento
	DENOMINADOR	Nº total de altas por cirugía abdominopélvica
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Exclusiones: cuando un procedimiento de nueva sutura de la pared abdominal ocurre antes o el mismo día que la primera intervención abdominopélvica, con estancia menor de dos días, con estado inmunocomprometido, con embarazo, parto o puerperio	
REF.	74	

44 Casos de dificultad técnica (ej. Corte accidental, laceración) por 1.000 informes		
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas en mayores de 18 años con códigos CIE-9 de dificultad técnica como diagnóstico secundario
	DENOMINADOR	Nº total de altas médicas y quirúrgicas definidos por GRDs específicos
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Exclusiones: códigos CIE-9 para dificultad técnica como diagnóstico principal, y con gestación, parto o puerperio	
REF.	74	

45 Tasa de Mortalidad por Cirugía General		
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador en las cuales el paciente muere en el hospital o hasta 29 días (inclusive) después del alta médica.
	DENOMINADOR	Número de pacientes con un procedimiento quirúrgico.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	Registros de Mortalidad
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Existen dos variantes según la lista de procedimientos quirúrgicos clasificados en procedimientos electivos (A) o no electivos (B)	
REF.	21	

46 Tasa de Mortalidad perioperatoria		
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante su ingreso en el hospital, antes o después de la realización de un procedimiento quirúrgico
	DENOMINADOR	Número de pacientes con un procedimiento quirúrgico.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se cuentan en el numerador las estancias con resultado de muerte desde el primer minuto de ingreso debido a procedimiento quirúrgico. Indicador de cuidador pre y post quirúrgicos	
REF.	21	

47			Mortalidad en pacientes sometidos a resección esofágica por cáncer de esófago	
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso.		
	DENOMINADOR	Número de pacientes sometidos a procedimiento de resección esofágica por cáncer de esófago.		
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD		
	DENOMINADOR	CMBD		
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes sometidos a resección esofágica que no hayan sido diagnosticados de cáncer de esófago, a aquellos derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).			
REF.	21			

48			Mortalidad en pacientes sometidos a resección pancreática	
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso.		
	DENOMINADOR	Número de pacientes sometidos a procedimiento de resección pancreática por cáncer de páncreas.		
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD		
	DENOMINADOR	CMBD		
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).			
REF.	21			

49			Mortalidad pediátrica por cirugía cardíaca	
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso		
	DENOMINADOR	Número de pacientes menores de 14 años sometidos a un procedimiento de cirugía cardíaca durante su estancia y/o con diagnóstico de síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo		
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD		
	DENOMINADOR	CMBD		
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).			
REF.	21			

50		Mortalidad por craneotomía (excepto trauma)
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso
	DENOMINADOR	Número en pacientes mayores de 18 años que son sometidos a procedimiento quirúrgico de craneotomía. GRD001: craneotomía, excepto trauma
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes sometidos a craneotomía debido a Trauma Cráneo-encefálico o derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).	
REF.	21	

51		Mortalidad en pacientes sometidos a reparación de aneurisma aórtico abdominal
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso.
	DENOMINADOR	Número de pacientes sometidos a procedimiento de reparación de aneurisma aórtico abdominal.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).	
REF.	21	

52		Readmisión por tratamiento post-prostatectomía
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que reingresan en las 28 días posteriores al alta
	DENOMINADOR	Número de pacientes dados de alta por mejoría tras prostatectomía.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	**Excluye prostatectomía radical	
REF.	21	

53		Readmisión post- cirugía de cataratas
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que reingresan en las 48 horas posteriores al alta
	DENOMINADOR	Número de pacientes que han sido sometidos a cirugía de cataratas
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	21	

54		Readmisión post- cirugía de glaucoma
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que reingresan en las 48 horas posteriores al alta
	DENOMINADOR	Número de pacientes que han sido sometidos a cirugía de glaucoma
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	21	

55		Readmisión post- cirugía de desprendimiento de retina
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que reingresan en las 48 horas posteriores al alta
	DENOMINADOR	Número de pacientes que han sido sometidos a cirugía de desprendimiento de retina
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	21	

56		Readmisión post-Cirugía Mayor Ambulatoria
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que reingresan en las 48 horas posteriores al alta
	DENOMINADOR	Número de pacientes que han sido sometidos a un procedimiento de cirugía mayor ambulatoria.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Hay tres versiones de este indicador según lo que se produzca sea el contacto del paciente con Urgencias sin ingreso, el reingreso del paciente o se cuenten ambos	
REF.	21	

57		Porcentaje de apendicectomía incidental en pacientes mayores de 65 años
FORMULA	NUMERADOR	Número pacientes en el denominador sometidos a procedimiento de apendicectomía incidental durante el desarrollo de cualquier cirugía abdominal
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 65 años ingresados para someterse a procedimiento quirúrgico intra-abdominal.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	Historia clínica
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).	
REF.	21	

58		Complicaciones de anestesia
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con códigos CIE-9 para complicaciones en anestesia como diagnóstico secundario por 100 altas
	DENOMINADOR	Nº de altas quirúrgicas
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	52	

59		Fracturas de cadera postquirúrgica
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con códigos CIE-9 para fractura de cadera como diagnóstico secundario por 100 altas
	DENOMINADOR	Nº de altas quirúrgicas
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	52	

60		Sepsis postoperatoria
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con códigos CIE-9 para sepsis como diagnóstico secundario por 100 altas en población de riesgo
	DENOMINADOR	Nº de altas de cirugía programada
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	52	

61		Error en el tipo de sangre
FORMULA	NUMERADOR	Nº de reacciones transfusionales hemolíticas por incompatibilidad ABO
	DENOMINADOR	Nº total de transfusiones
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	52	

62		Cirugía de sitio equivocado
FORMULA	NUMERADOR	Nº de intervenciones en paciente equivocado, en localización equivocada del cuerpo, órgano equivocado
	DENOMINADOR	Nº total de intervenciones
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	52	

63		Casos de sobredosis anestésica, reacción, o pérdida del tubo endotraqueal por 1.000 altas quirúrgicas
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con código CIE-9 para complicaciones anestésicas en cualquier campo de diagnóstico secundario
	DENOMINADOR	Nº de altas quirúrgicas, mayores de 18 años, definidos por GRDs específicos y códigos CIE-9 para intervenciones quirúrgicas
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Exclusiones: diagnósticos con códigos CIE-9 para complicaciones anestésicas como diagnóstico principal, diagnósticos de códigos para autolesiones, envenenamiento con anestésicos (E8581, 9681-4, 9687) y cualquier código para drogodependencia actual o no	
REF.	74	

64		Porcentaje de reintervenciones de tumor rectal antes de los 30 días siguientes a la primera intervención
FORMULA	NUMERADOR	Nº de reintervenciones que se han realizado durante un periodo de 5 años antes de 30 días posteriores a la primera intervención
	DENOMINADOR	Todas las primeras intervenciones de neo rectal que se han realizado en esos 5 años
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	Historia clínica
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	92	

65		% de infecciones nosocomiales en todos los pacientes
FORMULA	NUMERADOR	Nº de pacientes ingresados con infección nosocomial
	DENOMINADOR	Nº total de pacientes hospitalizados
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	Servicio de Preventiva
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	92	

66		Neumonía en pacientes con ventilación mecánica
FORMULA	NUMERADOR	Nº de pacientes ingresados con ventilación mecánica que han desarrollado neumonía
	DENOMINADOR	Nº de pacientes con ventilación pulmonar
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	Historia clínica
	DENOMINADOR	Historia clínica
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Tanto en UCI como no UCI	
REF.	52	

67		Infección de herida
FORMULA	NUMERADOR	Nº de pacientes con infección de herida (CIE-9 998.51 y 998.52) como diagnóstico secundario
	DENOMINADOR	Nº total de pacientes hospitalizados
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	52	

68		Infeción secundaria a atención sanitaria
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con diagnóstico secundario según CIE-9 999.3 o 996.62 por 100 altas
	DENOMINADOR	Nº total de altas médicas y quirúrgicas
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Exclusiones: pacientes inmunocomprometidos o cáncer	
REF.	52	

69		Fallecimientos por 1.000 pacientes que han desarrollado complicaciones específicas de cuidados durante la hospitalización
FORMULA	NUMERADOR	Nº de fallecimientos
	DENOMINADOR	Nº de altas en mayores de 18 años con complicaciones potenciales en la atención definidas como fallo en la reanimación
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Exclusiones: pacientes igual o mayores de 75 años	
REF.	74	

