

**FICHAS DE LOS INDICADORES ANEXO 2**  
**CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN**  
**SANITARIA**  
**GERENCIA AREAS DE SALUD**  
**ACUERDO DE GESTIÓN 2023-2024**

**Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y  
Evaluación**

**Mayo 2023**

## ÍNDICE

Objetivo 1 Mejorar la satisfacción expresada por los usuarios en la atención sanitaria recibida	3
Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales.....	11
2.2.1 Código infarto.....	11
2.2.2 Atención al Parto.....	13
2.2.3 Impulsar la lactancia materna.....	14
2.2.6 Ictus isquémico.....	16
2.2.7 Cuidados de Enfermería.....	18
2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.....	21
2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus.....	22
Objetivo 3 Impulso y mejora de la Atención Primaria.....	23
2.5.9 Inmunizaciones programadas y estacionales.....	24
2.5.10 Continuidad asistencial.....	28
Objetivo 4 Mejorar la seguridad del paciente.....	29
2.6.1 Programas IRAS-PROA.....	29
2.6.4 Sistema de notificación de incidentes.....	47
2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico.....	48
Objetivo 5 Implementar en los centros las recomendaciones de “No Hacer”.....	49

## Objetivo 1 Mejorar la satisfacción expresada por los usuarios en la atención sanitaria recibida

<b>2.1.2</b>	<b>Satisfacción en Atención Primaria</b>
<b>Fórmula</b>	Usuarios que califican con 8 o más su satisfacción con el centro de salud x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios.
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria.
<b>Periodo de evaluación</b>	Semestral y anual.

2.1.3	Accesibilidad en Atención Primaria
<b>Fórmula</b>	<p>Promedio del porcentaje de cumplimientos de los indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios que valoran con 8 o más su satisfacción a la hora de obtener la cita la última vez que fueron al Centro de Salud x 100 / Valoraciones realizadas</li> <li>• Usuarios que valoran con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar desde la hora en la que estaban citados hasta que entraron en la consulta de su médico de familia x 100 / Valoraciones realizadas</li> <li>• Usuarios que valoran con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar desde la hora en la que estaban citados hasta que entraron en la consulta de enfermería x 100 / Valoraciones realizadas</li> </ul>
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>Para su construcción se han seleccionado preguntas de la Encuesta EMCA de Calidad Percibida a usuarios de los Centros de Salud del Servicio Murciano de Salud, que se agrupan en una sola dimensión: Accesibilidad.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	<p>La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios.</p>
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria.
<b>Periodo de evaluación</b>	Semestral y anual.

<b>2.1.5</b>	<b>Satisfacción en el Área de Hospitalización de Adultos</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios.
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización de Adultos.
<b>Periodo de evaluación</b>	Semestral y anual.

<b>2.1.10</b>	<b>Satisfacción en el Área Obstétrica</b>
<b>Fórmula</b>	Mujeres que califican globalmente con 8 o más su satisfacción con el hospital donde ingresaron para parir x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios.
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Servicios Obstétricos.
<b>Periodo de evaluación</b>	Semestral y anual.

<b>2.1.13</b>	<b>Satisfacción en el Área de Urgencias Hospitalarias</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que califican globalmente con 8 o más su satisfacción con el servicio de Urgencias del hospital x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios.
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Servicios de Urgencias Hospitalarios.
<b>Periodo de evaluación</b>	Semestral y anual.

<b>2.1.17</b>	<b>Satisfacción en el Área de Consultas Externas</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que califican globalmente con 8 o más su satisfacción con las Consultas Externas del hospital x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios.
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas.
<b>Periodo de evaluación</b>	Semestral y anual.

<b>2.1.18</b>	<b>Accesibilidad en el Área de Consultas Externas</b>
<b>Fórmula</b>	<p>Promedio del porcentaje de cumplimientos de los indicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacientes que valoran con 8 o más su satisfacción con la cita obtenida la última vez que fue a las Consultas Externas del hospital x100 / Valoraciones realizadas</li> <li>2. Pacientes que tuvieron que esperar 30 minutos o menos, desde la hora en la que estaban citados hasta que pasaron a la consulta x100 / Valoraciones realizadas</li> <li>3. Pacientes que valoran con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar, desde la hora en la que estaban citados hasta que pasaron a la consulta x100 / Valoraciones realizadas</li> </ol>
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>Para su construcción se han seleccionado preguntas de la Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas de los Hospitales del Servicio Murciano de Salud, que se agrupan en una sola dimensión: Accesibilidad.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	<p>La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios.</p>
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas.
<b>Periodo de evaluación</b>	Semestral y anual.

<b>2.1.21</b>	<b>Satisfacción en el Área de Hospitalización Pediátrica</b>
<b>Fórmula</b>	Padres que puntúan con 8 o más su satisfacción con el hospital en el que estuvo ingresado su hijo/a x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios.
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica.
<b>Periodo de evaluación</b>	Semestral y anual.

## Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales

### 2.2.1 Código infarto.

2.2.1.1	Pacientes con diagnóstico de SCACEST reperfundidos
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos por código infarto con diagnóstico confirmado de SCACEST que han sido reperfundidos (Fibrinólisis o angioplastia primaria) x 100 / Pacientes atendidos por código infarto con diagnóstico confirmado de SCACEST
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Pacientes con diagnóstico confirmado de SCACEST</u>: aquellos que tienen sospecha clínica de síndrome coronario y un electrocardiograma con elevación del segmento ST u otras alteraciones electrocardiográficas que hagan sospechar que se está desarrollando un proceso agudo (bloqueo de rama izquierda de nueva aparición o desconocido previamente, la presencia de ritmo de marcapasos, etc.</p> <p><u>Fibrinólisis</u>: administración de agente farmacológico (rtPA) con la intención de destruir o disolver un trombo o coágulo de sangre.</p> <p><u>Angioplastia primaria</u>: la que se realiza como primer procedimiento de repercusión urgente, a diferencia de la angioplastia de rescate, que se hace en pacientes en los que previamente se ha usado un fibrinolítico.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	Se considera que el uso adecuado y oportuno de cualquier tipo de tratamiento de reperfusión es más importante que la elección de la terapia.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: Selene. Base de datos de hemodinámica.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación</u>: Selene. Base de datos de hemodinámica.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

<b>2.2.1.4</b>	<b>Registro de fecha y hora del ECG en pacientes que han sufrido un SCACEST</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes del denominador que tienen cumplimentada la fecha y hora del primer ECG que confirma el diagnóstico de SCACEST x 100 / Pacientes atendidos por código infarto con diagnóstico confirmado de SCACEST
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Pacientes con diagnóstico confirmado de SCACEST</u>: aquellos que tienen sospecha clínica de síndrome coronario y un electrocardiograma con elevación del segmento ST u otras alteraciones electrocardiográficas que hagan sospechar que se está desarrollando un proceso agudo (bloqueo de rama izquierda de nueva aparición o desconocido previamente, la presencia de ritmo de marcapasos, etc.</p> <p><u>Primer ECG diagnóstico</u>: se considerará cumplimiento cuando aparece la fecha, hora y minutos del ECG (DD:MM:AAAA:HH:MM) y esta es, además, anterior en el tiempo a la de la activación del código infarto y la de la reperfusión</p> <p>La falta de información se información se considerará incumplimiento</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	Para el sistema sanitario el fin debe ser reducir el tiempo total de isquemia que es el principal determinante de los resultados. Para cada paciente individual hay que hacer todos los esfuerzos para administrar la terapia de reperfusión tan rápidamente como sea posible.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: Selene. Base de datos de hemodinámica.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación</u>: Selene. Base de datos de hemodinámica.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

## 2.2.2 Atención al Parto.

2.2.2.2	Partos por cesárea
<b>Fórmula</b>	Mujeres a las que se les ha practicado una cesárea x 100 / Mujeres con parto.
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Cesárea</u>: incluye tanto las cesáreas electivas como las urgentes y las cesáreas intraparto.</p> <p>La falta de información se considerará incumplimiento.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos. A nivel de población, las tasas de cesáreas elevadas no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: Selene.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: Selene.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

### 2.2.3 Impulsar la lactancia materna.

2.2.3.1	Tasa de lactancia materna exclusiva al alta
<b>Fórmula</b>	Recién nacidos que al alta toman lactancia materna exclusiva x 100 / Recién nacidos dados de alta tras el nacimiento
<b>Exclusiones</b>	<p>Altas por exitus del recién nacido.</p> <p>Los recién nacidos prematuros &lt;37 semanas de gestación.</p> <p>Mujeres que han decidido no amamantar.</p> <p>Ingreso en pediatría en los 3 primeros días desde su nacimiento.</p> <p>Los niños trasladados a otro centro.</p>
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>La lactancia exclusivamente materna</u> consiste en dar al lactante únicamente leche materna (no se le dan otros líquidos ni sólidos, ni siquiera agua, exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes).</p> <p>Para que cumpla el criterio, en el caso de que exista alguna exclusión, debe constar explícitamente en la historia clínica el motivo por el cual el recién nacido no es alimentado exclusivamente con leche materna.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	Los estudios descriptivos sobre ingesta de leche materna en los primeros días de vida indican que los bebés recién nacidos reciben la cantidad de calostro y leche que necesitan para cubrir sus necesidades, y son capaces de regular la propia ingesta de leche tanto cuantitativa como cualitativamente.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Selene.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

2.5.1.2	Lactancia materna a los 6 meses de edad
<b>Fórmula</b>	Niños lactantes entre 5 y 7 meses de edad asignados a CIAS de pediatría y enfermería con lactancia materna (exclusiva o mixta) X 100 / Niños lactantes entre 5 y 7 meses de edad asignados a CIAS de pediatría y enfermería
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>Niños/as entre 5 y 7 meses de edad que cumplan las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estén asignados a CIAS de pediatría y enfermería de atención primaria</li> <li>• Existencia de algún registro en OMI sobre la existencia de lactancia materna entre el quinto y séptimo mes de vida.</li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	El Servicio Murciano de Salud y la Consejería de Salud del Gobierno Regional de Murcia constituyeron en 2018 el programa para la atención en los primeros 1000 días de vida de la Región de Murcia. Como eje principal de este proyecto, se integra el programa para el fomento de la lactancia y la humanización en la asistencia al nacimiento. Este último sigue la metodología propuesta por la IHAN para mejorar en las prácticas sanitarias que contribuyen a una mayor tasa de lactancias exitosas. Este indicador se monitoriza desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria para facilitar la acreditación IHAN de los centros sanitarios.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> OMI.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual

