



Indicadores hospitalarios de calidad asistencial, prevención y seguridad del paciente a través del CMBD-AH: (II) Indicadores por centro hospitalario (proveedores).

Región de Murcia, 2005-2007

Noviembre de 2008



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo

Dirección General de Planificación, Ordenación
Sanitaria y Farmacéutica e Investigación

PÁGINA INTENCIONADAMENTE EN BLANCO



El Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD-AH), ha desarrollado múltiples usos además de aquellos para lo que fue desarrollado. En la década de 1990, la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) empezó a desarrollar (en la actualidad está difundiendo la versión 3.1¹) una serie de indicadores sobre ciertos aspectos de la asistencia sanitaria en los centros hospitalarios, con el objeto de poder reflexionar sobre la forma en que se están prestando los cuidados, centrados en los hospitales del Medicare y Medicaid. Debido a las peculiaridades del sistema sanitario y del CMBD españoles, en fechas recientes se ha publicado un estudio² elaborado por el Grupo de Variaciones en la práctica médica del Sistema Nacional de Salud (VPM-SNS) sobre la validación de estos indicadores en nuestro medio, auspiciado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, dentro del Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Por otra parte, también destacan las iniciativas de la OCDE y la Comisión Europea ³ para el desarrollo de una batería de indicadores comunes en esta materia.

El presente informe es una traslación de los indicadores de la AHRQ a la evaluación de la asistencia sanitaria que se presta en los hospitales de la Región, para permitir el debate sobre su adaptación y adopción como indicadores rutinarios.

En esta segunda parte (continuación de la anterior donde se revisaban los indicadores poblacionales) se incluyen los indicadores que se calculan en base a la actividad realizada en cada uno de los hospitales.

¹ Se puede acceder a la información detallada sobre los indicadores y su elaboración en <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>

² Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Accesible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf> o en <http://www.atlasvpm.org/avpm/nodoUser.navegar.do?idObjeto=49&hijos=49&indice=1&subindice=&marcado=1&vienede=ppal>

³ Accesible en http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/quality_es.htm



SUJETOS Y MÉTODOS:

Fuente de los episodios: Registro Regional del CMBD-AH, Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.

Periodo de estudio: Años 2005-2007.

Criterios de inclusión: Episodios de asistencia sanitaria atendidos en los Hospitales radicados en la Región de Murcia.

Métodos: Los episodios estaban codificados con la CIE-9MC. Los indicadores han sido elaborados con el programa HISCAL (3M[®]).

Indicadores:

- Total de casos del período.
- Tasa del período, si no se especifica lo contrario por 1000 altas. No se desagrega por años, para conseguir una tasa más robusta, debido a la escasa frecuencia de algunos de los indicadores seleccionados y por no haber encontrado variaciones anuales de interés.
- Indicadores poblacionales: Son los elaborados por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, version 2.1), aplicados a la Región de Murcia.
- Como referencia se exponen los elaborados en Estados Unidos (2002) y los elaborados por el grupo VPM-SNS (en 12 CC AA para los años 2003-04).
- Los indicadores, como realiza la AHRQ, se dividen en:
 - *De calidad de la hospitalización* (un acercamiento a la calidad asistencial a través del CMBD), se incluyen indicadores:
 - Sobre el umbral mínimo de actividad asistencial recomendada para mantener un nivel de habilidad práctica (en algunos procesos en los que existen evidencias de que este umbral se asocia a una menor mortalidad).
 - Mortalidad hospitalaria de algunos procedimientos o patologías seleccionadas.
 - Realización de algunos procedimientos en los que existen evidencias de potencial infra-sobre utilización o de uso inadecuado.
 - *De seguridad del paciente* (eventos potencialmente adversos que ocurren en el transcurso de la hospitalización, centrados en la actividad quirúrgica y la yatrogenia).
 - *Específicos de los menores de 18 años* (parte de los mismos indicadores que se adaptan al uso de servicios de la población pediátrica, que abarca hasta dicha edad para el sistema sanitario estadounidense).
 - *De calidad de la prevención* (relacionados con la atención extrahospitalaria; evalúan aquellos ingresos o procesos asistenciales que podrían haber sido evitados o hubieran tenido una menor severidad, en el caso de haber sido tratados adecuadamente de manera precoz).
 - En función de su ámbito, estos indicadores se dividen en:



- Indicadores de resultados hospitalarios (por ejemplo: mortalidad por neumonía en pacientes ingresados por neumonía).
- Indicadores poblacionales (por ejemplo: ingresos por complicaciones de la diabetes por 100.000 habitantes).