70		Casos por úlceras de decúbito por 1.000 altas con estancia superior a 4 días
FORMULA	NUMERADOR	Nº de altas con código CIE-9 de úlceras de decúbito como diagnóstico secundario
	DENOMINADOR	Nº de altas médicas y quirúrgicas mayores de 18 años definidas por GRDs específicos
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Exclusiones: estancias menores de 5 días, código CIE-9 de úlcera por decúbito como diagnóstico principal, úlceras en piel, tejido subcutáneo y mama; gestación, parto y puerperio; hemiplejía, paraplejía o tetraplejía; diagnóstico según CIE-9 de espina bífida o daño cerebral por anoxia; con procedimiento según CIE-9 de desbridamiento o injerto anterior o el mismo día que la intervención principal, ingresados para cuidados de forma crónica, trasladados de UCI	
REF.	74	

71		Reingresos hospitalarios para pacientes psiquiátricos
FORMULA	NUMERADOR	Nº de reingresos hospitalarios del total de altas psiquiátricas hospitalarias durante un periodo de 12 meses ocurridos 1)antes de 7 días 2)antes de 30 días
	DENOMINADOR	Nº total de altas para pacientes psiquiátricos durante 12 meses
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	Historia clínica
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	33	

72		Mortalidad para personas con trastornos psiquiátricos severos
FORMULA	NUMERADOR	Tasa de mortalidad estandarizada para personas con trastornos psiquiátricos específicos severos
	DENOMINADOR	Tasa de mortalidad estandarizada para toda la población
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	SIAE
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	33	

73		Neumotórax iatrógeno
FORMULA	NUMERADOR	Número total de ingresos
	DENOMINADOR	
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluyen aquellos pacientes ingresados por trauma, aquellos con cualquier código diagnóstico relacionado con cirugía torácica, biopsia pulmonar o pleural o cirugía cardíaca	
REF.	21	

74 Neumotórax iatrógeno por colocación de vía central		
FORMULA	NUMERADOR	Número de casos de neumotórax atribuibles a la cateterización o intento de cateterización de una vena central en una Unidad de Cuidados Intensivos
	DENOMINADOR	Número total de venas centrales cateterizadas (o intentos de cateterización) en una Unidad de Cuidados Intensivos
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD/ Historia clínica
	DENOMINADOR	CMBD/ Historia clínica
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	21	

75 Fallecimientos en hospital por 1.000 pacientes en GRDs con mortalidad menor de 0,5%		
FORMULA	NUMERADOR	Nº de fallecimientos
	DENOMINADOR	Nº de pacientes mayores de 18 años, con GRDs con mortalidad menor del 0,5%
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	74	

76 Tasa de Mortalidad		
FORMULA	NUMERADOR	Nº de fallecimientos durante el ingreso (Exitus al alta)
	DENOMINADOR	Nº de altas en el mismo período
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Los fallecidos en Urgencias quedan excluidos del numerador	
REF.	21	

77		Mortalidad por Hemorragia Gastrointestinal
FORMULA	NUMERADOR	Número de estancias del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso.
	DENOMINADOR	Número de estancias de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico principal de hemorragia gastrointestinal.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).	
REF.	21	

78		Mortalidad por sida
FORMULA	NUMERADOR	Número de estancias del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso
	DENOMINADOR	Número de estancias en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico principal de SIDA (patología grave asociada a la infección por VIH). GRD489.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).	
REF.	21	

79		% de reintervenciones de artroplastia total de cadera antes de 2 años
FORMULA	NUMERADOR	Nº de reintervenciones antes de dos años tras la artroplastia de cadera, independientemente de la causa
	DENOMINADOR	Nº total de artroplastias de cadera
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	Historia clínica
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Múltiple reintervenciones por la misma causa se consideraron solamente como una intervención	
REF.	92	

80	Eventos adversos ocurridos antes de 30 días tras artroplastia de rodilla o cadera	
FORMULA	NUMERADOR	Nº de pacientes intervenidos de artroplastia de cadera o rodilla que presentaron un evento adverso antes de 30 días postintervención
	DENOMINADOR	Nº total de pacientes con artroplastia de cadera o rodilla
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	Historia clínica
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Códigos ICD-10: T810, T813, T814, L899, T840, T845, S730, T933, T814, T845, I803, I269, M243, M244, T840, T845, T840, T814, I803, I269, Y845, además de reingreso por enfermedad cardiovascular, neumonía, retención urinaria, o diagnóstico primario, además del fallecimiento por cualquier causa.	
REF.	92	

81	% de fracturas de fémur en pacientes ≥ 65 años sometidos a artroplastia	
FORMULA	NUMERADOR	Nº de casos nuevos de fractura de fémur en ≥ 65 años que fueron sometidos a artroplastia
	DENOMINADOR	Nº de casos nuevos de fractura de fémur en ≥ 65 años que se sometieron a artroplastia u osteosíntesis
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Diagnósticos según ICD-10: S720 (ICD-9:820A, 820B, 820W, 820X)	
REF.	92	

82	Casos de fractura de cadera en pacientes hospitalizados por 1.000 altas quirúrgicas	
FORMULA	NUMERADOR	Nº de informes con código CIE-9 para fractura de cadera como diagnóstico secundario
	DENOMINADOR	Nº de altas quirúrgicas mayores de 18 años definidas por GRDs específicos y código CIE-9 para intervenciones quirúrgicas
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Exclusiones: diagnóstico según CIE-9 de fractura de cadera como diagnóstico principal, reintervención de fractura de cadera como único procedimiento, reintervención de fractura de cadera ocurre antes o el mismo día que la intervención principal, enfermedades y trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo, diagnósticos principales de síncope, ictus, coma, parada cardíaca, envenenamiento, traumatismo, delirio u otras psicosis, lesión cerebral por hipoxia, cáncer con metástasis, enfermedad maligna ósea o linfoidea, autolesión, gestación, parto o puerperio	
REF.	74	

83		
Porcentaje de pacientes mayores de 65 años dados de alta a su residencia habitual dentro de los 28 días desde su ingreso por fractura de cadera (fémur proximal)		
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador en las cuales el paciente es dado de alta a su residencia habitual entre el día 0 y el 27 (incluido) desde su ingreso
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 65 años ingresados con diagnóstico primario de Fractura de cadera (fémur proximal).
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD/Registro Urgencias
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Fractura de cadera (fémur proximal) (CIE-9 820)(CIE-10 S72.0-S72.1-S72.2) Hay que verificar en su medición que no existan “circuitos especiales” para la rehabilitación de estos pacientes	
REF.	21	

84		
Tasa de Mortalidad por cirugía de fractura de cadera (en mayores de 65 años)		
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante su ingreso en el hospital o hasta 29 días (inclusive) después del alta
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 65 años ingresados con diagnóstico primario de Fractura de cadera (fémur proximal), sometidos a procedimiento quirúrgico terapéutico por este motivo.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	Registros de Mortalidad
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Fractura de cadera (fémur proximal) (CIE-9 código 820)(CIE-10 S72.0-S72.1-S72.2)	
REF.	21	

85		
Readmisión por tratamiento post-fractura de cadera		
FORMULA	NUMERADOR	28 días
	DENOMINADOR	
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	CIE-10 S72.0,S72.1,S72.2	
REF.	21	

86		Mortalidad por Neumonía
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso.
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico principal de neumonía. GRD089
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).	
REF.	21	

87		Mortalidad por Infección respiratoria e inflamación
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso.
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico principal de infección respiratoria e inflamación. GRD079
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).	
REF.	21	

88		Mortalidad por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso.
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico principal de EPOC. GRD088
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).	
REF.	21	

89		Readmisión para tratamiento por asma
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes, en el denominador, que reingresan, de forma no programada, dentro de los 28 días después del alta por diagnóstico relevante relacionado con los cuidados iniciales*
	DENOMINADOR	Número de pacientes ingresados por asma. GRD 493.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	*Entre los diagnósticos relevantes se incluyen: neumonía bacteriana, broncopneumonía, neumonía con organismo no especificado, asma, empiema, colapso pulmonar y parada respiratoria. Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).	
REF.	21	

90		Readmisión por infección respiratoria
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes en el denominador que reingresan, de forma no programada, dentro de los 15/30 días posteriores al alta por curación o mejoría de diagnóstico relacionado
	DENOMINADOR	Número de pacientes ingresados por infección respiratoria e inflamación. GRD 079.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).	
REF.	21	

91		Readmisión por neumonía simple
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que reingresan, de forma no programada, dentro de los 15/30 días posteriores al alta por curación o mejoría de diagnóstico de neumonía
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 18 años dados de alta con diagnóstico principal de neumonía. GRD 089
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	21	