## 2.2.6 Ictus isquémico.

2.2.6.2	Tiempo puerta-aguja en pacientes con ictus isquémico
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta con ictus cerebral isquémico que han recibido tratamiento fibrinolítico en un tiempo inferior o igual a 60 minutos desde la llegada al hospital x 100 / Pacientes dados de alta con ictus cerebral isquémico que han recibido tratamiento fibrinolítico.
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Tratamiento fibrinolítico</u>: administración de agente farmacológico (rtPA) con la intención de destruir o disolver un trombo o coágulo de sangre.</p> <p>El cálculo del intervalo de tiempo <b>Puerta-Aguja</b> será: <b>R1-R2</b>  <b>R1</b>= Hora de administración de la rtPA.  <b>R2</b>= Hora de entrega de datos en admisión del hospital.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La administración precoz del tratamiento fibrinolítico en los pacientes con ictus isquémico reduce su morbimortalidad y constituye un factor predictivo relevante.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: Selene. Badisen/Badimur</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: Selene. Badisen/Badimur</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

2.2.6.4	Tiempo puerta-punción para TIAM
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta por ictus isquémico a los que se ha realizado trombectomía y cuyo tiempo desde la llegada al hospital de referencia para TIAM hasta la punción arterial es de 90 minutos o menos x 100 / Pacientes dados de alta por ictus isquémico a los que se ha realizado trombectomía
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>TIAM: trombectomía intraarterial mecánica. Extracción o fragmentación mecánica del trombo mediante la utilización de dispositivos y catéteres endovasculares.</p> <p>El cálculo del intervalo de tiempo <b>Puerta-TIAM</b> será: <b>R1-R2</b></p> <p><b>R1</b>= Hora a la que se realiza la punción femoral que marca el momento en el que se inicia el procedimiento.</p> <p><b>R2</b>= Hora de entrega de datos en admisión del hospital.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	El uso temprano de la trombectomía mecánica en pacientes con ictus isquémico obtiene una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad. La efectividad es mayor cuanto más temprana sea la intervención.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: Selene. Badisen/Badimur</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: Selene. Badisen/Badimur</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

## 2.2.7 Cuidados de Enfermería.

2.2.7.5	<b>Desarrollo de úlceras por presión (UPP) durante la estancia hospitalaria en pacientes identificados de riesgo</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados identificados de riesgo moderado- alto de UPP y que desarrollan una UPP durante su estancia hospitalaria x 100 / Pacientes ingresados identificados de riesgo moderado - alto de UPP
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Pacientes identificados de riesgo moderado-alto de UPP:</u> pacientes con evaluación de riesgo en el formulario Valoración UPP-Braden (Enf) entre 13 y 15 = Riesgo moderado o una puntuación igual o inferior a 12 = Riesgo Alto.</p> <p><u>Pacientes ingresados:</u> pacientes de 14 años o más dados de alta.</p> <p><u>Paciente que desarrollan una UPP:</u> paciente que presenta una UPP intrahospitalaria.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	Las úlceras por presión constituyen hoy en día un importante problema por sus repercusiones en diferentes ámbitos, tales como el nivel de salud de quienes las padecen, la calidad de vida de los pacientes y sus entornos cuidadores. La mayoría de las úlceras por presión pueden prevenirse (un 95 % son evitables), por lo que es importante disponer de estrategias de educación y prevención. El proporcionar la mejor práctica de cuidados en cada momento puede evitar sufrimientos al paciente.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Selene.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual

<b>2.2.7.10.3</b>	<b>Informe de continuidad de cuidados al alta en pediatría</b>
<b>Fórmula</b>	Altas hospitalarias en pediatría con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas hospitalarias en pediatría
<b>Exclusiones</b>	Exitus Altas a hospitalización a domicilio. Altas por traslado a otro hospital.
<b>Aclaraciones</b>	<u>Altas hospitalarias en pediatría</u> : niños o niñas menores de 14 años que llevan ingresados más de 24 horas.  La falta de información se considera incumplimiento.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La coordinación asistencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria es una necesidad para cualquier sistema sanitario que tenga entre sus objetivos estratégicos la calidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes. La Ley General de Sanidad estableció la atención sanitaria en dos niveles asistenciales relacionados entre sí, (Atención Primaria, como primer contacto de acceso al sistema, y Atención hospitalaria, como apoyo y complemento de todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera). La continuidad de cuidados entre ambos niveles no ha dejado de ser uno de los principales desafíos al que los distintos Servicios de Salud se vienen enfrentando habitualmente, con resultados diversos. A pesar de los avances realizados, sigue existiendo un amplio margen para la mejora.
<b>Fuente de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos</u> : Selene.  <u>Para extraer los datos para la evaluación</u> : Selene
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

2.5.6.6	Úlceras por presión en pacientes inmovilizados
<b>Fórmula</b>	Pacientes inmovilizados que tienen registrado nuevos episodios de úlceras por presión de cualquier grado y localización en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes inmovilizados
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Pacientes inmovilizados</u>: Son las personas que habiendo sido sometidas a valoración en su domicilio por el médico y/o la enfermera son codificadas con el CIAP A28 en su historia clínica o tiene algún dato en el protocolo 168 o 286 y además, quedará siempre registrado el motivo de inclusión en el servicio en la primera visita.</p> <p><u>Úlcera por presión</u>: Lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él.</p> <p>La fecha del episodio de úlcera por presión debe estar entre el inicio y el final del periodo de estudio.</p> <p>Se incluye también a los que pasan a inactivo en el periodo de evaluación.</p> <p>La falta de información se considera incumplimiento.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	Todos los pacientes tienen riesgo de desarrollar úlceras por presión cuando están inmóviles durante prolongados periodos de tiempo o incapaces de responder a molestias relacionadas con la presión.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: OMI.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación</u>: OMI.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

### 2.5.3 Atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

<b>21.2.1a</b>	<b>Pacientes con diagnóstico de EPOC con espirometria en el año evaluado</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de EPOC a los que se les ha realizado una espirometria en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de EPOC
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Paciente con diagnóstico de EPOC</u>: aquel en cuya historia clínica de atención primaria aparece registrado un código CIAP R95.</p> <p>Se consideran todas las espirometrias realizadas en el año evaluado.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	Los pacientes con EPOC deben de ser citados para revisión, tanto por el equipo médico como de enfermería, una vez al año o cuando se producen cambios en la condición clínica. En el seguimiento se incluirá la revisión de la clasificación funcional, así como la espirometria, control de tratamiento (farmacológico y no farmacológico) y plan de autocuidados.
<b>Fuentes de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: OMI.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación</u>: OMI.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

## 2.5.4 Atención a pacientes con Diabetes Mellitus.

<b>2.5.4.3</b>	<b>Determinaciones de hemoglobina glicosilada con valor menor o igual a 7% (En personas menores de 65 años)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes mayores de 14 y menores de 65 años con diagnóstico de diabetes mellitus cuya última determinación de hemoglobina glicosilada, en los últimos 12 meses, muestra valores igual o inferiores al 7% x 100 / Pacientes mayores de 14 y menores de 65 años con diagnóstico de diabetes mellitus
<b>Exclusiones</b>	Diabetes gestacional.
<b>Aclaraciones</b>	<u>Paciente diagnosticado de diabetes mellitus:</u> Aquel en cuya historia clínica de atención primaria aparece registrado un código CIAP T89 (DM tipo 1) o T90 (DM tipo 2) en el periodo de estudio. Se incluyen a todos estos pacientes que en el periodo de estudio cumplen los 14 años hasta que cumplen los 65 años.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	En adultos no gestantes el objetivo metabólico razonable se encuentra por debajo del 7% de HbA1c (A), siendo más estricto (inferior a 6,5) en individuos seleccionados sin riesgo de hipoglucemia y habitualmente con una DM de reciente aparición, en tratamiento con modificación de los estilos de vida o metformina y sin riesgo cardiovascular (RCV) (C). Y, objetivos menos estrictos (inferior a 8%) en pacientes con historia de hipoglucemias graves, esperanza de vida reducida, y alteraciones microvasculares o macrovasculares avanzadas, comorbilidad.
<b>Fuentes de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos:</u> OMI. <u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> OMI.
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

### Objetivo 3 Impulso y mejora de la Atención Primaria.

<b>1.3</b>	<b>Proyecto de Intervención comunitaria</b>
<b>Fórmula</b>	Diseño y puesta en marcha de al menos una acción de intervención comunitaria en población vulnerable (residencias, personas mayores que viven solas, personas con escasos recursos, discapacitados...etc.) de cada Zona básica de salud
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>Se deberá presentar a la SGCASE un informe con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las acciones realizadas para impulsar la coordinación con servicios municipales, sociales y educativos, y otras organizaciones en el abordaje de la atención socio-sanitaria a grupos vulnerables (pobreza, ancianos en soledad, etc...).</li> <li>• Resultados obtenidos.</li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>La atención primaria continúa siendo un potencial de cambio y más que nunca tenemos necesidad de respuestas efectivas y eficientes ante las nuevas necesidades socio-sanitarias.</p> <p>Es necesario favorecer un proceso de reflexión e intercambio entre profesionales de los distintos colectivos del municipio y establecer mecanismos estables de cooperación entre las distintas organizaciones implicadas en la mejora de la salud de los ciudadanos, adecuando los servicios que se prestan a las necesidades identificadas.</p>
<b>Fuente de datos</b>	Informe de la Gerencia del Área.