Validez de la información:

- Exhaustividad: Según la Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (EESRI), única fuente que registra la información de las altas producidas en los centros públicos y privados, la exhaustividad del registro del CMBD-AH para el periodo en cuestión supera en 97%.
- Limitaciones de la información expuesta:

- La mayor limitación estriba en la calidad de la fuente utilizada para la codificación (informe de alta y/o historia clínica) y la del proceso de codificación mismo. No se han realizado estudios de validación de estos indicadores en nuestro medio, debido a lo cual, de manera paradójica, un hipotético centro con mejores niveles de calidad en la información (un mayor/mejor registro de los eventos en seguimiento) puede obtener peores indicadores que otro hospital de iguales resultados asistenciales.
- La exhaustividad en la codificación de los episodios: Del total de episodios notificados en el periodo, un 98,5% estaban codificados. En resumen un 95,5% del total de episodios atendidos (según la EESRI) están codificados.

Sin embargo, el nivel de codificación de los episodios en los que el paciente falleció (93,5%) es inferior al de los episodios en que no falleció (97,6%).

Aunque los niveles de codificación son altos, esta diferencia en los niveles de codificación puede afectar los resultados si tenemos en cuenta la baja frecuencia de la mortalidad hospitalaria (3,5%) y el escaso número de eventos en algunos indicadores sobre la mortalidad (en tres años en toda la Región, cuatro indicadores presentan entre 2 y 12 casos).

Y no tan solo para los indicadores que se relacionan con la mortalidad, dado que al tratarse, en otras ocasiones de efectos adversos, el proceso de estudio de los motivos de los efectos adversos mencionados o de las causas de muerte (o el retraso en la elaboración del informe de alta) puede ocasionar un retraso o imposibilidad de proceder a la codificación y constituir un sesgo (de selección) que disminuya el nivel del indicador afectado.

- No existen indicadores similares elaborados con los resultados del Sistema Nacional de Salud, por lo que se ha optado por incluir los indicadores elaborados por la AHRQ, que reflejan la realidad de un sistema sanitario muy diferente al español. Aunque, probablemente, las evidencias en las que están basados sean válidas en nuestro medio, los resultados de referencia estadounidenses pueden no serlo tanto debido a:
 - Diferencias en la prevalencia de las enfermedades.
 - Necesidad de ajustar por edad, sexo, nivel tecnológico del hospital y de complejidad de su casuística.



- A la inclusión de la media y larga estancia, que no ha podido ser excluida debido a la estructura de la asistencia especializada privada de la Región.
- La exclusión (en USA) de los pacientes que ingresan procedentes de centros de media larga estancia para el cálculo de determinados indicadores, que no han podido ser excluidos en nuestro caso.

Por lo que dichos resultados de referencia deben de ser utilizados con máxima cautela.

Porcentaje de codificación en los episodios notificados. Región de Murcia, 2005-2006