92		Nº de amputaciones por primera vez por encima del tobillo entre 1.000 pacientes diabéticos
FORMULA	NUMERADOR	Nº de diabéticos en tratamiento farmacológico ≥ 60 años que se les amputa por primera vez por encima del tobillo
	DENOMINADOR	Nº total de diabéticos con tratamiento farmacológico ≥ 60 años
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	Historia clínica
	DENOMINADOR	Historia clínica
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Códigos ATC: A10	
REF.	92	

93		Mortalidad por complicaciones respiratorias que requieren de ventilación asistida (ventilación mecánica)
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que concluyen en muerte del paciente durante el ingreso.
	DENOMINADOR	Número de pacientes mayores de 18 años con complicación respiratoria que requiere de ventilación asistida. GRD475
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluirían a los pacientes derivados desde otros hospitales o centros de corta estancia y las categorías diagnósticas mayores 14 (gestantes, niños y puérperas) y 15 (neonatos y recién nacidos).	
REF.	21	

94		Readmisión en Unidad de Cuidados Intensivos
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes del denominador que reingresan en las 48 horas posteriores al alta
	DENOMINADOR	Número de pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD (Informes de alta UCI)
	DENOMINADOR	CMBD (Informes de alta UCI)
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
REF.	21	

95		Admisión en Urgencias hasta 28 días después de alta médica en cualquier servicio
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes que acuden a urgencias entre el día 0 y el 27 después de haber sido dados de alta.
	DENOMINADOR	Número de pacientes dados de alta a su domicilio o residencia habitual.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se incluyen pacientes con ingreso de sólo un día. Se excluyen todos los pacientes que fallecen durante el ingreso, que han sido ingresados por enfermedad mental, atención al parto o causas obstétricas.	
REF.	21	

96		Readmisión en Urgencias en las primeras 72 horas
FORMULA	NUMERADOR	Número de pacientes que acuden a Urgencias dentro de las 72 horas posteriores a una primera visita.
	DENOMINADOR	Número de pacientes atendidos en Urgencias.
FUENTE DE DATOS	NUMERADOR	CMBD
	DENOMINADOR	CMBD
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluyen aquellos pacientes que acuden por enfermedad mental, atención al parto o causas obstétricas.	
REF.	21	

Anexo II

Indicadores enviados en la
fase primera al grupo Delphi
de Atención Primaria

Problemas cardiovasculares (prevención, manejo)

1		RCV en personas sanas
	NUMERADOR	Población con algún registro en el periodo de evaluación en quienes consta realizado el DGP "RIESGO CARDIOVASCULAR" al menos en una ocasión en los últimos 5 años
	DENOMINADOR	Población con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	<p>Entran en el cálculo del indicador los hombres entre 45 y 74 años y las mujeres entre 55 y 74 años. Se excluyen las personas con los siguientes diagnósticos: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) o ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (K92) o ACV (K90) o AIT (K89) o DIABETES (T90) Cálculo de RCV tablas de Framingham</p>	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

2		RCV en personas sin enfermedad cardiovascular con algún factor de riesgo
	NUMERADOR	Población entre 35 y 74 años con algún factor de riesgo cardiovascular en quienes consta calculado el DGP "RIESGO CARDIOVASCULAR" en los últimos 5 años
	DENOMINADOR	Población entre 35-74 años con algún factor de riesgo y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	<p>El indicador incluye a los pacientes con los siguientes Factores de Riesgo Cardiovascular: TABACO (P17), HTA NO COMPLICADA (K86) o HTA COMPLICADA (K87), HIPERCOLESTEROLEMIA (T93). Se excluyen las personas con los siguientes diagnósticos: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) o ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (K92) o ACV (K90) o AIT (K89) o DIABETES (T90)</p>	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

3		Control periódico/enfermería
	NUMERADOR	Nº de personas con riesgo intermedio o alto (Regidor ≥ 10) control en el último año
	DENOMINADOR	Nº de personas con riesgo intermedio o elevado
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	<p>En todas las personas de riesgo intermedio o alto según Regidor/Framingham calibrado (≥ 10) se realizara un seguimiento anual con toma de presión arterial, IMC, consejo sobre modificación de estilos de vida (abandono del tabaco, dieta mediterránea, ejercicio físico), cumplimiento farmacológico en caso de que se haya prescrito y actualización del cálculo de Regidor/ Framingham calibrado</p>	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

4 Seguimiento de Pacientes con Hipercolesterolemia: determinación de Colesterol LDL		
	NUMERADOR	Población ≥ 15 años con episodio activo de HIPERCOLESTEROLEMIA (T93) con al menos una determinación del DGP COLESTEROL LDL en el último año
	DENOMINADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de HIPERCOLESTEROLEMIA (T93) y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se incluyen pacientes con episodio activo de Hipercolesterolemia que ha sido abierto hace más de un año	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

5 Pacientes en tratamiento con Estatinas sin Enfermedad Cardiovascular: medición del Riesgo Cardiovascular		
	NUMERADOR	Población entre 35 y 74 años en tratamiento con Estatinas SIN episodio de CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) o ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (K92) o ACV (K90) o AIT (K89) en quienes consta realizado el DGP "RIESGO CARDIOVASCULAR" en los últimos cinco años
	DENOMINADOR	Población entre 35 y 74 años en tratamiento con Estatinas SIN los diagnósticos mencionados con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Fármacos del grupo Estatinas (C10AA) que entran en el cálculo del indicador: lovastatina, simvastatina, pravastatina, fluvastatina, atorvastatina, rosuvastatina y pitavastatina. Se excluyen los pacientes pertenecientes a mutuas	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

6 Pacientes en tratamiento con Estatinas: prevención secundaria		
	NUMERADOR	Pacientes con episodio de CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) o ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (K92) o ACV (K90) o AIT (K89) en tratamiento con Estatinas (C10*)
	DENOMINADOR	Total de Pacientes con cualquiera de los diagnósticos anteriores con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Fármacos del grupo Estatinas (C10AA) que entran en el cálculo del indicador: lovastatina, simvastatina, pravastatina, fluvastatina, atorvastatina, rosuvastatina y pitavastatina. Se excluyen los pacientes pertenecientes a mutuas	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

7		Control lipídico en pacientes con diagnóstico de ACV o AIT
	NUMERADOR	Pacientes >14 años, con diagnóstico de ACV o AIT en los que la última determinación de LDL dentro del periodo de evaluación LDL-Col<120mg/dl.
	DENOMINADOR	Pacientes >14 años, con diagnóstico de ACV o AIT con alguna visita en los últimos tres años
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años . Se excluyen pacientes institucionalizados	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

8		Control lipídico en pacientes con Cardiopatía isquémica
	NUMERADOR	Pacientes >14 años, con diagnóstico de Cardiopatía isquémica en los que la última determinación de LDL dentro del periodo de evaluación LDL-Col<120mg/dl.
	DENOMINADOR	Pacientes >14 años, con diagnóstico de Cardiopatía isquémica con alguna visita en los últimos tres años
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años . Se excluyen pacientes institucionalizados	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

9		Pacientes con Enfermedad Cardiovascular en tratamiento con Antiagregantes
	NUMERADOR	Pacientes con episodio de CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) o ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (K92) o ACV (K90) o AIT (K89) en tratamiento con antiagregantes (B01AC)
	DENOMINADOR	Total de Pacientes con cualquiera de los diagnósticos anteriores con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Los fármacos antiagregantes con los que se calcula el indicador son los correspondientes al grupo terapéutico con código ATC B01AC "Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluida heparina", excepto cilostazol (B01AC23). K90 incluye Accidentes cerebrovasculares hemorrágicos	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

10		Pacientes con arritmia completa por fibrilación auricular (ACxFA) en tratamiento con antiagregantes
	NUMERADOR	Pacientes>14 años con diagnóstico de ACxFA que actualmente tienen prescritos antiagregantes
	DENOMINADOR	Pacientes>14 años con diagnóstico de ACxFA con alguna visita en los últimos tres años
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años . Se excluyen pacientes institucionalizados y los menores de 65 años sin ACV, Insuficiencia cardíaca, valvulopatías, HTA, Diabetes o cardiopatía isquémica. Los fármacos que contempla el indicador son los antiagregantes plaquetarios y los antagonistas de la vitamina K	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