## 2.5.9 Inmunizaciones programadas y estacionales.

<b>2.5.9.0</b>	<b>Cobertura de vacunación frente a la gripe en menores de 5 años de edad</b>
<b>Fórmula</b>	Niños/as de entre 6 y 59 meses de edad que han recibido al menos una dosis de vacuna antigripal inactivada x 100 / Niños/a de entre 6 y 59 meses de edad
<b>Exclusiones</b>	Personas con contraindicaciones para la vacunación
<b>Aclaraciones</b>	La campaña de vacunación antigripal comienza en octubre y puede prolongarse hasta marzo del año siguiente.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>En España, en la temporada 2022-2023, con datos del Sistema de Vigilancia de la Gripe realizados por el Centro Nacional de Epidemiología y el Instituto de Salud Carlos III hasta la semana 09 de 2023, se demuestra que los menores de 14 años son los que presentan una mayor incidencia de la gripe, como en las últimas temporadas, con un nivel alto de transmisibilidad en la epidemia gripal.</p> <p>Las tasas de hospitalización asociadas a la gripe varían según los grupos de edad, siendo más elevadas en los primeros meses de la vida. En niños sanos menores de 2 años las tasas de hospitalización son similares o incluso superiores a las de las personas de 65 o más años.</p> <p>La evidencia en los países que han introducido la vacunación de gripe en la infancia, muestra una reducción de la carga de enfermedad en este grupo de población, paralela a la disminución de la carga asistencial y de las prescripciones de antibióticos.</p>
<b>Fuentes de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> OMI y sistema de información del Registro Regional de Vacunaciones (VACUSAN)</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

<b>2.5.9.1</b>	<b>Cobertura de vacunación 2ª dosis de triple vírica</b>
<b>Fórmula</b>	Niños/as mayores o iguales a 4 años de edad y menores de 5 años que han recibido la segunda dosis de vacuna triple vírica x 100 / Niños/as mayores o iguales a 4 años de edad y menores de 5 años
<b>Exclusiones</b>	Niños con contraindicaciones para la vacunación.
<b>Aclaraciones</b>	Si el niño ha pasado la varicela antes de los 4 años se administra sólo la vacuna Priorix (Código 41-2) y si no ha pasado la varicela la vacuna MMRVaxpro (TV) Código 4-2.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	El estándar de cumplimiento nos viene marcado por el Plan de Eliminación del sarampión y rubéola en el que se rubrica el compromiso regional/nacional de conseguir la eliminación de ambas enfermedades; una de las recomendaciones más importantes del citado plan es alcanzar coberturas del 95% con dos dosis de la vacuna triple vírica tanto a escala regional como local El Plan de Eliminación es un compromiso nacional ante la Organización Mundial de la Salud.
<b>Fuentes de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos:</u> OMI.  <u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> OMI y sistema de información del Registro Regional de Vacunaciones (VACUSAN)
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

<b>2.5.9.3</b>	<b>Cobertura de vacunación 2ª dosis de VPH</b>
<b>Fórmula</b>	Niños/as mayores o iguales a 11 años y 6 meses de edad y menores de 12 años y 6 meses que han recibido la segunda dosis de vacuna frente a VPH x 100 / Niños/as mayores o iguales a 11 años y 6 meses de edad y menores de 12 años y 6 meses
<b>Exclusiones</b>	Niños con contraindicaciones para la vacunación.
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>Vacunando no solo a chicas sino también a chicos se colaborará en el objetivo diana de erradicar la infección por el VPH en humanos. Los chicos son además los mayores transmisores del virus a nivel mundial.</p> <p>La necesidad de alcanzar altas coberturas vacunales se justifica en función de la necesidad de alcanzar protección de grupo, además de protección individual, que puede conseguir una reducción sustancial de la carga de enfermedad producida por VPH, Cáncer de Cérvix, Vulva, Vagina, Ano, etc. así como de enfermedad preneoplásica (CIN 2+), etc.</p> <p>Los estudios de coste-efectividad realizados con esta vacuna obtienen sus mejores resultados cuando las coberturas llegan al menos al 80%.</p>
<b>Fuentes de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> OMI y sistema de información del Registro Regional de Vacunaciones (VACUSAN)</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

<b>Cobertura de vacunación 4ª dosis de vacuna frente a polio</b>	
<b>Fórmula</b>	Niños/as mayores o iguales a 6 años de edad y menores de 7 años que han recibido la cuarta dosis de vacuna frente a polio x 100 / Niños/as mayores o iguales a 6 años de edad y menores de 7 años
<b>Exclusiones</b>	Niños con contraindicaciones para la vacunación.
<b>Aclaraciones</b>	Los nacidos a partir del 1 de julio 2016 han recibido en el primer año de vida una pauta de 2+1 dosis de hexavalente, por lo que la 4ª dosis de polio se administra en forma de DTPa-VPI (94-4). Sin embargo, en niños nacidos con anterioridad o que hayan seguido un esquema 3+1, la 4ª dosis de polio se recibió a los 18 meses en forma de vacuna pentavalente (17-4).
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>El virus de la polio, con sus tres serotipos, es muy contagioso y se transmite fácilmente de persona a persona por vía fecal, oral y respiratoria, y ha sido responsable de numerosos casos de parálisis y muerte en todo el mundo. Gracias a la vacunación el número de casos ha descendido drásticamente y varias regiones del mundo han sido certificadas como “libres de polio”, pero, sin el mantenimiento de un nivel adecuado de coberturas de vacunación, la enfermedad puede ocasionar brotes importantes.</p> <p>En la actualidad, la mayoría de los casos de poliomielitis en el mundo se deben al poliovirus tipo 2 circulante derivado de la vacuna (VP2cDV).</p> <p>En España, desde el año 2004, solo se emplea la vacuna parenteral inactivada (VPI), que contiene los tres tipos de poliovirus y con solo 4 dosis de vacuna se considera que el nivel de protección es cercano al 100 % y muy duradero.</p>
<b>Fuentes de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> OMI y sistema de información del Registro Regional de Vacunaciones (VACUSAN)</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

## 2.5.10 Continuidad asistencial.

2.5.10.1	Seguimiento telefónico tras el alta hospitalaria
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta en cuya historia de OMI-AP, en el protocolo de Continuidad de Cuidados, conste el registro de la llamada telefónica x 100/Pacientes dados de alta hospitalaria
<b>Exclusiones</b>	Pacientes de otra Comunidad Autónoma y tras el alta se trasladan a su lugar de origen. Ingresos de hospitalización menor a 24 horas. Niños de 0 a 14 años de edad. Altas a hospitalización a domicilio.
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Pacientes dados de alta hospitalaria</u>: incluye las altas a domicilio tanto de hospitalización como de CMA</p> <p>Se valorará en el protocolo de continuidad de cuidados en la historia del paciente que conste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ‘Se contacta telefónicamente = si’ o no es posible el contacto telefónico en los siguientes supuestos: el teléfono no está operativo o el paciente acude antes de la llamada a la consulta</li> </ul> <p>Se considerará como cumplimiento los casos en los que no se contacta telefónicamente, pero consta la valoración de “NO precisa seguimiento”</p> <p>La falta de información se considera incumplimiento.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	Con una serie de mejoras entre las que se encuentran: promover una monitorización estrecha con el paciente y mejorar la comunicación y colaboración con Atención Primaria después del alta hospitalaria, se podría corregir, como indican algunos estudios, el número de ingresos hospitalarios.
<b>Fuentes de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: Selene.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: OMI.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

## Objetivo 4 Mejorar la seguridad del paciente.

### 2.6.1 Programas IRAS-PROA

2.6.2.1	<b>Cumplimiento de estándares estratégicos (nivel básico obligatorio) de acuerdo a las Normas para la Certificación de los Equipos PROA Hospitalarios (PRAN)</b>
<b>Fórmula</b>	<p>Se valoran los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Criterio 1: Elaboración del documento marco de PROA de área firmado por el director médico.</li> <li>-Criterio 2: Elaboración de un documento con el análisis anual sobre el nivel de cumplimiento de los objetivos en función de los indicadores del PROA y propuesta de acciones de mejora.</li> <li>-Criterio 3: Elaboración de un informe anual del número de asesorías e interconsultas.</li> <li>-Criterio 4: Participación en la revisión de la GTA 2023-2024 de al menos un miembro del equipo PROA hospitalario de área.</li> </ul>
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>El criterio 1 (Documento marco) solo se presentará 1 vez, en 2023. Incluirá los siguientes apartados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de la situación local.</li> <li>• Diseño del programa adaptado al centro.</li> <li>• Relación de recursos humanos destinados para el desarrollo del PROA. Es necesario aportar la relación de personas que integran el PROA y los referentes para las distintas actividades PROA, así como describir las funciones de todos los participantes.</li> <li>• Definición de los objetivos globales del PROA relacionados con el uso de antimicrobianos, control de las resistencias bacterianas y la consecución de los objetivos clínicos.</li> <li>• Planificación de las intervenciones destinadas a optimizar la prescripción de antimicrobianos.</li> <li>• Estrategia de difusión del PROA entre todos los profesionales implicados del centro para que conozcan su misión y sus objetivos.</li> <li>• Firma del director médico del Área.</li> </ul> <p>Este criterio se evaluará con un 100% solo si se tienen todos los apartados. En caso contrario no se obtendrá ningún punto.</p> <p>El criterio 2 y 3 (Informe anual e informe de asesorías/interconsultas) se presentará en 2023 y 2024. Incluirá los siguientes apartados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las actas de las reuniones del equipo PROA realizadas ese año.</li> <li>• El conjunto de los indicadores (microbiología, farmacia y clínicos) del año</li> <li>• El análisis de los resultados de los indicadores.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El informe sobre el nivel de cumplimiento de los objetivos y planes de mejora PROA.</li> <li>• Los registros de las asesorías e interconsultas realizadas en el centro (criterio 3).</li> <li>• Cualquier modificación del Documento Marco PROA.</li> </ul> <p>El criterio 2 se evaluará con un 100% solo si se tienen todos los apartados (excluido los</p>

	<p>registros de las asesorías e interconsultas realizadas en el centro que se evaluará de manera independiente como el Criterio 3). En caso contrario no se obtendrá ningún punto.</p> <p>El criterio 4 se evaluará anualmente con la asistencia y participación en la elaboración/actualización de la Guía de tratamiento antimicrobiano del SMS.</p> <p>Los criterios 2,3 y 4 deberán presentarse en 2023 y en 2024.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Justificación</b>	<p>El PRAN, tiene entre sus objetivos el favorecer la implementación metodológicamente homogénea en todo el territorio español y normalizar el trabajo de los equipos PROA. Para ello recomienda que todos los PROA se certifiquen (nivel básico, avanzado o excelente) según su grado de compromiso y su desarrollo. Para ello pondrá a disposición de los PROA una herramienta (Certifica-PROA) que conlleva una auto-evaluación y la posterior certificación. Hasta que se disponga de dicha herramienta se podrán consultar las normas de certificación en el siguiente enlace. <a href="https://www.resistenciaantibioticos.es/es/publicaciones/norma-para-la-certificacion-de-los-equipos-proa-hospitalarios">https://www.resistenciaantibioticos.es/es/publicaciones/norma-para-la-certificacion-de-los-equipos-proa-hospitalarios</a>.</p> <p>Los criterios establecidos (1, 2, 3 y 4) son los estándares estratégicos para conseguir el nivel básico de certificación.</p>
<b>Fuente de datos</b>	Gerencia de Área.
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