	Exitus	Episodios Total	% Codificación		
			En exitus	No exitus	Total
H Virgen Arrixaca	3.573	112.075	95,3	97,7	97,7
H Sta. M ^a del Rosell	2.416	65.041	75,5	92,5	91,9
H Morales Meseguer	2.065	44.915	96,6	98,0	97,9
H Reina Sofía	983	28.450	85,1	97,5	97,0
H Rafael Mendez	893	34.541	88,8	98,6	98,3
H Noroeste	537	14.294	99,4	99,4	99,4
H Virgen del Castillo	436	14.799	96,3	99,0	98,9
H Los Arcos	491	16.790	99,4	99,5	99,5
H Cieza	533	8.683	99,4	98,8	98,9
H Siquiatrico	4	2.865	100,0	99,5	99,5
H San Carlos	396	24.077	99,5	99,2	99,2
Belen	11	4.569	100,0	99,1	99,1
H Virgen de la Vega	272	21.701	97,8	99,4	99,3
H Mesa del Castillo	139	5.804	97,8	99,6	99,6
H N S Salud (Dr Muñoz)	1	372	100,0	99,2	99,2
Clinica San Jose	0	9.307	-	99,4	99,4
H Dr Bernal (Caravaca)	32	59	87,5	100,0	93,2
H Caridad	323	667	98,8	99,1	99,0
Perpetuo Socorro	366	7.247	98,4	99,8	99,7
H Real Piedad	49	95	100,0	100,0	100,0
Virgen Alcazar Lorca	928	5.682	98,5	99,1	99,0
H Ibermutuamur	0	4.461	-	99,3	99,3
H Molina	410	11.407	98,5	99,7	99,7
Perpetuo Socorro 2	105	353	100,0	100,0	100,0
San Felipe del Mediterráneo	1	81	100,0	97,5	97,5
R Los Almendros	26	89	96,2	96,8	96,6
Total	14.990	438.424	92,3	97,6	97,4

EL ASESOR DE SALUD PÚBLICA

Fdo. Lauro Hernando Arizaleta.

Vº. Bº.,
El Jefe del Servicio

Fdo.: Joaquín A. Palomar Rodríguez



Indicadores relacionados con la calidad asistencial en la hospitalización (AHRQ). 2005-07 (#)