11		Pacientes en tratamiento anticoagulante: indicación
	NUMERADOR	Pacientes ≥ 65 años, con diagnóstico de FIBRILACIÓN AURICULAR (K78) y (DIABETES (T90) o HIPERTENSIÓN ARTERIAL HTA NOCOMP (K86) o HTA COMP (K87)) en tratamiento con dicumarínicos (B01AA)
	DENOMINADOR	Total de Pacientes ≥ 65 años, con cualquiera de los diagnósticos anteriores con algún registro en el periodo evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Los fármacos que contempla el indicador son acenocumarol (Sintrom®) (B01AA07) y warfarina (B01AA03). Se excluyen los pacientes pertenecientes a mutuas	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

12		Pacientes en tratamiento anticoagulante atendidos en Atención Primaria
	NUMERADOR	Pacientes en TRATAMIENTO CON DICUMARÍNICOS (B01AA) que tienen el DGP "Aceptación de TAO ambulatorio" = SÍ en un periodo de tiempo
	DENOMINADOR	Pacientes en TRATAMIENTO CON DICUMARÍNICOS (B01AA) con algún registro en el periodo evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Los fármacos que contempla el indicador son acenocumarol (Sintrom®) (B01AA07) y warfarina (B01AA03). Se excluyen los pacientes pertenecientes a mutuas	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

13		Pacientes en tratamiento anticoagulante: grado de control
	NUMERADOR	Pacientes en TRATAMIENTO CON DICUMARÍNICOS (B01AA) y DGP "Aceptación de TAO ambulatorio" = SÍ cuyas tres últimas cifras de INR están dentro de los rangos establecidos en el seguimiento activo (tabla TAOSEG de OMI) en el último año
	DENOMINADOR	Pacientes en TRATAMIENTO CON DICUMARÍNICOS (B01AA) y DGP "Aceptación de TAO ambulatorio" = SÍ con algún registro en el periodo evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Los fármacos que contempla el indicador son acenocumarol (Sintrom®) (B01AA07) y warfarina (B01AA03). Se excluyen los pacientes pertenecientes a mutuas	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

14		Pacientes en tratamiento con IECAs- ARA 2
	NUMERADOR	Pacientes con INSUFICIENCIA CARDÍACA (K77) ó CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (K74, K75 ó K76) ó (MICROALBUMINURIA ≥ 30 y (HTA COMP (K87) ó HTA NOCOMP (K86) ó DIABETES (T90))) ó (DIABETES (T90) y (HTA COMP (K87) ó HTA NOCOMP(K86))); tratados con IECA ó ARAII (C09*)
	DENOMINADOR	Total de Pacientes con cualquiera de los diagnósticos anteriores con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluyen los pacientes pertenecientes a mutuas	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

15		Pacientes con Isquemia Coronaria en tratamiento con Betabloqueantes
	NUMERADOR	Pacientes con episodio de CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) en tratamiento con betabloqueantes (C07*)
	DENOMINADOR	Total de Pacientes con cualquiera de los diagnósticos anteriores con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluyen los pacientes pertenecientes a mutuas	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

16		Pacientes con Insuficiencia Cardíaca en tratamiento con Betabloqueantes
	NUMERADOR	Pacientes con Insuficiencia Cardíaca que actualmente tienen prescritos betabloqueantes
	DENOMINADOR	Pacientes con Insuficiencia Cardíaca con alguna visita en los últimos tres años
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años. Se excluye la población institucionalizada, el bloqueo auriculoventricular y el asma moderada/grave	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

17		Tasa de hospitalización por Infarto
	NUMERADOR	Número de personas dadas de alta con diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio (IAM), en un año*100.000
	DENOMINADOR	Población en ese año.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se contabilizarán todas las altas con diagnóstico principal codificado mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) versión 9-MC, con el código 410. Del total de altas, quedarán excluidos los reingresos (ingresos producidos por la misma causa)	
FUENTE	Registro de altas de hospitalización (CMBD) BDU	

18		Tasa de hospitalización por Ictus
	NUMERADOR	Número de personas dadas de alta con diagnóstico principal de ICTUS, en un año*100.000
	DENOMINADOR	Población en ese año.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se contabilizarán todas las altas que incluyan como diagnóstico principal los códigos 430 a 436, y 437.1 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) versión 9-MC. Del total de altas, quedarán excluidos los reingresos (ingresos producidos por la misma causa)	
FUENTE	Registro de altas de hospitalización (CMBD) BDU	

HTA

19		Medición de TA en personas \geq de 15 años
	NUMERADOR	Población \geq 15 años con al menos un registro en el DGP "TAS" en un intervalo determinado
	DENOMINADOR	Población \geq 15 años con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	La frecuencia de determinación de TAS se establece según los siguientes rangos de edad: de 15 a 39 años: al menos una vez en los últimos 5 años; de 40 a 49 años: al menos una vez en los últimos 2 años; >50 años: al menos una vez al año	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

20		Seguimiento de Pacientes con HTA: medición de TA
	NUMERADOR	Pacientes en seguimiento por HTA con al menos tres tomas de TA en el último año
	DENOMINADOR	Población \geq 15 años con episodio abierto de HTA NO COMP (K86) o HTA COMP (K87) con el DGP "TAS" realizado al menos tres veces en el último año
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se incluyen pacientes con episodio activo de HTA que ha sido abierto hace más de un año.	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

21		Seguimiento de Pacientes con HTA: control de enfermería
	NUMERADOR	N° de personas hipertensas con un control en el último semestre
	DENOMINADOR	N° de personas hipertensas
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	A toda persona diagnosticada de hipertensión se le deberá realizar con periodicidad semestral un control que incluya los cuatro apartados siguientes: — Toma de presión arterial o valoración de AMPA. — Cumplimiento del tratamiento y efectos secundarios. — Consejo sobre modificación de estilos de vida: tabaco, alcohol, dieta, ejercicio (para la evaluación se cumplirá el criterio con la mención de al menos uno). — Registro de IMC en el último año.	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

22		Seguimiento de Pacientes con HTA: realización ECG
	NUMERADOR	Población ≥ 15 años con episodio abierto de HTA NO COMP (K86) o HTA COMP (K87) con el DGP "ECG" realizado al menos una vez en los últimos cinco años
	DENOMINADOR	Población ≥ 15 años con episodio abierto de HTA NO COMP (K86) o HTA COMP (K87) y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se incluyen pacientes con episodio activo de HTA que ha sido abierto hace más de 5 años.	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

23		Seguimiento de Pacientes con HTA: determinación analítica
	NUMERADOR	Población ≥ 15 años con episodio abierto de HTA NO COMP (K86) o HTA COMP (K87) con el DGP "SODIO" y el DGP "POTASIO" realizado al menos una vez en los últimos cinco años
	DENOMINADOR	Población ≥ 15 años con episodio abierto de HTA NO COMP (K86) o HTA COMP (K87) y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se incluyen pacientes con episodio activo de HTA que ha sido abierto hace más de 5 años.	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

24		Seguimiento de Pacientes con HTA: grado de control
	NUMERADOR	Población ≥ 15 años con episodio abierto de HTA NO COMP (K86) o HTA COMP (K87), en quienes el promedio de las tres últimas tomas del DGP "TAS" y el promedio de las tres últimas tomas del DGP "TAD" cumplen criterios de inclusión
	DENOMINADOR	Población ≥ 15 años con episodio abierto de HTA NO COMP (K86) o HTA COMP (K87) y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Criterios de inclusión: el indicador se desglosa según las cifras de TA en dos, $TA \leq 140/90$ y $TA > 160/90$. Las tomas de TA deben haber sido realizadas en el último año. Si son más antiguas no se contabilizarán. Se incluyen pacientes con episodio abierto de HTA desde hace más de un año.	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

25		Control de la TA en población de riesgo (CI, DM, AVC/TIA, IRC)
	NUMERADOR	Pacientes >14 años, con diagnóstico de cardiopatía isquémica (CI), "diabetes mellitus" tipo 2 (DM2), accidente vascular cerebral (AVC/TIA) y/o insuficiencia renal crónica (IRC), en los que la última determinación de la cifra de tensión arterial (TA) durante el período de evaluación es inferior a 140/90
	DENOMINADOR	Pacientes >14 años, con diagnóstico de cardiopatía isquémica (CI), "diabetes mellitus" tipo 2 (DM2), accidente vascular cerebral (AVC/TIA) y/o insuficiencia renal crónica (IRC) con alguna visita en los últimos tres años
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

26		Tratamiento con tiazidas en HTA no complicada
	NUMERADOR	Pacientes con episodio activo de HTA NO COMP (K86) y, por lo tanto, sin diagnóstico de HTA COMP (K87) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) o ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (K92) o ACV (K90) o AIT (K89) y en tratamiento con tiazidas (C03A)
	DENOMINADOR	Pacientes con episodio activo de HTA NO COMP (K86) y, por lo tanto, sin diagnóstico de HTA COMP (K87) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) o ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (K92) o ACV (K90) o ACV (K90) o AIT (K89) con algún registro en el periodo de evaluación.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluyen del cálculo del indicador los pacientes con Diabetes (T90) o Insuficiencia Renal (U99) o gota (T92) o embarazo (W76;W78;W79;W80;W81y W84) o pacientes en tratamiento con litio (N05AN01). En el momento en que pueda extraerse la información también debería excluirse la alergia a tiazidas y sulfonilureas.	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

27		Tratamiento con beta-bloqueantes en HTA no complicada
	NUMERADOR	Pacientes con episodio activo de HTA NO COMP (K86) y, por lo tanto, sin diagnóstico de HTA COMP (K87) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) o ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (K92) o ACV (K90) o AIT (K89) en tratamiento con beta-bloqueantes (C07)
	DENOMINADOR	Pacientes con episodio activo de HTA NO COMP (K86) y, por lo tanto, sin diagnóstico de HTA COMP (K87) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) o ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (K92) o ACV (K90) o AIT (K89) con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluyen del cálculo del indicador los pacientes con BLOQUEO CARDIACO (K84) o HIPOTENSIÓN (K88) o ASMA (R96) o EPOC (R95)	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

TABAQUISMO

28		Personas \geq 15 años a quienes no se ha preguntado por consumo de tabaco
	NUMERADOR	Población \geq 15 años en quienes no consta realizado el DGP "TABACO" en los últimos 2 años
	DENOMINADOR	Población \geq 15 años con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE		Historia Clínica Electrónica

29		Pacientes en seguimiento por EPOC o Asma a quien no se ha preguntado por consumo de tabaco
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) o Asma (R96) en quienes no consta realizado el DGP "TABACO" en los últimos 2 años
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) o Asma (R96) con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE		Historia Clínica Electrónica

30		Proporción de Tabaquismo en pacientes con EPOC
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) con el DGP "TABACO"=SI posterior al diagnóstico
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE		Historia Clínica Electrónica

31		Pacientes en seguimiento por Enfermedad Cardiovascular o Factor de Riesgo Cardiovascular a quien no se ha preguntado por consumo de tabaco
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) o ACV (K90) o AIT (K89) o ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (K92) o DIABETES (T90) o , HIPERCOLESTEROLEMIA (T93) o HTA NO COMP (K86) o HTA COMP (K87) en quienes no consta realizado el DGP "TABACO" en los últimos 2 años.
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANGINA (K74) o CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INFARTO (K75) o ISQUEMIA MIOCÁRDICA CRÓNICA (K76) o ACV (K90) o AIT (K89) o ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA (K92) o DIABETES (T90) o, HIPERCOLESTEROLEMIA (T93) o HTA NO COMP (K86) o HTA COMP (K87) con algún registro en el período de evaluación.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE		Historia Clínica Electrónica

32		Atención al paciente dependiente del tabaco
	NUMERADOR	Nº de pacientes con episodio de tabaquismo (P17) y el DGP "TIPO DE INTERVENCIÓN TABACO" realizado al menos una vez en los dos últimos años
	DENOMINADOR	Nº total de personas mayores de 14 años con episodio de tabaquismo activo
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		Incluye tanto la intervención breve (test de Richmond cumplimentado) como la intervención intensiva (test de Fagerström realizado y fijada la fecha de abandono)
FUENTE		Historia Clínica Electrónica

33		Pacientes en seguimiento por Tabaquismo que dejan de fumar
	NUMERADOR	Población ≥ 15 años que ha tenido abierto un episodio de TABACO (P17) en un periodo de tiempo y en quienes el DGP "MESES SIN FUMAR" ≥ 12
	DENOMINADOR	Población ≥ 15 años con episodio activo de TABACO (P17) con algún registro en el periodo evaluado
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE		Historia Clínica Electrónica

34		Pacientes en seguimiento por EPOC o ASMA: intervención sobre hábito tabáquico
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) o ASMA (R96) y DGP "TABACO"= SI con el DGP "TIPO DE INTERVENCIÓN TABACO" realizado al menos una vez al año
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) o ASMA (R96), DGP "TABACO"= SI o DGP "NÚMERO DE CIGARRILLOS" > 0 en un periodo de tiempo y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE		Historia Clínica Electrónica

DIABETES

35		Cribado Diabetes
	NUMERADOR	Nº de personas de 45 ó más años con registro de glucemia plasmática en los últimos cuatro años
	DENOMINADOR	Nº de personas de 45 o más años
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE		Historia Clínica Electrónica

36		Seguimiento de Pacientes con Diabetes: determinación de Hemoglobina glicosilada (HbA1C)
	NUMERADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) en quienes consta realizado el DGP "HB A1C" en el último año
	DENOMINADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		Se incluyen pacientes con episodio activo de Diabetes que ha sido abierto hace más de un año. Se excluye la diabetes gestacional
FUENTE		Historia Clínica Electrónica

37		Seguimiento de Pacientes con Diabetes: determinación de Microalbuminuria
	NUMERADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) en quienes consta realizado el DGP "MICROALBUMINURIA" en el último año
	DENOMINADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		Se incluyen pacientes con episodio activo de Diabetes que ha sido abierto hace más de un año. Se excluye la diabetes gestacional
FUENTE		Historia Clínica Electrónica

38		Seguimiento de Pacientes con Diabetes: exploración de pulsos distales
	NUMERADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) en quienes consta realizado el DGP "PULSOS PERIFERICOS" en el último año
	DENOMINADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se incluyen pacientes con episodio activo de Diabetes que ha sido abierto hace más de un año. Se excluye la diabetes gestacional	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

39		Seguimiento de Pacientes con Diabetes: exploración de fondo de ojo
	NUMERADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) en quienes consta realizado el DGP "DFONDOOJ" o el DGP "FFOJOOFT" en los tres últimos años
	DENOMINADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se incluyen pacientes con episodio activo de Diabetes que ha sido abierto hace más de tres años. Se excluyen pacientes con ceguera (F94), retinopatía (F83), terminales (A99), inmovilizados (A28) y las personas dependientes (Z28). Se excluye la diabetes gestacional	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

40		Seguimiento de Pacientes con Diabetes: autocontrol
	NUMERADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90), en Tratamiento con Insulina, que tienen registrado el DGP "N° DE TIRAS ENTREGADAS" de glucómetro para autocontrol en un periodo de tiempo
	DENOMINADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90), en Tratamiento con Insulina, y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se incluyen pacientes con episodio activo de Diabetes que ha sido abierto hace más de un año. Se excluye la diabetes gestacional	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

41		Seguimiento de Pacientes con Diabetes: recomendaciones sobre uso de glucómetro
	NUMERADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90), en Tratamiento con Insulina, que tienen registrado el DGP "N° DE TIRAS ENTREGADAS" de glucómetro para autocontrol, con registro DGP "INF. USO GLUCÓMETRO", en un periodo de tiempo
	DENOMINADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90), en Tratamiento con Insulina, que tienen registrado el DGP "N° DE TIRAS ENTREGADAS" , con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se incluyen pacientes con episodio activo de Diabetes que ha sido abierto hace más de un año. Se excluye la diabetes gestacional	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

42		Seguimiento de Pacientes con Diabetes: consejo sobre ejercicio físico
	NUMERADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90), en quienes consta realizado el DGP "CONSEJO EJERCICIO" en el último año
	DENOMINADOR	Población \geq 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se incluyen pacientes con episodio activo de Diabetes que ha sido abierto hace más de un año. Se excluye la diabetes gestacional	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

43		Medición de TAS, Peso, Tabaco en pacientes Diabéticos
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de diabetes (T89/T90) en quienes se haya registrado una medición de TAS,PESO,TABACO en una ventana de 5 años y que esta sea posterior al diagnóstico de obesidad
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de diabetes (T89/T90) con algún registro en el último año
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

44		Seguimiento de Pacientes con Diabetes: grado de control de Microalbuminuria
	NUMERADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90), en quienes la última determinación del DGP "MICROALBUMINURIA" en el último año cumple el criterio de inclusión
	DENOMINADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Criterio de inclusión: el indicador se desglosa según la cifra de microalbuminuria en dos: Microalbuminuria <30 y Microalbuminuria ≥ 30 . La determinación debe haber sido realizada en el último año. Si es más antigua no se contabilizará. Se incluyen pacientes con episodio activo de Diabetes que ha sido abierto hace más de un año. Se excluye la diabetes gestacional	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

45		Seguimiento de Pacientes con Diabetes: grado de control de HB A1C
	NUMERADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) en quienes la última determinación del DGP "HB A1C" cumple el criterio de inclusión
	DENOMINADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Criterio de inclusión: el indicador se desglosa según la cifra de HBA1C en dos: HB A1C ≤ 7 y HB A1C >8 . La determinación debe haber sido realizada en el último año. Si es más antigua no se contabilizará. Se incluyen pacientes con episodio activo de Diabetes que ha sido abierto hace más de un año. Se excluye la diabetes. Se excluyen la diabetes gestacional y los pacientes diabéticos con una edad igual o superior a los 80 años.	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

46		Seguimiento de Pacientes con Diabetes: grado de control de Tensión Arterial
	NUMERADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) en quienes el promedio de las tres últimas tomas del DGP "TAS" y el promedio de las tres últimas tomas del DGP "TAD" cumple criterios de inclusión
	DENOMINADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Criterios de inclusión: el indicador se desglosa según las cifras de TA en dos, TA $\leq 130/80$ y TA $>150/90$. Las determinaciones deben haber sido realizadas en el último año. Si son más antiguas no se contabilizarán. Se incluyen pacientes con episodio activo de Diabetes que ha sido abierto hace más de un año. Se excluye la diabetes gestacional	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

47		Pacientes en seguimiento por Diabetes: grado de control Colesterol LDL
	NUMERADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) en quienes la última determinación del DGP "COLESTEROL LDL" en el último año cumple el criterio de inclusión
	DENOMINADOR	Población ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Criterio de inclusión: el indicador se desglosa según la cifra de Colesterol LDL en dos: Colesterol LDL <100 y Colesterol LDL >130 la determinación debe haber sido realizada en el último año. Si es más antigua no se contabilizará. Se incluyen pacientes con episodio activo de Diabetes que ha sido abierto hace más de un año. Se excluye la diabetes gestacional	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

48		Pacientes con Diabetes: tratamiento con Metformina
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de DIABETES (T90), en tratamiento con antidiabéticos orales (A10B*), a los que se les ha prescrito Metformina (A10BA) como primera elección, en un periodo determinado
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de DIABETES (T90), en tratamiento con antidiabéticos orales (A10B*) y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El criterio al que se refiere el numerador se considera cumplido para la Metformina sola (A10BA) o en asociación (A10BD02, A10BD03, A10BD05, A10BD07 y A10BD08). Se excluye la diabetes gestacional y los pacientes pertenecientes a mutuas.	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

49		Tasa de altas por complicaciones agudas de la diabetes
	NUMERADOR	Número de altas por cetoacidosis, coma hiperosmolar u otro tipo de coma en el diabético *100
	DENOMINADOR	Población diabética estimada a partir de los datos de prevalencia obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El numerador Incluye todas aquellas altas hospitalarias con códigos de diagnóstico principal 250.1, 250.2 ó 250.3 de la clasificación internacional de enfermedades (CIE) en su versión 9-MC. El denominador es la población diabética estimada a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud	
FUENTE	Registro de altas de hospitalización (CMBD) Encuesta nacional de salud	

50		Tasa de amputaciones de miembros inferiores en personas diabéticas
	NUMERADOR	Nº de altas de personas diabéticas a las que les ha sido practicada alguna amputación no traumática en miembros inferiores, en un año *1000
	DENOMINADOR	Población diabética estimada a partir de los datos de prevalencia obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Incluye los códigos de 84.10 a 84.17 como diagnóstico principal, además de la categoría diagnóstica 250 (diabetes) en diagnóstico principal ó secundario según códigos de la clasificación internacional de enfermedades (CIE) en su versión 9-MC El denominador es la población diabética estimada a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud	
FUENTE	Registro de altas de hospitalización (CMBD) Encuesta nacional de salud	

OBESIDAD

51		Seguimiento de Pacientes con Obesidad: consejo sobre dieta y ejercicio físico
	NUMERADOR	Pacientes ≥ 15 años con DGP "IMC" entre 30 – 40, con DGPs "PESO", "CONS. ALIMENTACIÓN" y "CONSEJO EJERCICIO" registrados en, al menos, dos ocasiones en un periodo de 6 meses
	DENOMINADOR	Pacientes ≥ 15 años con DGP "IMC" entre 30 - 40 con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se descartan pacientes dados de alta del servicio (excluidos de seguimiento intensivo)	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

52		Medición de Peso en pacientes Obesos
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de obesidad (T82) en quienes se haya registrado una medición del PESO en una ventana de 5 años y que esta sea posterior al diagnóstico de obesidad
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de obesidad (T82) con algún registro en el último año
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

53 Seguimiento de Pacientes con Obesidad: reducción de peso		
	NUMERADOR	Pacientes ≥ 15 años con DGP "IMC" entre 30 y 40 en los que el DGP "PESO" sea menor al inicial en un periodo de 12 meses
	DENOMINADOR	Pacientes ≥ 15 años con DGP "IMC" entre 30 y 40 con al menos dos registros de DGP "PESO" en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	La diferencia entre los valores de peso inicial y final debe ser, por lo menos, de un 10%. Se descartan pacientes dados de alta del servicio (excluidos de seguimiento intensivo).	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

VACUNAS

54 Vacunación antigripal: población ≥ 65 años		
	NUMERADOR	Población ≥ 65 años con la vacuna "GRI*" administrada en la última campaña
	DENOMINADOR	Población ≥ 65 años con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Al ser una vacuna de renovación anual el criterio de vacunación sólo se considera cumplido si consta la fecha de administración de la vacuna	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

55 Vacunación antigripal: población < 65 años perteneciente a determinados grupos de riesgo		
	NUMERADOR	Población de 15 a 65 años con la vacuna "GRI*" administrada en la última campaña y diagnóstico de EPOC (R95), ASMA (R96), CARDIOPATIA (K74, K75, K76 o K77), DIABETES (T90), VIH (B90), OBESIDAD (IMC>40) o EMBARAZO (W76, W78, W79, W80, W81 y W84)
	DENOMINADOR	Población de 15 a 65 años con los diagnósticos mencionados, y algún registro en el periodo de evaluación.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Al ser una vacuna de renovación anual no se admite como excepción el registro del campo "correctamente vacunado"	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

56 Vacunación neumocócica a pacientes pertenecientes a determinados grupos de riesgo		
	NUMERADOR	Pacientes de 5 a 59 años con factores de riesgo y administración de vacuna
	DENOMINADOR	Pacientes de 5 a 59 años con factores de riesgo
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Factores de riesgo según calendario vacunal en cada comunidad autónoma	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

57		Vacunación en hepatitis C crónica
	NUMERADOR	Pacientes entre 15-79 años, diagnosticados de hepatitis C crónica, en los que se ha realizado la vacunación antihepatitis B de forma correcta
	DENOMINADOR	Pacientes entre 15-79 años, diagnosticados de hepatitis C crónica
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años. Se excluyen los pacientes institucionalizados y los pacientes con hepatitis B crónica	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

58		Cobertura de vacunación antitetánica en mayores de 39 años
	NUMERADOR	Población >39 años, en la que el estado vacunal para el tétanos y difteria es correcta según el calendario vacunal vigente (dosis en los últimos 25 años)
	DENOMINADOR	Población >39 años
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

59		Cobertura de vacunación antineumocócica en mayores de 59 años
	NUMERADOR	Población > 59 años, en la que estado vacunal para el neumococo es correcta según el calendario vacunal vigente
	DENOMINADOR	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años. Se excluyen los pacientes institucionalizados
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Población > 59 años	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

PROBLEMAS RESPIRATORIOS

60	Diagnóstico de asma, espirometría	
	NUMERADOR	Pacientes >14 años, diagnosticados de asma durante el periodo de evaluación, en los que se ha realizado una espirometría con prueba broncodilatadora (PBD)
	DENOMINADOR	Pacientes >14 años, diagnosticados de asma durante el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años. Se excluyen los pacientes institucionalizados	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

61	Asma Entrega del Plan de Acción	
	NUMERADOR	Nº de pacientes con asma reagudizado (CIE 493.92) que han recibido un Plan de acción en el último año
	DENOMINADOR	Nº estimado de pacientes asmáticos
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

62	Tasa de reingresos por asma	
	NUMERADOR	Número de altas hospitalarias con reingreso, por asma, en un año * 100
	DENOMINADOR	Total de altas por asma del período
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) tras un alta previa, dentro de un periodo de 30 días desde el alta anterior. Incluye los episodios índices que corresponden a altas con código 493.XX en el diagnóstico principal	
FUENTE	Registro de altas de hospitalización (CMBD)	

63	Diagnóstico nuevos de EPOC	
	NUMERADOR	Población >39 años, con diagnóstico nuevo de EPOC durante el periodo de evaluación a los que se le haya realizado espirometría
	DENOMINADOR	Población >39 años, con diagnóstico nuevo de EPOC durante el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años. Se excluyen los pacientes institucionalizados	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

64		Pacientes en seguimiento por EPOC: realización de espirometría
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) con el DGP “ESPIROMETRÍA” realizado al menos una vez en los últimos dos años
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se incluyen pacientes con episodio activo de EPOC que ha sido abierto hace más de dos años	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

65		Pacientes en seguimiento por EPOC: realización de hemograma
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) con los DGPs “HEMATOCRITO” y “HEMOGLOBINA” realizados al menos una vez en los últimos dos años
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se incluyen pacientes con episodio activo de EPOC que ha sido abierto hace más de dos años	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

66		Pacientes en seguimiento por EPOC o ASMA: consejo sobre uso adecuado de inhaladores
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) o ASMA (R96) en quienes consta realizado el DGP “técnica/sistema inhalación m” en un periodo de tiempo
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) o ASMA (R96) con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

67		Pacientes con EPOC severo tratados con glucocorticoides inhalados y agonistas de acción prolongada
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) con DGP “FEV1” ≤ 50 tratados con glucocorticoides inhalados y broncodilatadores de acción prolongada
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) con DGP “FEV1” ≤ 50 con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluyen los pacientes pertenecientes a mutuas	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

68		Tasa de reingresos por EPOC
	NUMERADOR	Número de pacientes mayores de 40 años, que tras un episodio de hospitalización con diagnóstico principal de EPOC, causan reingreso, en un año *100
	DENOMINADOR	Total de altas por EPOC del período
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) tras un alta previa, dentro de un periodo de 30 días desde el alta anterior. Incluye cualquiera de las categorías 491, 494 y 496 de la clasificación internacional de enfermedades (CIE9_MC)	
FUENTE	Registro de altas de hospitalización (CMDB)	

Dependencia (prevención, manejo)

69		Valoración de la complejidad de los pacientes en Atención Domiciliaria
	NUMERADOR	Población >14 años, incluida en el programa de atención domiciliaria, en que se ha valorado dependencia (escala Barthel), el estado cognitivo (test Pfeiffer o cualquier otro test que evalúe el estado cognitivo) y el riesgo social, o bien que se haya evaluado la complejidad al menos una vez en el periodo de estudio
	DENOMINADOR	Población >14 años, incluida en el programa de atención domiciliaria
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años. Se excluyen los pacientes institucionalizados y los pacientes con demencia para la valoración del estado cognitivo.	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

70		Pacientes incluidos en PAECD: valoración enfermera de la situación sociofamiliar y la identificación del cuidador principal
	NUMERADOR	Pacientes en los que hay constancia de valoración enfermera que incluya la situación sociofamiliar (DGP "CREDAPYF" y "BSECON") y la identificación del cuidador principal DGP "CONVIVIENTES" en el periodo de evaluación (último año)
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28), con el DGP "TEST. VAL. FUNCIONAL BARTHEL" < 60 y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

71	Pacientes incluidos en el PAECD: valoración enfermera que incluya alimentación, eliminación, movilidad, higiene e integridad de piel y nivel de conciencia	
	NUMERADOR	Pacientes en los que hay constancia de al menos una valoración enfermera, en el último año, que incluya el registro de los DGPs “DNUTRIC” <ESTADO NUTRICIONAL>, “CESTREÑI” <ESTREÑIMIENTO>, “FECALOMA” <FECALOMAS> y “DPNORTON” <PUNTUACIÓN NORTON>
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28), con el DGP “TEST. VAL. FUNCIONAL BARTHEL” < 60 y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

72	Pacientes incluidos en el PAECD: registro de un problema de autonomía o un diagnóstico NANDA con las intervenciones enfermeras para ese problema	
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28) que al menos tiene registrado un problema de autonomía DGP “PROBLEMA DE AUTONOMÍA” o un diagnóstico NANDA con las intervenciones enfermeras para ese problema en el periodo de evaluación (último año)
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28), con el DGP “TEST. VAL. FUNCIONAL BARTHEL” < 60 y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

73	Pacientes incluidos en el PAECD: Valoración del Riesgo de Ulceración	
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28) que al menos tiene un registro en el DGP “PUNTUACIÓN NORTON” en el periodo de evaluación (último año)
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28), con el DGP “TEST. VAL. FUNCIONAL BARTHEL” < 60 y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

74		Pacientes incluidos en el PAECD con Tratamientos Accesorios: Consejo
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28) y con algún Tratamiento Accesorio (DGP "CPORTSUP", "PORTA OCD", "CPORTASN" o "OSTOMIAA") que tienen al menos un registro en el DGP "ICUIDSNG", "ICUISVP", "INFCOST" o "ISOBREOC" (*) en el periodo de evaluación (último año)
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28), tratamientos accesorios y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluyen los pacientes institucionalizados con personal de enfermería propio en la institución. Los tratamientos accesorios se refieren a los DGPs "INF. CUIDADOS SONDA VESICAL", "INF. CUIDADOS SONDA NG", "INF. CUIDADOS OSTOMÍA", "INF. CUIDADOS OXIGENOTERAPIA"	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

75		Pacientes incluidos en el PAECD: Prevalencia de Úlceras por Presión (UPP)
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28) con episodio de UPP (S97), en el periodo de evaluación (último año)
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28), con el DGP "TEST. VAL. FUNCIONAL BARTHEL" < 60 y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluyen los pacientes institucionalizados con personal de enfermería propio en la institución. La valoración Barthel < 60 puede haberse registrado antes del periodo de evaluación	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

76		Pacientes con cuidados paliativos: identificación de la voluntad del paciente
	NUMERADOR	Pacientes con DGP "CTIPCUID" = PALIATIVOS con el DGP "VOLUNTADES ANTICIPADAS" en un año
	DENOMINADOR	Pacientes con DGP "CUIDADOS PALIATIVOS" = SÍ con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

77		Pacientes con cuidados paliativos: seguimiento en domicilio
	NUMERADOR	Número de visitas al domicilio realizadas en un periodo de tiempo a Pacientes con DGP "CTIPCUID" = PALIATIVOS
	DENOMINADOR	Total de Pacientes con DGP "CTIPCUID" = PALIATIVOS en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

78	Cobertura de pacientes en situación terminal atendidos por atención primaria	
	NUMERADOR	Porcentaje de pacientes en situación terminal que fallecen en el domicilio
	DENOMINADOR	Porcentaje de pacientes en situación terminal fallecidos
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

79	Diagnóstico de deterioro cognitivo	
	NUMERADOR	Pacientes >64 años, diagnosticados de demencia en el periodo de evaluación en los que se ha realizado algún test psicométrico en Atención Primaria (MEC o TIN o Set Test).
	DENOMINADOR	Pacientes >64 años, diagnosticados de demencia en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años. Se excluyen pacientes institucionalizados	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

80	Intervenciones dirigidas a garantizar un ambiente seguro en el hogar de personas demencia en atención domiciliaria	
	NUMERADOR	Población > 64 años con el diagnóstico de demencia y con riesgo de lesión incluida en el programa de atención domiciliaria en la que se ha realizado intervención dirigida a garantizar un ambiente seguro en el domicilio
	DENOMINADOR	Población > 64 años con el diagnóstico de demencia y con riesgo de lesión incluida en el programa de atención domiciliaria
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años. Se excluyen pacientes institucionalizados	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

81	Valoración de la sobrecarga del cuidador en personas con demencia en atención domiciliaria	
	NUMERADOR	Pacientes >64 años, diagnosticados de demencia, incluidos en el programa de atención a domicilio, en los que se ha pasado la escala de sobrecarga del cuidador (puntuación de la escala Zarit o diagnóstico)
	DENOMINADOR	Pacientes >64 años, diagnosticados de demencia, incluidos en el programa de atención a domicilio
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años. Se excluyen pacientes institucionalizados	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

Seguimiento de patología crónica

82	Derivación a Atención Especializada para seguimiento de Diabetes o EPOC	
	NUMERADOR	Pacientes ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) o EPOC (R95) a los que se les deriva a Consultas de Atención Especializada para seguimiento en el último año
	DENOMINADOR	Pacientes ≥ 15 años con diagnóstico de DIABETES (T90) o EPOC (R95)
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador se refiere a las siguientes especialidades: para Diabetes Endocrinología y para EPOC Neumología. Se excluye la diabetes gestacional	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

83	Pacientes ancianos polimedicados con mala adherencia al tratamiento farmacológico	
	NUMERADOR	Pacientes de ancianos, ≥ 75 años, con DGP Polimedicación ("POLIMED")= Si, y con DGP test de Morisky-Green-Levine ("CTMORSKY")= Mala adherencia, que tienen activado el NANDA de Gestión ineficaz de la salud <DGP "NA_00078">
	DENOMINADOR	Pacientes de ancianos, ≥ 75 años, polimedicados, con DGP Polimedicación ("POLIMED")= Si, y con DGP test de Morisky-Green-Levine ("CTMORSKY")= Mala adherencia
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

Manejo de patología aguda

84	Pacientes con Infección de Vías respiratorias tratados con Antibióticos	
	NUMERADOR	Pacientes con episodio de Infección de Vías Respiratorias que en un plazo inferior a 5 días, desde la fecha de apertura del episodio, figura la prescripción de antibióticos
	DENOMINADOR	Pacientes con episodio de Infección de Vías Respiratorias abierto en el periodo evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se incluyen pacientes, a partir de los tres meses de edad, con los siguientes diagnósticos: CATARRO (R74) y GRIPE (R80). El indicador hace referencia a los fármacos del grupo terapéutico con código ATC J01 "antibacterianos". Se excluyen los pacientes pertenecientes a mutuas	
FUENTE	Historia Clínica / Receta Electrónica	

85	Pacientes con Bronquitis aguda tratados con Antibióticos	
	NUMERADOR	Pacientes ≥ 15 años con diagnóstico de BRONQUITIS AGUDA (R78) que en un plazo inferior a 5 días, desde la fecha de apertura del episodio, figura la prescripción de antibióticos
	DENOMINADOR	Pacientes ≥ 15 años con episodio de BRONQUITIS AGUDA (R78) abierto en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador hace referencia a los fármacos del grupo terapéutico con código ATC J01 “antibacterianos”. Se excluyen los pacientes pertenecientes a mutuas	
FUENTE	Historia Clínica / Receta Electrónica	

86	Pacientes con Amigdalitis Estreptocócica tratados con Penicilina V	
	NUMERADOR	Pacientes con episodio de Amigdalitis estreptocócica (R72) en el que en la primera visita figura la prescripción de Penicilina V (J01CE)
	DENOMINADOR	Pacientes con episodio de Amigdalitis estreptocócica con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	En pacientes menores de 15 años este indicador se calcula con Penicilina V y con Amoxicilina. Con la información actual no es posible excluir alergias a medicamentos concretos. Se excluyen los pacientes pertenecientes a mutuas	
FUENTE	Historia Clínica / Receta Electrónica	

87	Mujeres con Infección de Vías Urinarias Bajas tratadas con Fosfomicina, Amoxicilina-Clavulánico o Cefuroxima	
	NUMERADOR	Mujeres ≥ 6 años con episodio de Infección de Vías Urinarias Bajas (U71) en el que en la primera visita figura la prescripción de Fosfomicina , Amoxicilina-Clavulánico o Cefuroxima
	DENOMINADOR	Mujeres ≥ 6 años con episodio de Infección de Vías Urinarias Bajas abierto en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se excluyen los pacientes pertenecientes a mutuas	
FUENTE	Historia Clínica / Receta Electrónica	

88	Tratamiento correcto de los pacientes con cólico nefrítico	
	NUMERADOR	Población con diagnóstico de cólico nefrítico durante el periodo de evaluación en el que la pauta de tratamiento prescrita no incluya 'N-butilbromur d'hioscina (Buscapina®, etc.).
	DENOMINADOR	Población con diagnóstico de cólico nefrítico durante el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años. Se excluyen los pacientes institucionalizados	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

Cribado de cáncer

89	Cribado de Cáncer de cérvix	
	NUMERADOR	Mujeres entre 29 y 65 años en quienes conste realizado el DGP "CITOLOGÍA VAGINAL" en los últimos 5 años
	DENOMINADOR	Mujeres entre 29 y 65 años con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	En el DGP "CITOLOGÍA VAGINAL" se registra el resultado de la prueba - no la solicitud - por ello se retrasa el límite inferior de edad hasta los 29 años. El indicador se desagrega en dos tramos de edad: ≤ 34 años y de 35 a 65 años.	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

90	Cribado de Cáncer de mama	
	NUMERADOR	Mujeres entre 50 y 69 años en quienes conste realizado el DGP "MAMOGRAFÍA DESPISTAJE" en los últimos 2 años
	DENOMINADOR	Mujeres entre 50 y 69 años con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	En el DGP "MAMOGRAFÍA DESPISTAJE" se registra el resultado de la prueba - no la solicitud - por ello se retrasa el límite inferior de edad a los 52 años.	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

91	Evitar el uso inadecuado de PSA	
	NUMERADOR	Población masculina >74 años, en la que no se haya solicitado el PSA durante el periodo de evaluación.
	DENOMINADOR	Población masculina >74 años con algún registro en los últimos tres años
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	El indicador se calcula con población asignada que haya visitado el centro al menos una vez en los últimos tres años. Se excluyen los pacientes institucionalizados, el cáncer de próstata y la hiperplasia benigna de próstata	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

Patología tiroidea

92		Seguimiento de pacientes con patología tiroidea: Solicitud de TSH
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de patología tiroidea (T85 hipertiroidismo o T86 hipotiroidismo) con una determinación de TSH en el último año
	DENOMINADOR	Pacientes ≥ 15 años con diagnóstico de patología tiroidea (T85 hipertiroidismo o T86 hipotiroidismo) y algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se calcula un indicador para cada uno de los códigos T85 y T86	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

93		Control de pacientes con patología tiroidea
	NUMERADOR	Pacientes con diagnóstico de patología tiroidea (T85 hipertiroidismo o T86 hipotiroidismo) con una determinación de TSH en el último año entre 0,35 y 5,50
	DENOMINADOR	Pacientes con diagnóstico de patología tiroidea (T85 hipertiroidismo o T86 hipotiroidismo) con una determinación de TSH en el último año
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se calcula un indicador para cada uno de los códigos T85 y T86	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

94		Derivación a endocrinología
	NUMERADOR	Nuevos casos diagnosticados de patología tiroidea (T85 hipertiroidismo o T86 hipotiroidismo) en el último año que son derivados a endocrinología
	DENOMINADOR	Nuevos casos diagnosticados de patología tiroidea (T85 hipertiroidismo o T86 hipotiroidismo) en el último año
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se calcula un indicador para cada uno de los códigos T85 y T87	
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

Salud Mental-alcohol

95	Personas \geq 15 años a quienes no se ha preguntado por consumo de alcohol	
	NUMERADOR	Población \geq 15 años en quienes no consta realizado el DGP "ALCOHOL" en los últimos 2 años
	DENOMINADOR	Población \geq 15 años con algún registro en el periodo de evaluación
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

96	Test de riesgo	
	NUMERADOR	Nº de personas no abstemias mayores de 25 años con test de AUDIT en los últimos 3 años
	DENOMINADOR	Nº de personas no abstemias mayores de 14 años
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

97	Consejo	
	NUMERADOR	Nº de personas bebedoras de riesgo en las que conste que se ha dado consejo en el último año
	DENOMINADOR	Nº de personas bebedoras de riesgo
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

98	Oferta deshabitación	
	NUMERADOR	Nº de personas con SDA a las que se ha ofrecido plan de deshabitación y activación del soporte familiar
	DENOMINADOR	Nº de pacientes con SDA
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

Salud Mental-depresión

99		Test valoración depresión
	NUMERADOR	Nº de personas diagnosticadas de depresión con confirmación según los criterios del CIE 10 en los últimos cinco años o diagnosticadas por Psiquiatría
	DENOMINADOR	Nº de personas diagnosticadas de depresión en el último año
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

100		Cribado de hipotiroidismo en mujeres con depresión
	NUMERADOR	Mujeres > 50 años con diagnóstico de depresión a las que se ha realizado un test TSH en los últimos tres años
	DENOMINADOR	Mujeres > 50 años con diagnóstico nuevo de depresión en un periodo de tiempo
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		
FUENTE	Historia Clínica Electrónica	

SACA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Sa **Sociedad**
ca **Aragonesa de**
ca **Calidad**
ca **Asistencial**