2.6.2.2	<b>Cumplimiento de estándares estratégicos (nivel básico obligatorio) de acuerdo a las Normas para la Certificación de los Equipos PROA Comunitarios (PRAN)</b>
<b>Fórmula</b>	<p>Se valoran los siguientes criterios:</p> <p>Criterio 1: Elaboración del documento marco de PROA-AP firmado por el responsable de atención primaria del área de salud.</p> <p>Criterio 2: Elaboración de un documento con el análisis anual sobre el nivel de cumplimiento de los objetivos en función de los indicadores del PROA y propuesta de acciones de mejora</p>
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>El criterio 1 (Documento marco) solo se presentará 1 vez, en 2023.</p> <p>Incluirá los siguientes apartados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de la situación local: perfil de prescripción de antimicrobianos (indicadores cuantitativos/consumo general y patología específicos/adecuación la utilización), perfil poblacional (población pediátrica, porcentaje de mayores de 65 años y 75 años, número de personas que residen en centros sociosanitarios...), recursos necesarios para el PROA de atención primaria, disponibilidad de laboratorio de microbiología de referencia y datos de resistencias locales.</li> <li>• El diseño de un PROA adaptado a las características del área: número de facultativos por población, distancia al hospital de referencia, grado de dispersión geográfica, número de centros, de puntos de atención a urgencias, de centros sociosanitarios incluyendo sus características (número de plazas, disponibilidad de médico propio y otro personal sanitario, etc), por zonas desfavorecidas y por zonas rurales.</li> <li>• Relación de recursos humanos destinados para el desarrollo del PROA. Será necesario aportar la relación de personas que integran el PROA y los referentes para las distintas actividades PROA, así como describir las funciones de todos los participantes.</li> <li>• Especificación sobre si la guía de referencia del PROA será la “Guía Terapéutica Antimicrobiana del Sistema Nacional de Salud” o una adaptación local de la misma.</li> <li>• Definición de los objetivos globales del PROA relacionados con el uso de antimicrobianos, control de las resistencias bacterianas y la consecución de los objetivos clínicos.</li> <li>• Planificación de intervenciones destinadas a optimizar la prescripción de antimicrobianos.</li> <li>• Estrategias de difusión del PROA a todos los profesionales implicados en el área para garantizar su implicación en la misión y objetivos del PROA.</li> <li>• Firma del responsable de atención primaria del área de salud.</li> </ul> <p>Este criterio se evaluará con un 100% solo si se tienen todos los apartados. En caso contrario no se obtendrá ningún punto.</p> <p>El criterio 2 (Informe anual) se presentará en 2023 y 2024</p> <p>Incluirá los siguientes apartados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las actas de las reuniones del equipo PROA realizadas ese año.</li> <li>• El conjunto de los indicadores (microbiología y farmacia) del año</li> <li>• El análisis de los resultados de los indicadores.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El informe sobre el nivel de cumplimiento de los objetivos y planes de mejora PROA.</li> <li>• Cualquier modificación del Documento Marco PROA.</li> </ul> <p>El criterio 2 se evaluará con un 100% solo si se tienen todos los apartados. En caso contrario no se obtendrá ningún punto.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Justificación</b>	<p>El PRAN, tiene entre sus objetivos el favorecer la implementación metodológicamente homogénea en todo el territorio español y normalizar el trabajo de los equipos PROA. Para ello recomienda que todos los PROA se certifiquen (nivel básico, avanzado o excelente) según su grado de compromiso y su desarrollo. Para ello pondrá a disposición de los PROA una herramienta (Certifica-PROA) que conlleva una auto-evaluación y la posterior certificación. Hasta que se disponga de dicha herramienta se podrán consultar las normas de certificación en el siguiente enlace. <a href="https://www.resistenciaantibioticos.es/es/publicaciones/norma-para-la-certificacion-de-los-equipos-proa-hospitalarios">https://www.resistenciaantibioticos.es/es/publicaciones/norma-para-la-certificacion-de-los-equipos-proa-hospitalarios</a>.</p> <p>Los criterios establecidos (1 y 2) son los estándares estratégicos para conseguir el nivel básico de certificación.</p>
<b>Fuente de datos</b>	Gerencia de Área.
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

2.6.1.6	Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía de colon																																																		
<b>Fórmula</b>	Número de ILQ detectadas en los procedimientos de cirugía de colon en el período de estudio x 100/ Intervenciones de cirugía de colon en el periodo de estudio.																																																		
<b>Exclusiones</b>	Pacientes que han sido exitus en los 30 días posteriores a la intervención.																																																		
<b>Aclaraciones</b>	<p>Se seguirá el protocolo de vigilancia y control de la infección de localización quirúrgica (Protocolo-ILQ) de RENAVE. Actualizado en abril 2019. Disponible en:  <a href="https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS%20IRAS%20Y%20RESISTENCIAS/PROTOCOLOS%20NUEVOS%202019%20IRAS/Protocolo-ILQ_Nov2017_rev_Abril2019.pdf">https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS%20IRAS%20Y%20RESISTENCIAS/PROTOCOLOS%20NUEVOS%202019%20IRAS/Protocolo-ILQ_Nov2017_rev_Abril2019.pdf</a></p> <p><u>Intervenciones de Cirugía de Colon:</u> Incisión, resección o anastomosis del intestino grueso, incluida la anastomosis de intestino grueso a delgado o de delgado a grueso. Esta cirugía debe ser incluida en su totalidad. NO incluye operaciones sobre recto. En la tabla siguiente aparecen los códigos CIE9-MC y literales de los procedimientos incluidos:</p> <table border="1" data-bbox="501 1048 1377 2007"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>17.31</td><td>Resección segmentaria múltiple laparoscópica de intestino grueso</td></tr> <tr><td>17.32</td><td>Cecectomía laparoscópica</td></tr> <tr><td>17.33</td><td>Hemicolectomía derecha laparoscópica</td></tr> <tr><td>17.34</td><td>Resección laparoscópica de colon transverso</td></tr> <tr><td>17.35</td><td>Hemicolectomía izquierda laparoscópica</td></tr> <tr><td>17.36</td><td>Sigmoidectomía laparoscópica</td></tr> <tr><td>17.39</td><td>Otra escisión parcial laparoscópica de intestino grueso</td></tr> <tr><td>45.03</td><td>Incisión de intestino grueso</td></tr> <tr><td>45.26</td><td>Biopsia abierta de intestino grueso</td></tr> <tr><td>45.41</td><td>Extirpación de lesión o tejido de intestino grueso</td></tr> <tr><td>45.49</td><td>Otra eliminación de lesión de intestino grueso.</td></tr> <tr><td>45.52</td><td>Aislamiento de segmento de intestino grueso</td></tr> <tr><td>45.71</td><td>Resección segmentaria múltiple de intestino grueso</td></tr> <tr><td>45.72</td><td>Cecectomía</td></tr> <tr><td>45.73</td><td>Hemicolectomía derecha</td></tr> <tr><td>45.74</td><td>Resección de colon transverso</td></tr> <tr><td>45.75</td><td>Hemicolectomía izquierda</td></tr> <tr><td>45.76</td><td>Sigmoidectomía</td></tr> <tr><td>45.79</td><td>Otra excisión parcial de intestino grueso</td></tr> <tr><td>45.81</td><td>Colectomía total intraabdominal laparoscópica</td></tr> <tr><td>45.82</td><td>Colectomía total intraabdominal abierta</td></tr> <tr><td>45.83</td><td>Otra colectomía total intraabdominal y las no especificadas</td></tr> <tr><td>45.92</td><td>Anastomosis de intestino delgado al muñón rectal. Procedimiento de Hampton</td></tr> <tr><td>45.93</td><td>Otra anastomosis de intestino delgado a intestino grueso</td></tr> </tbody> </table>	Código	Descripción	17.31	Resección segmentaria múltiple laparoscópica de intestino grueso	17.32	Cecectomía laparoscópica	17.33	Hemicolectomía derecha laparoscópica	17.34	Resección laparoscópica de colon transverso	17.35	Hemicolectomía izquierda laparoscópica	17.36	Sigmoidectomía laparoscópica	17.39	Otra escisión parcial laparoscópica de intestino grueso	45.03	Incisión de intestino grueso	45.26	Biopsia abierta de intestino grueso	45.41	Extirpación de lesión o tejido de intestino grueso	45.49	Otra eliminación de lesión de intestino grueso.	45.52	Aislamiento de segmento de intestino grueso	45.71	Resección segmentaria múltiple de intestino grueso	45.72	Cecectomía	45.73	Hemicolectomía derecha	45.74	Resección de colon transverso	45.75	Hemicolectomía izquierda	45.76	Sigmoidectomía	45.79	Otra excisión parcial de intestino grueso	45.81	Colectomía total intraabdominal laparoscópica	45.82	Colectomía total intraabdominal abierta	45.83	Otra colectomía total intraabdominal y las no especificadas	45.92	Anastomosis de intestino delgado al muñón rectal. Procedimiento de Hampton	45.93	Otra anastomosis de intestino delgado a intestino grueso
Código	Descripción																																																		
17.31	Resección segmentaria múltiple laparoscópica de intestino grueso																																																		
17.32	Cecectomía laparoscópica																																																		
17.33	Hemicolectomía derecha laparoscópica																																																		
17.34	Resección laparoscópica de colon transverso																																																		
17.35	Hemicolectomía izquierda laparoscópica																																																		
17.36	Sigmoidectomía laparoscópica																																																		
17.39	Otra escisión parcial laparoscópica de intestino grueso																																																		
45.03	Incisión de intestino grueso																																																		
45.26	Biopsia abierta de intestino grueso																																																		
45.41	Extirpación de lesión o tejido de intestino grueso																																																		
45.49	Otra eliminación de lesión de intestino grueso.																																																		
45.52	Aislamiento de segmento de intestino grueso																																																		
45.71	Resección segmentaria múltiple de intestino grueso																																																		
45.72	Cecectomía																																																		
45.73	Hemicolectomía derecha																																																		
45.74	Resección de colon transverso																																																		
45.75	Hemicolectomía izquierda																																																		
45.76	Sigmoidectomía																																																		
45.79	Otra excisión parcial de intestino grueso																																																		
45.81	Colectomía total intraabdominal laparoscópica																																																		
45.82	Colectomía total intraabdominal abierta																																																		
45.83	Otra colectomía total intraabdominal y las no especificadas																																																		
45.92	Anastomosis de intestino delgado al muñón rectal. Procedimiento de Hampton																																																		
45.93	Otra anastomosis de intestino delgado a intestino grueso																																																		

	<p>45.94 Anastomosis de intestino grueso a Intestino grueso</p> <p>45.95 Anastomosis del ano</p> <p>46.03 Exteriorización de intestino grueso</p> <p>46.04 Resección de segmento exteriorizado de intestino grueso</p> <p>46.10 Colostomía N.E.O.M</p> <p>46.11 Colostomía temporal</p> <p>46.13 Colostomía permanente</p> <p>46.14 Apertura retardada de colostomía</p> <p>46.43 Otra revisión de estoma de intestino grueso</p> <p>46.52 Cierre de estoma de intestino grueso</p> <p>46.75 Sutura de herida de intestino grueso</p> <p>46.76 Cierre de fístula de intestino grueso</p> <p>46.94 Revisión de anastomosis de intestino grueso</p>
	<p>Se incluirán todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente que permanecieron ingresados al menos 48 horas durante el periodo de estudio. Se vigilará para cada uno de los procedimientos tanto la cirugía urgente como la programada.</p> <p>Se utilizarán los reingresos dentro del periodo de 30 días posteriores a la cirugía (siendo día 1 el día de la cirugía) como método de captación de infecciones que aparecen posteriores a la fecha de alta.</p> <p>Se hará una vigilancia prospectiva y continua hasta alcanzar el mínimo de 100 intervenciones consecutivas siendo el período máximo de vigilancia de 1 año (aunque no llegasen a alcanzar los mínimos requeridos).</p> <p>Se evaluará con 0% de cumplimiento cuando no se acredite el cumplimiento de los siguientes criterios (RENAVE):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los procedimientos valorados están incluidos entre los especificados en la tabla que aparece en esta ficha.</li> <li>- El tamaño muestral es de 100 casos o, en su defecto, la totalidad del universo para el periodo de estudio, incluyendo tanto intervenciones urgentes como programadas.</li> <li>- El periodo de estudio mínimo es de 3 meses y, como máximo de un 1 año, en caso de no alcanzarse el tamaño muestral de 100 casos.</li> </ul> <p>Para poder evaluar los criterios anteriores el centro deberá enviar un documento donde aparezca la información requerida con el nivel de desagregación comentado. En caso de no recibir dicho documento se otorgará un porcentaje de cumplimiento del 0%.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	<p>La tasa de infección de la herida quirúrgica en la cirugía colorrectal es alta y lleva asociada una importante morbilidad y mortalidad quirúrgicas. Muchas de estas infecciones son prevenibles y los costes que se derivan de su prevención son menores que los que supone su tratamiento. Los sistemas de vigilancia precisan para el éxito de su implementación de una estandarización de las definiciones y de la recogida de datos, para que los hospitales puedan</p>

	comparar sus tasas de infección entre sí, con las nacionales (estándares de referencia) y a nivel europeo. Se establece el protocolo RENAVE para la identificación y clasificación de los casos, así como para definir los criterios de las infecciones.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Selene.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

2.6.1.7	<b>Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía ortopédica de prótesis cadera (HPRO)</b>																						
<b>Fórmula</b>	ILQ detectadas en los procedimientos HPRO en el periodo de estudio x 100 / Intervenciones de HPRO en el periodo de estudio																						
<b>Exclusiones</b>	Pacientes que han sido exitus en los 90 días posteriores a la intervención																						
<b>Aclaraciones</b>	<p>Se seguirá el protocolo de vigilancia y control de la infección de localización quirúrgica (Protocolo-ILQ) de RENAVE. Actualizado en abril 2019. Disponible en:  <a href="https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS%20IRAS%20Y%20RESISTENCIAS/PROTOCOLOS%20NUEVOS%202019%20IRAS/Protocolo-ILQ_Nov2017_rev_Abril2019.pdf">https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS%20IRAS%20Y%20RESISTENCIAS/PROTOCOLOS%20NUEVOS%202019%20IRAS/Protocolo-ILQ_Nov2017_rev_Abril2019.pdf</a></p> <p><u>Intervenciones de Prótesis-Artroplastia de cadera (HPRO):</u> Esta cirugía debe ser incluida en su totalidad. En la tabla siguiente aparecen los códigos CIE9-MC y literales de los procedimientos incluidos:</p> <table border="1" data-bbox="501 981 1375 1406"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00.70</td> <td>Revisión de prótesis total de cadera, componentes acetabular y femoral</td> </tr> <tr> <td>00.71</td> <td>Revisión de componente acetabular</td> </tr> <tr> <td>00.72</td> <td>Revisión de componente femoral</td> </tr> <tr> <td>00.73</td> <td>Revisión de prótesis de cadera, sólo alineador acetabular y/o cabeza femoral</td> </tr> <tr> <td>00.85</td> <td>Recubrimiento total de cadera, acetábulo y cabeza femoral</td> </tr> <tr> <td>00.86</td> <td>Recubrimiento parcial de cadera, cabeza femoral</td> </tr> <tr> <td>00.87</td> <td>Recubrimiento parcial de cadera, acetábulo</td> </tr> <tr> <td>81.51</td> <td>Sustitución total de cadera</td> </tr> <tr> <td>81.52</td> <td>Sustitución parcial de cadera</td> </tr> <tr> <td>81.53</td> <td>Revisión de sustitución de cadera</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se incluirán todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente que permanecieron ingresados al menos 48 horas durante el periodo de estudio. Se vigilará para cada uno de los procedimientos tanto la cirugía urgente como la programada.</p> <p>Se utilizarán los reingresos dentro del periodo de 90 días posteriores a la cirugía (siendo día 1 el día de la cirugía) como método de captación de infecciones que aparecen posteriores a la fecha de alta.</p> <p>Se hará una vigilancia prospectiva y continua hasta alcanzar el mínimo de 100 intervenciones consecutivas, siendo el período máximo de vigilancia de 1 año (aunque no llegasen a alcanzar los mínimos requeridos).</p> <p>Se evaluará con 0% de cumplimiento cuando no se acredite el cumplimiento de los siguientes criterios (RENAVE):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los procedimientos valorados están incluidos entre los especificados en la tabla que aparece en esta ficha.</li> </ul>	Código	Descripción	00.70	Revisión de prótesis total de cadera, componentes acetabular y femoral	00.71	Revisión de componente acetabular	00.72	Revisión de componente femoral	00.73	Revisión de prótesis de cadera, sólo alineador acetabular y/o cabeza femoral	00.85	Recubrimiento total de cadera, acetábulo y cabeza femoral	00.86	Recubrimiento parcial de cadera, cabeza femoral	00.87	Recubrimiento parcial de cadera, acetábulo	81.51	Sustitución total de cadera	81.52	Sustitución parcial de cadera	81.53	Revisión de sustitución de cadera
Código	Descripción																						
00.70	Revisión de prótesis total de cadera, componentes acetabular y femoral																						
00.71	Revisión de componente acetabular																						
00.72	Revisión de componente femoral																						
00.73	Revisión de prótesis de cadera, sólo alineador acetabular y/o cabeza femoral																						
00.85	Recubrimiento total de cadera, acetábulo y cabeza femoral																						
00.86	Recubrimiento parcial de cadera, cabeza femoral																						
00.87	Recubrimiento parcial de cadera, acetábulo																						
81.51	Sustitución total de cadera																						
81.52	Sustitución parcial de cadera																						
81.53	Revisión de sustitución de cadera																						

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El tamaño muestral es de 100 casos o, en su defecto, la totalidad del universo para el periodo de estudio, incluyendo tanto intervenciones urgentes como programadas.</li> <li>- El periodo de estudio mínimo es de 3 meses y, como máximo de un 1 año, en caso de no alcanzarse el tamaño muestral de 100 casos.</li> </ul> <p>Para poder evaluar los criterios anteriores el centro deberá enviar un documento donde aparezca la información requerida con el nivel de desagregación comentado. En caso de no recibir dicho documento se otorgará un porcentaje de cumplimiento del 0%.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	La cirugía de prótesis de cadera/rodilla es un procedimiento quirúrgico frecuente y relevante. La infección quirúrgica relacionada con este procedimiento supone un elevado coste desde el punto de vista socio sanitario. Muchas de estas infecciones son prevenibles y los costes que se derivan de su prevención son menores que los que supone su tratamiento. Los sistemas de vigilancia precisan para el éxito de su implementación de una estandarización de las definiciones y de la recogida de datos, para que los hospitales puedan comparar sus tasas de infección entre sí, con las nacionales (estándares de referencia) y a nivel europeo. Se establece el protocolo RENAVE para la identificación y clasificación de los casos, así como para definir los criterios de las infecciones.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Selene.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

2.6.1.8	Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía ortopédica de prótesis de rodilla (KPRO)																
<b>Fórmula</b>	ILQ detectadas en los procedimientos KPRO en el periodo de estudio x 100 / Intervenciones de KPRO en ese periodo de estudio																
<b>Exclusiones</b>	Pacientes que han sido exitus en los 90 días posteriores a la intervención																
<b>Aclaraciones</b>	<p>Se seguirá el protocolo de vigilancia y control de la infección de localización quirúrgica (Protocolo-ILQ) de RENAVE. Actualizado en abril 2019. Disponible en: <a href="https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS%20IRAS%20Y%20RESISTENCIAS/PROTOCOLOS%20NUEVOS%202019%20IRAS/Protocolo-ILQ_Nov2017_rev_Abril2019.pdf">https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS%20IRAS%20Y%20RESISTENCIAS/PROTOCOLOS%20NUEVOS%202019%20IRAS/Protocolo-ILQ_Nov2017_rev_Abril2019.pdf</a></p> <p><u>Intervenciones de Prótesis-Artroplastia de Rodilla (KPRO)</u>: Esta cirugía debe ser incluida en su totalidad. En la tabla siguiente aparecen los códigos CIE9-MC y literales de los procedimientos incluidos:</p> <table border="1" data-bbox="593 965 1430 1227"> <thead> <tr> <th data-bbox="593 965 687 999">Código</th> <th data-bbox="687 965 1430 999"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="593 999 687 1032">00.80</td> <td data-bbox="687 999 1430 1032">Revisión de sustitución de rodilla, total (todos los componentes)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="593 1032 687 1066">00.81</td> <td data-bbox="687 1032 1430 1066">Revisión de sustitución de rodilla, componente tibial</td> </tr> <tr> <td data-bbox="593 1066 687 1099">00.82</td> <td data-bbox="687 1066 1430 1099">Revisión de sustitución de rodilla, componente femoral</td> </tr> <tr> <td data-bbox="593 1099 687 1133">00.83</td> <td data-bbox="687 1099 1430 1133">Revisión de sustitución de rodilla, componente rotuliano</td> </tr> <tr> <td data-bbox="593 1133 687 1167">00.84</td> <td data-bbox="687 1133 1430 1167">Revisión de sustitución de rodilla, inserción (alineador) tibial</td> </tr> <tr> <td data-bbox="593 1167 687 1200">81.54</td> <td data-bbox="687 1167 1430 1200">Sustitución total de rodilla</td> </tr> <tr> <td data-bbox="593 1200 687 1227">81.55</td> <td data-bbox="687 1200 1430 1227">Revisión de sustitución de rodilla NEOM</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se incluirán todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente que permanecieron ingresados al menos 48 horas durante el periodo de estudio. Se vigilará para cada uno de los procedimientos tanto la cirugía urgente como la programada.</p> <p>Se utilizarán los reingresos dentro del periodo de 90 días posteriores a la cirugía (siendo día 1 el día de la cirugía) como método de captación de infecciones que aparecen posteriores a la fecha de alta.</p> <p>Se hará una vigilancia prospectiva y continua hasta alcanzar el mínimo de 100 intervenciones consecutivas, siendo el período máximo de vigilancia de 1 año (aunque no llegasen a alcanzar los mínimos requeridos).</p> <p>Se evaluará con 0% de cumplimiento cuando no se acredite el cumplimiento de los siguientes criterios (RENAVE):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los procedimientos valorados están incluidos entre los especificados en la tabla que aparece en esta ficha.</li> <li>- El tamaño muestral es de 100 casos o, en su defecto, la totalidad del universo para el periodo de estudio, incluyendo tanto intervenciones urgentes como programadas.</li> <li>- El periodo de estudio mínimo es de 3 meses y, como máximo de un 1 año, en caso de no alcanzarse el tamaño muestral de 100 casos.</li> </ul>	Código		00.80	Revisión de sustitución de rodilla, total (todos los componentes)	00.81	Revisión de sustitución de rodilla, componente tibial	00.82	Revisión de sustitución de rodilla, componente femoral	00.83	Revisión de sustitución de rodilla, componente rotuliano	00.84	Revisión de sustitución de rodilla, inserción (alineador) tibial	81.54	Sustitución total de rodilla	81.55	Revisión de sustitución de rodilla NEOM
Código																	
00.80	Revisión de sustitución de rodilla, total (todos los componentes)																
00.81	Revisión de sustitución de rodilla, componente tibial																
00.82	Revisión de sustitución de rodilla, componente femoral																
00.83	Revisión de sustitución de rodilla, componente rotuliano																
00.84	Revisión de sustitución de rodilla, inserción (alineador) tibial																
81.54	Sustitución total de rodilla																
81.55	Revisión de sustitución de rodilla NEOM																

	Para poder evaluar los criterios anteriores el centro deberá enviar un documento donde aparezca la información requerida con el nivel de desagregación comentado. En caso de no recibir dicho documento se otorgará un porcentaje de cumplimiento del 0%.
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	La cirugía de prótesis de cadera/rodilla es un procedimiento quirúrgico frecuente y relevante. La infección quirúrgica relacionada con este procedimiento supone un elevado coste desde el punto de vista socio sanitario. Muchas de estas infecciones son prevenibles y los costes que se derivan de su prevención son menores que los que supone su tratamiento. Los sistemas de vigilancia precisan para el éxito de su implementación de una estandarización de las definiciones y de la recogida de datos, para que los hospitales puedan comparar sus tasas de infección entre sí, con las nacionales (estándares de referencia) y a nivel europeo. Se establece el protocolo RENAVE para la identificación y clasificación de los casos, así como para definir los criterios de las infecciones.
<b>Fuente de datos</b>	Para la identificación de los casos: Selene. Para extraer los datos para la evaluación: Selene.
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

2.6.1.14	<b>Infección de localización quirúrgica (ILQ) tras cirugía tras By-pass aortocoronario</b>																								
<b>Fórmula</b>	ILQ detectadas en los procedimientos tras By-pass aortocoronario en el periodo de estudio x 100 / Intervenciones de By-pass aortocoronario en ese periodo de estudio																								
<b>Exclusiones</b>	Pacientes que han sido exitus en los 90 días posteriores a la intervención.																								
<b>Aclaraciones</b>	<p>Se seguirá el protocolo de vigilancia y control de la infección de localización quirúrgica (Protocolo-ILQ) de RENAVE. Actualizado en abril 2019. Disponible en: <a href="https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS%20IRAS%20Y%20RESISTENCIAS/PROTOCOLOS%20NUEVOS%202019%20IRAS/Protocolo-ILQ_Nov2017_rev_Abril2019.pdf">https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS%20IRAS%20Y%20RESISTENCIAS/PROTOCOLOS%20NUEVOS%202019%20IRAS/Protocolo-ILQ_Nov2017_rev_Abril2019.pdf</a></p> <p><u>Intervenciones de By pass aortocoronario con doble incisión</u> (procedimientos para revascularización cardiaca directa; incluye la obtención del vaso utilizado para la revascularización (CBGB)). En la tabla siguiente aparecen los códigos CIE9-MC y literales de los procedimientos incluidos:</p> <table border="1" data-bbox="502 1043 1385 1339"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>36.10</td> <td>Derivación aortocoronaria para revascularización miocárdica, NEOM</td> </tr> <tr> <td>36.11</td> <td>Derivación aortocoronaria de una arteria coronaria</td> </tr> <tr> <td>36.12</td> <td>Derivación aortocoronaria de dos arterias coronarias</td> </tr> <tr> <td>36.13</td> <td>Derivación aortocoronaria de tres arterias coronarias</td> </tr> <tr> <td>36.14</td> <td>Derivación aortocoronaria de cuatro o más arterias coronarias</td> </tr> <tr> <td>36.19</td> <td>Otras derivaciones para revascularización miocárdica</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Intervenciones de By pass aortocoronario con incisión única</u> (procedimientos para revascularización cardiaca usando por ejemplo la arteria mamaria interna – torácica (CBGC)). En la tabla siguiente aparecen los códigos CIE9-MC y literales de los procedimientos incluidos:</p> <table border="1" data-bbox="502 1534 1385 1765"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>36.15</td> <td>Derivación simple de arteria mamaria interna-arteria coronaria.</td> </tr> <tr> <td>36.16</td> <td>Derivación doble de arteria mamaria interna-arteria coronaria.</td> </tr> <tr> <td>36.17</td> <td>Derivación de arteria abdominal a arteria coronaria.</td> </tr> <tr> <td>36.2</td> <td>Revascularización cardiaca por implantación arterial.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se incluirán todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente que permanecieron ingresados al menos 48 horas durante el periodo de estudio. Se vigilará para cada uno de los procedimientos tanto la cirugía urgente como la programada.</p> <p>Se utilizarán los reingresos dentro del periodo de 90 días posteriores a la cirugía (siendo día 1 el día de la cirugía) como método de captación de infecciones que</p>	Código	Descripción	36.10	Derivación aortocoronaria para revascularización miocárdica, NEOM	36.11	Derivación aortocoronaria de una arteria coronaria	36.12	Derivación aortocoronaria de dos arterias coronarias	36.13	Derivación aortocoronaria de tres arterias coronarias	36.14	Derivación aortocoronaria de cuatro o más arterias coronarias	36.19	Otras derivaciones para revascularización miocárdica	Código	Descripción	36.15	Derivación simple de arteria mamaria interna-arteria coronaria.	36.16	Derivación doble de arteria mamaria interna-arteria coronaria.	36.17	Derivación de arteria abdominal a arteria coronaria.	36.2	Revascularización cardiaca por implantación arterial.
Código	Descripción																								
36.10	Derivación aortocoronaria para revascularización miocárdica, NEOM																								
36.11	Derivación aortocoronaria de una arteria coronaria																								
36.12	Derivación aortocoronaria de dos arterias coronarias																								
36.13	Derivación aortocoronaria de tres arterias coronarias																								
36.14	Derivación aortocoronaria de cuatro o más arterias coronarias																								
36.19	Otras derivaciones para revascularización miocárdica																								
Código	Descripción																								
36.15	Derivación simple de arteria mamaria interna-arteria coronaria.																								
36.16	Derivación doble de arteria mamaria interna-arteria coronaria.																								
36.17	Derivación de arteria abdominal a arteria coronaria.																								
36.2	Revascularización cardiaca por implantación arterial.																								

	<p>aparecen posteriores a la fecha de alta.</p> <p>Se hará una vigilancia prospectiva y continua hasta alcanzar el mínimo de 30 intervenciones consecutivas, siendo el período máximo de vigilancia de 1 año (aunque no llegasen a alcanzar los mínimos requeridos).</p> <p>Se evaluará con 0% de cumplimiento cuando no se acredite el cumplimiento de los siguientes criterios (RENAVE):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los procedimientos valorados están incluidos entre los especificados en la tabla que aparece en esta ficha.</li> <li>- El tamaño muestral es de 100 casos o, en su defecto, la totalidad del universo para el periodo de estudio, incluyendo tanto intervenciones urgentes como programadas.</li> <li>- El periodo de estudio mínimo es de 3 meses y, como máximo de un 1 año, en caso de no alcanzarse el tamaño muestral de 100 casos.</li> </ul> <p>Para poder evaluar los criterios anteriores el centro deberá enviar un documento donde aparezca la información requerida con el nivel de desagregación comentado. En caso de no recibir dicho documento se otorgará un porcentaje de cumplimiento del 0%.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	<p>Las ILQ son un importante objetivo de la vigilancia de las IRAS y una prioridad de los sistemas de vigilancia en varios países europeos. Muchas de estas infecciones son prevenibles y los costes que se derivan de su prevención son menores que los que supone su tratamiento. Los procedimientos quirúrgicos (categorías NHSN) incluidos en la vigilancia mínima son procedimientos seleccionados por su gran relevancia hospitalaria, por la frecuencia de intervenciones realizadas y/o por la alta incidencia de infecciones quirúrgicas que conllevan. Los sistemas de vigilancia precisan para el éxito de su implementación de una estandarización de las definiciones y de la recogida de datos, para que los hospitales puedan comparar sus tasas de infección entre sí, con las nacionales (estándares de referencia) y a nivel europeo. Se establece el protocolo RENAVE para la identificación y clasificación de los casos, así como para definir los criterios de las infecciones.</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Selene.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

2.6.1.9	Bacteriemia relacionada con catéteres vascular central en UCI
Fórmula	Nuevas bacteriemias relacionadas con catéter venoso central detectadas en el periodo de tiempo de estudio x 1000 / Sumatorio de días de catéter venoso central en todos los pacientes portadores de estos dispositivos en el periodo de estudio
Exclusiones	Catéteres arteriales. Los pacientes que permanezcan ingresados en UCI menos de 3 días.
Aclaraciones	<p>Los criterios diagnósticos actualizados a 2023 para la recogida de datos en las UCI españolas están disponibles en: <a href="https://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Manual_2023.pdf">https://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Manual_2023.pdf</a></p> <p><u>Bacteriemia relacionada con catéter vascular central</u>: es la que aparece en un paciente portador del dispositivo invasivo en las primeras 48 horas de su colocación, sin que pueda atribuirse a otro foco; dicho dispositivo debe estar presente (aunque sea de forma intermitente) en las 48 horas previas al inicio de la infección.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Diagnóstico con retirada del catéter</u>: Aislamiento del mismo microorganismo (especie e idéntico antibiograma) en hemocultivo extraído de vena periférica y en un cultivo cuantitativo o semicuantitativo de punta de catéter en un paciente con cuadro clínico de sepsis, y sin otro foco aparente de infección. En caso de <i>Staphylococcus coagulasa</i> negativo (SCN) se exigirá el aislamiento del microorganismo al menos en dos 2 frascos de hemocultivos periféricos. También se debe considerar bacteriemia relacionada con catéter si el hemocultivo es positivo y el paciente mejora clínicamente en las 48 horas siguientes tras la retirada del catéter.</li> <li>- <u>Diagnóstico sin retirada del catéter</u>: Cuadro clínico de sepsis, sin otro foco aparente de infección, en el que se aísla el mismo microorganismo en hemocultivos simultáneos cuantitativos en una proporción superior o igual a 5:1 en las muestras extraídas a través de catéter respecto a las obtenidas por venopunción.</li> </ul> <p><u>Cálculo del número de días de dispositivo</u>: El número de días de un dispositivo corresponde al número total de días de exposición a un dispositivo determinado (ej. catéter venoso central, ventilación mecánica) para todos los pacientes de una población seleccionada, durante el período de tiempo establecido. Para el caso de los catéteres centrales, se contabiliza un solo día de catéter venoso central, aunque el mismo paciente sea portador de más de un catéter venoso central.</p> <p>En la vigilancia de las bacteriemias adquiridas en UCI, los pacientes objeto de estudio serán, los pacientes mayores de 1 mes que permanezcan ingresados en UCI más de 2 días, durante el periodo de seguimiento (Fecha de alta de UCI- fecha de ingreso en UCI +1 &gt; 2 días).</p>

	<p>El periodo de vigilancia se realizará durante al menos 3 meses consecutivos. Aquellas UCI en las que en ese periodo de tiempo no se hayan conseguido al menos 30 pacientes ingresados en la UCI con estancias mayores de 48 horas, podrán alargar el periodo de seguimiento hasta conseguir ese número de pacientes. El periodo máximo de seguimiento para un paciente será de 60 días. El seguimiento se hará hasta 48 horas después del alta de la UCI.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	<p>El uso de catéteres venosos centrales (CVC) es indispensable en el tratamiento de pacientes hospitalizados. La infección es una de las complicaciones más importantes del uso de CVC. La bacteriemia por CVC es la principal causa de bacteriemia nosocomial en UCI, siendo la tercera causa de infección nosocomial (después de la neumonía y las infecciones urinarias). Aunque su impacto real no está bien establecido, se estima que la bacteriemia relacionada con los CVC resulta en una mortalidad del 10%, la estancia en la UCI se prolonga entre 5 y 8 días y un mayor uso de los recursos de la UCI. Estas infecciones se pueden prevenir.</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Registro de <i>ENVIN-HELICS</i></p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> registro de <i>ENVIN-HELICS</i></p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

<b>2.6.1.10</b>	<b>Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (NAV)</b>
<b>Fórmula</b>	Nuevas NAV detectadas en un periodo de estudio x 1000 / Sumatorio de días de ventilación mecánica en todos los pacientes portadores de estos dispositivos en el periodo de estudio
<b>Exclusiones</b>	Los pacientes que permanezcan ingresados en UCI menos de 3 días.
<b>Aclaraciones</b>	<p>Los criterios diagnósticos actualizados a 2023 para la recogida de datos en las UCI españolas están disponibles en:  <a href="https://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Manual_2023.pdf">https://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Manual_2023.pdf</a></p> <p><u>Neumonía asociada a ventilación mecánica</u>: se debe cumplir con la definición establecida de Neumonía Adquirida en la UCI (N) del documento referido en un paciente portador de ventilación mecánica invasiva más de 48 horas, debiendo estar el dispositivo presente en las 48 horas previas al inicio de la infección</p> <p><u>Cálculo del número de días de dispositivo</u>: El número de días de un dispositivo corresponde al número total de días de exposición a un dispositivo determinado (ej. catéter venoso central, ventilación mecánica) para todos los pacientes de una población seleccionada, durante el período de tiempo establecido.</p> <p>El periodo de vigilancia se realizará durante al menos 3 meses consecutivos. Aquellas UCI en las que en ese periodo de tiempo no se hayan conseguido al menos 30 pacientes ingresados en la UCI con estancias mayores de 48 horas, podrán alargar el periodo de seguimiento hasta conseguir ese número de pacientes. El periodo máximo de seguimiento para un paciente será de 60 días. El seguimiento se hará hasta 48 horas después del alta de la UCI.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	La neumonía asociada al ventilador (NAV) es normalmente la infección nosocomial más común en la UCI. La importancia de monitorizar este indicador se deriva tanto de su impacto en la mortalidad (aproximadamente un tercio de los pacientes que desarrollan NAV mueren como consecuencia de la infección) como en morbilidad, con un aumento medio de estancia en UCI de 4 días y mayores costes. Como todas las infecciones nosocomiales, la NAV se puede prevenir.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: Registro <i>ENVIN-HELICS</i></p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: Registro <i>ENVIN-HELICS</i></p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

2.6.1.11	<b>Pacientes con una o más bacterias multirresistentes (MMR) adquiridas en UCI</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados en UCI con una o más bacterias MR identificadas a partir de 48 horas de ingreso (o 48 horas siguientes al alta de UCI) x 100 / Pacientes ingresados en UCI
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>Los criterios diagnósticos actualizados a 2023 para la recogida de datos en las UCI españolas están disponibles en: <a href="https://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Manual_2023.pdf">https://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Manual_2023.pdf</a></p> <p>La población de estudio son todos los enfermos dados de alta que han permanecido ingresados más de 24 horas en UCI, durante el período de estudio.</p> <p>La vigilancia se realizará a partir del aislamiento de MMR de muestras clínicas (infecciones o colonizaciones) y en muestras de vigilancia, pero no en muestras ambientales.</p> <p>Se incluyen las siguientes infecciones: neumonías relacionadas con ventilación mecánica; infecciones urinarias relacionadas con sonda uretral; bacteriemias primarias y bacteriemias relacionadas con catéteres vasculares.</p> <p>Las bacterias MR que se monitorizan en el Proyecto Resistencia Zero son <i>Acinetobacter baumannii</i> resistente a carbapenémicos, <i>Pseudomona aeruginosa</i> resistente a tres o más grupos de antimicrobianos (carbapenémicos, cefalosporinas, piperacilina-tazobactam, quinolonas o aminoglucosidos), <i>Enterobacterales</i> productoras de BLEE, <i>Enterobacterales</i> productoras de carbapenemasas (EPC), <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina (SARM) y Enterococos resistentes a vancomicina (ERV).</p> <p>Se hará una vigilancia prospectiva y continua durante todo el año.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	<p>El problema de la resistencia antibiótica aumenta año a año. La incidencia de microorganismos multirresistentes está creciendo tanto en el medio comunitario como en el hospitalario. La aparición de multirresistencia supone un aumento en la estancia hospitalaria, en los costes y en la mortalidad.</p> <p>La aplicación de una política antibiótica adecuada y de un sistema de control de la infección puede ayudar a reducir la magnitud del problema.</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p>Para la identificación de los casos: <i>ENVIN-HELICS</i> La recogida de los datos de los casos de pacientes con BMR se realizará utilizando una adaptación del programa ENVIN-HELICS denominada —RESISTENCIA ZERO.</p> <p>Para extraer los datos para la evaluación: <i>ENVIN-HELICS</i></p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

2.6.1.12	Infecciones urinarias asociadas a sondaje uretral (ITU-SU)
<b>Fórmula</b>	Nuevas ITU-SU detectadas en el periodo de estudio x 1000/ Sumatorio de días de sondaje uretral en todos los pacientes portadores de estos dispositivos en el periodo de estudio
<b>Exclusiones</b>	Estancias en UCI inferiores a 3 días.
<b>Aclaraciones</b>	<p>Los criterios diagnósticos actualizados a 2023 para la recogida de datos en las UCI españolas están disponibles en: <a href="https://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Manual_2023.pdf">https://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Manual_2023.pdf</a></p> <p><u>Infección del tracto urinario (ITU)</u>: se debe cumplir con la definición establecida de infección urinaria asociada a sondaje urinario en el documento referido, en un paciente portador de sonda urinaria &gt; 48 horas, debiendo estar la sonda presente en las 48 horas previas al inicio de la infección.</p> <p>Cálculo del número de días de dispositivo: El número de días de un dispositivo corresponde al número total de días de exposición a un dispositivo determinado (ej. catéter venoso central, ventilación mecánica) para todos los pacientes de una población seleccionada, durante el período de tiempo establecido.</p> <p>El periodo de vigilancia se realizará durante al menos 3 meses consecutivos. Aquellas UCI en las que en ese periodo de tiempo no se hayan conseguido al menos 30 pacientes ingresados en la UCI con estancias mayores de 48 horas, podrán alargar el periodo de seguimiento hasta conseguir ese número de pacientes. El periodo máximo de seguimiento para un paciente será de 60 días. El seguimiento se hará hasta 48 horas después del alta de la UCI.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	La ITU-SU es una de las infecciones nosocomiales más comunes en cuidados intensivos (generalmente la segunda más común, después de la neumonía asociada al ventilador). Si bien su impacto sobre la mortalidad es menor que el de otras infecciones nosocomiales, las ITU aumentan significativamente la morbilidad, las estancias hospitalarias y los costos. Como todas las infecciones nosocomiales, la UTI se puede prevenir.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> registro <i>ENVIN-HELICS</i></p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> registro <i>ENVIN-HELICS</i></p>

## 2.6.4 Sistema de notificación de incidentes

2.6.4.1	Análisis Causa Raíz
<b>Fórmula</b>	Análisis Causa Raíz (ACR) de incidentes SAC1 y SAC2 finalizados x 100 / Total de incidente SAC1 y SAC2
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Análisis Causa Raíz (ACR)</u> es una técnica que se usa para hacer un análisis reactivo tras un evento adverso o incidente. Es un proceso estructurado para identificar la base o los factores causales que han provocado el incidente de seguridad.</p> <p><u>Se entiende por ACR finalizado</u> cuando realiza un breve informe descriptivo sobre los incidentes analizados y las acciones tomadas para su prevención.</p> <p>Se identificarán y valorarán desagregados en SAC1 (riesgo extremo) y SAC2 (riesgo alto).</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	Informa sobre la profundidad de análisis de los incidentes, con el fin de promover el aprendizaje y la mejora. La realización de Análisis Causa Raíz de los eventos adversos graves y de los eventos centinela es una herramienta de aprendizaje de primer orden, de carácter reactivo, que se traduce en la implantación de cambios y mejoras en los procesos que han fallado, para prevenir futuros errores.
<b>Fuente de datos</b>	Documento facilitado por la Gerencia.
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

### 2.6.3 Seguridad del paciente quirúrgico.

2.6.3.2	Adecuación de la profilaxis antibiótica en el paciente quirúrgico
Fórmula	<p>Indicador compuesto con los siguientes subindicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacientes intervenidos quirúrgicamente en los que se indica correctamente una profilaxis antibiótica x 100 / Pacientes intervenidos quirúrgicamente</li> <li>2. Pacientes intervenidos quirúrgicamente en los que se elige correctamente el fármaco para la profilaxis antibiótica x 100 / Pacientes intervenidos quirúrgicamente en los que está indicada la profilaxis antibiótica</li> <li>3. Pacientes intervenidos quirúrgicamente en los que se administra el fármaco en el momento adecuado x 100 / Pacientes intervenidos quirúrgicamente en los que está indicada la profilaxis antibiótica</li> </ol>
Exclusiones	<p>Pacientes con diagnóstico principal sugestivo de enfermedad infecciosa preoperatoria y tratamiento antibiótico previo. Cirugía urgente.</p>
Aclaraciones	<p><u>Profilaxis antibiótica:</u> Es la administración sistemática de antibióticos perioperatoria previa a la incisión cutánea primaria con el objeto de prevenir la Infección de Localización Quirúrgica, en aquellas intervenciones donde esté indicada en la Guía de profilaxis del SMS.</p> <p>Se considera que la <u>profilaxis quirúrgica es adecuada</u> cuando se cumplan los requerimientos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que este indicada la profilaxis.</li> <li>• El tipo, la dosis y duración de antibiótico coincide con el recomendado por la Guía de Profilaxis Antibiótica (GPA).</li> <li>• Momento de la administración de la primera dosis de antibiótico coincide con el recomendado por la GPA.</li> </ul> <p>Se aportará los resultados por separado cada uno de los subindicadores y el indicador global.</p>
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	<p>La profilaxis antibiótica, tiene una eficacia destacada en la prevención de las Infecciones del Sitio Quirúrgico (entre el 18 y el 81% en 23 tipos de cirugía diferentes) y sigue siendo la principal medida de prevención y la más costo-efectiva. Un objetivo de la profilaxis antibiótica es conseguir niveles séricos y tisulares de bactericida en el momento de la incisión de la piel. Se ha encontrado que la menor incidencia de infección postoperatoria estaba asociada con la administración de antibióticos durante la primera hora antes de la cirugía. El riesgo de infección se incrementaba progresivamente cuanto mayor era el tiempo entre la administración y la incisión de la piel.</p>
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Selene</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene</p>
Periodo de evaluación	Anual

## Objetivo 5 Implementar en los centros las recomendaciones de “No Hacer”

2.4.4	Profilaxis antibiótica mantenida tras cirugía
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente de forma programada con profilaxis antibiótica mantenida a partir del segundo día tras la intervención x 100 / Pacientes ingresados intervenidos quirúrgicamente de forma programada
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<u>Código ATC de prescripción de antibacterianos:</u> J01 - Antibacterianos para uso sistémico.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>Recomendación Asociación Española de Cirujanos (AEC): No prolongar más de 24 horas, tras un procedimiento quirúrgico, los tratamientos de profilaxis antibiótica.</p> <p>Recomendación Sociedad Española de Traumatología y Cirugía Ortopédica (SECOT): No prolongar más de 24 horas la profilaxis antibiótica después de una intervención quirúrgica no complicada.</p> <p>La profilaxis antibiótica durante la cirugía puede disminuir el riesgo de infección del sitio quirúrgico; sin embargo, sólo tiene beneficio si se utiliza en el momento de la cirugía. Cuando los antibióticos se utilizan por más tiempo del necesario, incrementan el riesgo de infección por bacterias resistentes a los antibióticos y <i>Clostridioides difficile</i> (Choosing Wisely USA 2017).</p>
<b>Fuente de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos:</u> Selene <u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> Selene
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual.

2.4.6	Uso de paracetamol en dosis de 1 gramo de forma sistemática
<b>Fórmula</b>	Envases de paracetamol de 1 gramo dispensados a través de receta oficial x 100/ Envases de paracetamol de 1 gramo más envases de 650 mg dispensados a través de receta oficial
<b>Exclusiones</b>	Envases dispensados a pacientes pediátricos.
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Código ATC de prescripción de paracetamol:</u> N02BE01 - Paracetamol.</p> <p><u>Receta oficial:</u> Receta del Sistema Nacional de Salud.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>Recomendación Sociedad Española de Medicina familiar y Comunitaria (SEMFyC): No pautar paracetamol en dosis de 1 g de forma sistemática. La dosis de 650 mg es más segura e igual de eficaz.</p> <p>La Food and Drug Administration (FDA) de EE.UU., en el año 2009, publicó un informe en el que sugería que, en la mayoría de los casos, la dosis de 650 mg es capaz de proporcionar el mismo beneficio que la de 1 g, pero cuando se tienen en cuenta los posibles efectos indeseables (hepatotoxicidad), el balance beneficio riesgo es superior para la dosis de 650 mg. (U.S. Food and Drug Administration. June 29-30, 2009: Joint Meeting of the Drug Safety and Risk Management Advisory Committee with the Anesthetic and Life Support Drugs Advisory Committee and the Nonprescription Drugs Advisory Committee: Meeting Announcement. U.S. Department of Health and Human Services. <a href="http://www.fda.gov/AdvisoryCommittees/Calendar/ucm143083.htm">http://www.fda.gov/AdvisoryCommittees/Calendar/ucm143083.htm</a>)</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Temporalidad Acumulada: Resultado acumulado desde el mes de Enero hasta el mes de estudio.

2.4.8	Autoanálisis en pacientes diabéticos tipo 2 no insulino dependientes
<b>Fórmula</b>	Pacientes diabéticos tipo 2 a los que se suministra tiras reactivas para el control de la glucemia que NO toman insulina ni fármacos que provocan hipoglucemias x 100/ Pacientes diabéticos tipo 2 a los que se suministra tiras reactivas para el control de la glucemia
<b>Exclusiones</b>	<u>Pacientes con diabetes tipo 1:</u> código CIAP2 T89 <u>Pacientes con control glucémico inestable:</u> que tenga algún control glucémico $\leq 60$ mg/dl o $\geq 250$ mg/dl en el periodo de estudio
<b>Aclaraciones</b>	<u>Diabetes tipo 2:</u> código CIAP T90 <u>Pacientes que toman insulina:</u> pacientes que tienen alguno de los siguientes códigos ATC de prescripción de insulina. <b>A10A: Insulinas y análogos.</b> A10AB Insulinas y análogos de acción rápida para inyección. A10AC Insulinas y análogos de acción intermedia para inyección. A10AD Combinaciones de insulinas y análogos de acción intermedia y rápida para inyección. A10AE Insulinas y análogos de acción prolongada para inyección. A10AF Insulinas y análogos para inhalación. <u>Pacientes que toman fármacos que provocan hipoglucemias:</u> pacientes que tienen alguno de los siguientes códigos ATC de prescripción. <b>A10BB: Sulfonilureas.</b> <b>A10BX: Glinidas.</b> <u>Tiras reactivas (P318).</u>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC), Sociedad Española Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG): No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con fármacos orales no hipoglucemiantes (antidiabéticos no insulínicos), salvo situaciones de control glucémico inestable. La evidencia científica sobre el papel del autoanálisis de la glucosa como herramienta para el autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2 que no requieren insulina concluye que no hay mejoría en el control de la glucemia ni en las cifras de hemoglobina glicosilada. El autoanálisis en los pacientes tipo 2 no insulinizados debe reservarse para aquellos con controles inestables, en pacientes propensos a la hipoglucemia o cuando exista un cambio de tratamiento (dosis de medicamento, cambios en la dieta). El riesgo de hipoglucemia es moderado para las sulfonilureas y glinidas y nulo para la metformina, que es el fármaco de elección (Recomendaciones de NO hacer SEMFyC 2014).
<b>Fuente de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos:</u> OMI (protocolo "Tiras Reactivas"). <u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> Fichero de Gestión de la Prestación Farmacéutica. MODULAB
<b>Periodo de evaluación</b>	Temporalidad Acumulada: Resultado acumulado desde el mes de Enero hasta el mes de estudio. El número de pacientes se calcula de forma independiente mes a mes y se acumula contabilizando un mismo paciente tantas veces como meses cumpla las condiciones.

<b>2.4.20</b>	<b>Uso de antibióticos en faringoamigdalitis no estreptocócica</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con faringoamigdalitis no estreptocócica a los que se les prescribe antibióticos sistémicos x 100/ Pacientes con faringoamigdalitis no estreptocócica en el último año
<b>Exclusiones</b>	Pacientes con un resultado positivo en el test Strep A del protocolo "Test estreptococo" (RESTSTSA) el mismo día de la asignación de cualquiera de los códigos CIAP que aparecen en las aclaraciones
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Faringoamigdalitis no estreptocócica</u>: pacientes que tengan cualquiera de los siguientes códigos CIAP2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- R74 (infección respiratoria aguda del tracto superior/faringitis aguda)</li> <li>- R76 (amigdalitis aguda)</li> <li>- R21 (signos y síntomas de la garganta/faringe y amígdalas)</li> </ul> <p><u>Antibióticos sistémicos</u>: código ATC J01.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	Recomendación Sociedades de Atención Primaria (SEMFyC-SEMERGEN-SEMG): No prescribir antibióticos en la faringoamigdalitis, salvo que exista una alta sospecha de etiología estreptocócica y/o que el resultado del Strep A sea positivo.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: OMI</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación</u>: OMI y Fichero de Gestión de la prestación farmacéutica.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Temporalidad Acumulada: Resultado acumulado desde el mes de Enero hasta el mes de estudio.

2.4.22	Solicitud de múltiples pruebas en la valoración inicial del paciente con sospecha de enfermedad tiroidea
<b>Fórmula</b>	Pacientes del denominador con una primera petición simultánea de TSH y T4L x 100/ Pacientes con petición de TSH en el año analizado y sin peticiones previas en el año anterior
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<u>T4L</u> : tiroxina libre. Es una de las principales hormonas producidas por glándula tiroidea.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>Recomendación de la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEQC): No solicitar múltiples pruebas en la valoración inicial de un paciente con sospecha de enfermedad tiroidea. Solicitar primero la hormona estimulante del tiroides (TSH) y, en caso de ser anormal, continuar con evaluación adicional o con tratamiento.</p> <p>No está recomendado realizar cribados poblacionales en adultos asintomáticos ambulatorios si no presentan sintomatología relacionada.</p> <p>Para valorar el estado de la función tiroidea, la mayoría de las guías clínicas consideran que cuando la función hipotálamo-hipofisaria está intacta, la medida de la concentración de tirotrópina (TSH) es el mejor indicador del estado tiroideo, al ser más sensible que la tiroxina libre (T4L) para detectar exceso o déficit de hormonas tiroideas.</p> <p>Por tanto, la TSH debe ser el parámetro inicial para valorar la función tiroidea. Y será el facultativo del laboratorio quien determine si se debe ampliar el estudio a otras determinaciones en cadena.</p>
<b>Expresión de cálculo</b>	
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: MODULAB</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación</u>: MODULAB</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.