Indicador	Indicador	Definición	Indicador				Casos	
			USA. 2002	Región	H Públicos	H Privados	Región	
Sobre actividad asistencial mínima recomendada relacionada con la habilidad práctica								
TPIQ01	Volumen resección esofágica	Resección esofágica (habilidad práctica)					Umbral más de 6 por Hospital año	23
TPIQ02	Volumen resección pancreática	Resección pancreática (habilidad práctica)					Umbral más de 10 por Hospital año	20
TPIQ03	Volumen de cirugía cardíaca pediátrica	Altas con cirugía cardíaca por defectos congénitos en menores de 18 años (habilidad práctica)					Umbral 100 o más por hospital por año	118
TPIQ04	Volumen reparación aneurisma aórtico abdominal	Reparación aneurisma aórtico abdominal (habilidad práctica)					Umbral más de 10 por Hospital año	62
TPIQ05	Volumen bypass coronario	Bypass coronario en mayores de 39 años (habilidad práctica)					Umbral más de 100 por Hospital año	445
TPIQ06	Volumen ACTP (*)	Angioplastia coronaria transluminal percutánea en mayores de 39 años (habilidad práctica)					Umbral más de 200 por Hospital año	7.380
TPIQ07	Volumen Endarterectomía Carotídea	Endarterectomía Carotídea					Umbral más de 50 por Hospital año	26
Sobre la mortalidad de ciertos procedimientos asistenciales								
TPIQ08	Tasa mortalidad resección esofágica	Mortalidad por 100 pacientes con código de proceso de resección esofágica y diagnóstico de cáncer esofágico	10,00	13,64	15,00	0,00		3
TPIQ09	Tasa mortalidad resección pancreática	Mortalidad por 100 pacientes con código de proceso de resección pancreática y diagnóstico (principal o secundario) de cáncer de páncreas	6,60	10,00	10,00	0,00		2
TPIQ11	Tasa mortalidad resección aneurisma aórtico abdominal	Mortalidad por 100 altas con procedimiento y diagnóstico de resección de aneurisma aórtico abdominal	11,94	19,35	19,67	0,00		12
TPIQ12	Tasa mortalidad bypass coronario	Mortalidad por 100 altas en mayores de 39 años con procedimiento de bypass coronario	3,39	11,11	11,44	7,69		49
TPIQ30	Tasa mortalidad ACTP (*)	Mortalidad por 100 altas en mayores de 39 años con procedimiento de ACTP	1,30	2,23	2,24	1,60		137
TPIQ10	Mortalidad por Cirugía Cardíaca Pediátrica	Número de muertos por 100 pacientes con un código de cirugía cardíaca por defectos congénitos en menores de 18 años.	4,73	8,77	8,85	0,00		10
TPIQ31	Mortalidad por Endarterectomía Carotídea	Número de muertos por 100 pacientes con un código de endarterectomía carotídea	0,74	492,00	490,00	0,00		0
TPIQ13	Tasa mortalidad craneotomía	Mortalidad por 100 altas en mayores de 17 años de los GRD que incluyen la craneotomía	7,35	21,75	21,84	0,00		107
TPIQ14	Tasa mortalidad sustitución de cadera	Mortalidad por 100 altas con procedimiento de sustitución parcial/total de cadera	0,29	0,54	0,29	0,83		7
Sobre la mortalidad de ciertas patologías								
TPIQ15	Tasa mortalidad Infarto Agudo Miocardio	Mortalidad por 100 altas en mayores de 17 años con diagnóstico principal de Infarto Agudo Miocardio	9,37	10,42	10,13	19,29		454
TPIQ16	Tasa mortalidad Insuficiencia Cardíaca Congestiva	Mortalidad por 100 altas en mayores de 17 años con diagnóstico principal de Insuficiencia Cardíaca Congestiva	4,61	9,19	8,28	14,57		702
TPIQ17	Tasa mortalidad ACVA	Mortalidad por 100 altas en mayores de 17 años con diagnóstico principal de ACVA	11,35	18,21	15,99	33,55		1110
TPIQ18	Tasa mortalidad hemorragia gastrointestinal	Mortalidad por 100 altas en mayores de 17 años con diagnóstico principal de hemorragia gastrointestinal	3,20	5,85	5,33	11,01		204
TPIQ19	Tasa mortalidad fractura de cadera	Mortalidad por 100 altas en mayores de 17 años con diagnóstico principal de fractura de cadera	3,34	6,50	6,70	5,64		241
TPIQ20	Tasa mortalidad neumonía	Mortalidad por 100 altas en mayores de 17 años con diagnóstico principal de neumonía	8,52	11,30	10,67	14,48		960
Sobre la frecuencia de realización de ciertos procedimientos asistenciales								
TPIQ21	Tasa de cesáreas	Porcentaje de cesáreas, según GRD, sobre el total de partos	23,20	24,51	22,20	37,74		13526
TPIQ22	Tasa parto vaginal después de cesárea, sin complicaciones	Porcentaje de parto vaginal (sin complicaciones, p. ejem: presentación anormal) después de cesárea sobre el total de partos con cesárea previa	18,09	28,48	31,89	15,07		1455
TPIQ23	Tasa colecistectomía laparoscópica	Porcentaje de colecistectomía laparoscópica.	75,23	81,20	76,39	92,82		5493
TPIQ24	Tasa apendicectomía oportunista en ancianos	Porcentaje de apendicectomías oportunistas durante otra intervención abdominal en mayores de 64 años	2,43	0,80	0,87	0,18		42
TPIQ25	Tasa cateterismo cardíaco bilateral	Porcentaje de cateterismos cardíacos bilaterales simultáneos sobre el total de cateterismos realizados	7,84	0,00	0,00	90,32		134

(#) Los casos se refieren al total del periodo. (*) Se registra la actividad, aunque se realice en otro centro, si se ha realizado a lo largo del ingreso. Fuente: Registro Regional del CMBD-AH, Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria



Indicadores relacionados con la seguridad del paciente (AHRQ). 2005-07

Indicador	Indicador	Definición	Indicador					Casos
			USA, 2002	VPM-SNS 03-04	Región	H Públicos	H Privados	Región
TPPS01	Complicaciones de la anestesia	Códigos diagnósticos secundarios de complicaciones de la anestesia por 1,000 altas quirúrgicas con procedimientos realizados en quirófano.	0,56		0,13	0,17	0,07	21
TPPS02	Éxito en GRDs de baja mortalidad	Muertes por 1000 pacientes mayores de 18 años, en GRD de baja mortalidad (0,5%) según la NIS en 1997.	0,66		3,56	2,17	8,83	556
TPPS03	Úlceras de decúbito	Úlceras de decúbito como diagnóstico secundario por 1000 pacientes con estancia mayor a 4 días	22,7	5,90	7,53	5,84	18,46	1194
TPPS04	Mortalidad en complicaciones mayores	Muertes por 1,000 pacientes menores de 74 años con complicaciones mayores (neumonía, sepsis, ...)	145,0		229,86	225,75	283,48	1444
TPPS05	Cuerpo extraño dejado en cirugía	Código en diagnóstico secundario de Cuerpo extraño dejado en cirugía por 1,000 pacientes de ciertos GRD	0,08	0,05	0,06	0,08	0,01	27
TPPS06	Neumotórax yatrogénico	Neumotórax yatrogénico como diagnóstico secundario por 1,000 altas de ciertos GRD	0,83		0,39	0,51	0,03	123
TPPS07	Infecciones debidas a los cuidados médicos	Infecciones en implantes o por complicación de cuidados como diagnóstico secundario por 1,000 pacientes en ciertos GRD	1,99	1,40	0,82	1,04	0,12	308
TPPS08	Fractura de cadera postquirúrgica	Fractura de cadera como diagnóstico secundario por 1,000 pacientes en GRD específicos y tras procedimiento realizado en quirófano	0,30	0,10	0,17	0,20	0,11	14
TPPS09	Hemorragia o hematoma postquirúrgico	Casos con diag 2º de hemorragia o hematoma postquirúrgico y procedimiento de control hemorragia o drenaje hematoma por 1,000 pacientes quirúrgicos de ciertos GRD o con códigos de procedimientos realizados en quirófano	2,03		2,38	3,64	0,27	328
TPPS10	Descompensación fisiológica y metabólica postquirúrgica	Casos con códigos secundarios de descompensación fisiológica o metabólica tras procedimiento en quirófano por 1,000 pacientes de GRD específicos en riesgo con ingreso programado	0,54		0,00	0,00	0,00	0
TPPS11	Fallo respiratorio postquirúrgico	Altas con fallo respiratorio como diagnóstico secundario tras procedimiento quirúrgico en quirófano en cirugía programada por 1000 pacientes en riesgo.	3,44		0,92	1,42	0,00	1
TPPS12	Trombosis venosa profunda o TEP postquirúrgico	Trombosis venosa profunda o TEP postquirúrgico por 1,000 pacientes en riesgo de ciertos GRD	7,08	2,40	1,77	2,59	0,41	244
TPPS13	Sepsis postquirúrgica	Sepsis tras cirugía programada con estancia mayor de 4 días por 1,000 pacientes de ciertos GRD	9,75	4,30	0,00	0,00	0,00	0
TPPS14	Dehiscencia de herida postquirúrgica	Código de reparación de dehiscencia de herida tras cirugía abdominal por 1,000 pacientes en riesgo.	1,41		2,97	4,14	0,00	87
TPPS15	Punción o laceración accidental	Punción, laceración accidental u otro problema como diagnóstico secundario por 1,000 pacientes de ciertos GRD	3,22		1,54	1,95	0,28	534
TPPS16	Reacción transfusional	Reacción transfusional como diagnóstico secundario por 1,000 pacientes de ciertos GRD	0,005		0,01	0,02	0,00	5
TPPS17	Traumatismo al nacer-lesión neonato	Traumatismo al nacer o lesión al neonato por 1.000 nacidos vivos	6,34	0,90	8,78	9,72	1,14	70
TPPS18	Traumatismo obstétrico en parto vaginal instrumental	Traumatismo obstétrico por 1,000 partos vaginales instrumentales	217	42,80	40,00	38,00	2,00	37
TPPS19	Traumatismo obstétrico en parto vaginal no instrumental	Traumatismo obstétrico por 1,000 partos vaginales no instrumentales	81,98	8,50	4,03	4,00	4,39	139
TPPS20	Traumatismo obstétrico en cesárea	Traumatismo obstétrico en cesárea	5,93	2,20	2,96	3,65	0,64	40

El número de casos se corresponden a todo el periodo. Fuente: Registro Regional del CMBD-AH. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria