

INDICADORES DE CALIDAD PARA HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Marzo de 2012



SECA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL



ISBN13

978-84-695-0740-7

Nº REGISTRO

11/123241

FECHA

01/12/2011



INDICADORES DE CALIDAD PARA HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



ÍNDICE

1.- Presentación	5
2.- Relación de participantes	6
3.- Metodología	13
4.- Relación de indicadores y fichas	24
5.- Anexos	104

1.- PRESENTACIÓN

Las actividades de gestión de la calidad, su medición y mejora deben considerarse como una de las líneas estratégicas más importantes a desarrollar en los Centros sanitarios. Para conocer el nivel de calidad alcanzado por los servicios que presta el sistema sanitario y poder orientar así las acciones de mejora continua, se requiere obtener información de los aspectos más relevantes de la atención mediante herramientas de medición que permitan su monitorización.

En los últimos años, son muchas las instituciones a nivel internacional que han emitido informes con propuestas de indicadores para la medición de la calidad. Existen grandes diferencias entre ellas en cuanto al marco conceptual utilizado, el nivel asistencial al que va dirigido, los objetivos perseguidos y las medidas propuestas. La mayor parte de estas baterías de indicadores están relacionadas con el nivel macro, el que hace referencia al sistema sanitario en su conjunto, que si bien es útil a efectos de comparación entre regiones ó países, no lo es tanto para la identificación de oportunidades de mejora a nivel de los centros sanitarios.

En nuestro país, cada servicio regional de salud ha ido elaborando su propio sistema de información a lo largo de los años transcurridos desde las transferencias de las competencias de asistencia sanitaria y hay numerosas experiencias locales y regionales de la utilización de indicadores de calidad. Los contratos de gestión con los centros sanitarios suelen ser el vehículo para señalar los aspectos más relevantes de las acciones de los servicios de salud y la expresión de la política de salud. Estos sistemas de información son exclusivos de cada servicio de salud y no permiten comparaciones con centros de otras comunidades.

La Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) celebra desde 2008 una Reunión anual de Coordinadores de Calidad de Hospitales. En las sucesivas reuniones se han ido abordando el análisis de las necesidades y expectativas de los coordinadores de calidad así como la Cartera de Servicios de las Unidades de Calidad. En todas las reuniones celebradas se ha señalado la necesidad de impulsar desde la SECA la puesta en marcha de un grupo de trabajo para proponer un conjunto básico de indicadores en los hospitales que permita monitorizar la calidad y realizar tareas de benchmarking entre los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

El documento que se presenta da respuesta a esa demanda. El trabajo se ha realizado con una amplia participación de expertos y coordinadores de calidad y ha contado con el apoyo y colaboración de varias sociedades científicas que comparten nuestro interés por impulsar este proyecto y que han contribuido decisivamente a legitimar lo realizado.

La propuesta de indicadores que aparece en este informe no pretende ser un listado cerrado sino un primer paso que, una vez pilotado, vaya siendo desarrollado en la totalidad de las áreas y procesos clínicos relevantes atendidos en nuestros hospitales. La consecución de este fin requiere la colaboración activa de todos los profesionales comprometidos con la mejora de la calidad.

Pedro Parra Hidalgo
Presidente Sociedad Española de Calidad Asistencial

AUTORES:

Pedro Parra Hidalgo. Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

José Eduardo Calle Urrea. Programa EMCA. Murcia.

Teresa Ramón Esparza. Programa EMCA. Murcia.

Salvador Peiró Moreno. Centro Superior Investigación en Salud Pública. Valencia.

Ricard Meneu de Guillerna. Instituto Investigación en Servicios de Salud. Valencia.

2.-RELACIÓN DE PARTICIPANTES

2.1- EXPERTOS PARTICIPANTES EN LA PRIMERA REUNIÓN DE CONSENSO
CELEBRADA EN LA ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD. MADRID.
13 DE ABRIL DE 2011

Sociedades Científicas

Asociación Española de Cirujanos (AEC):

Fernández Lobato, Rosa. Vocal de la Sección de Calidad de la AEC. Asociación Española de Cirugía.

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES):

Mozota Duarte, Julián Domingo. Secretario Acreditación y Calidad SEMES. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)

Ignacio García, Emilio. Junta Directiva de la SECA.

Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

ANDALUCÍA:

Soto Moreno, Alfonso. Director Médico. Hospital Universitario Virgen del Rocío.

CASTILLA-LA MANCHA:

Delgado García, Amadeo José. Director Médico de Sistemas de Información. Complejo Hospitalario de Toledo.

Solas Gaspar, Olga. Jefe de Área de Calidad, Investigación e Innovación.

CASTILLA Y LEÓN:

Montes Villameriel, Francisco Javier. Jefe de Servicio de Atención Especializada. Dirección Técnica de Atención Especializada. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

CATALUÑA:

Oliva Oliva, Gloria. Servicio de Promoción de la Seguridad de los Pacientes. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

COMUNIDAD DE MADRID:

Navarro, Cristina. Jefa de Área de Calidad.



ISLAS BALEARES:

Gómez Roig, Ángel. Subdirector de Hospitales. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Islas Baleares

PRINCIPADO DE ASTURIAS:

Valledor Méndez, Manuel. Coordinador de Calidad. Hospital de San Agustín de Avilés.

REGIÓN DE MURCIA:

Herranz Valera, José Javier. Asesor Facultativo. Servicio Murciano de Salud. Murcia

Sánchez Nanclares, Gorka. Coordinador de Sistemas de Información. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

AGENCIA VALENCIANA DE SALUD. Consejería de Salud.

Sociedades Autonómicas de Calidad

SOCIEDAD ARAGONESA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SACA):

Ramos D'Angelo, Fernando. Coordinador de Calidad. Hospital Royo Villanova de Zaragoza.

SOCIEDAD MURCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SOMUCA):

Alcaraz Martínez, Julián. Coordinador de Calidad. Hospital General Universitario JM Morales Meseguer.

SOCIEDAD GALLEGA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SOGALCA):

Candia Bouso, Berta. Coordinadora de Calidad. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

SOCIEDAD CATALANA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SCQA):

Carrera Goula, Raquel. Cap de Qualitat i Comunicació. Consorci Hospitalari de Vic.

Vidal Milla, Àngel. Director de Persones, Qualitat i Formació. Institut Català d'Oncologia.

SOCIEDAD VALENCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SOVCA):

Cuesta Peredo, David. Hospital La Ribera. Valencia

ASOCIACIÓN VASCA PARA LA CALIDAD ASISTENCIAL (AVCA):

Valverde Citores, Rosa María. Coordinadora de Calidad. Hospital de Zumarraga.

ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE CALIDAD ASISTENCIAL (AMCA):

Ortiz Otero, M^a Mercedes. Responsable de Calidad. Hospital Universitario de Fuenlabrada.

SOCIEDAD ANDALUZA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SADECA):

Pozo Muñoz, Francisco. Subdirector de Calidad. Área de Gestión Sanitaria del Norte de Málaga.

SOCIEDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL DE CASTILLA-LA MANCHA (SCLM):

Gómez Santillana, Mar. Coordinadora de Calidad. Hospital de Cuenca.

2.2- EXPERTOS PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS DE TRABAJO DE
LA 4ª REUNIÓN DE COORDINADORES DE CALIDAD. BARCELONA.
19 DE MAYO DE 2011

Abellán García, Clara. Responsable de la Unidad de Calidad. Hospital General Universitario de Alicante. Comunidad Valenciana

Alcaraz Martínez, Julián. Coordinador de Calidad. Hospital General Universitario JM Morales Meseguer. Región de Murcia

Aloy Duch, Andreu. Director de Calidad y Planificación. Hospital General de Granollers. Cataluña

Arbusá Gusi, Ignasi. Director Médico Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción. Instituto Universitario Dexeus. Cataluña

Ballester Roca, Mónica. Directora de Calidad. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Cataluña

Barrera Martín-Merás, Antonio. Coordinador de Calidad. Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres. Extremadura

Baxarías Gascón, Pilar. Coordinadora General de Calidad. Fundación Puigvert. Cataluña

Benito García, Pelayo. Coordinador Unidad Calidad. Fundación Hospital Calahorra. La Rioja

Bernabeu Andréu, Francisco Antonio. Coordinador de Calidad. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Comunidad de Madrid

Blanch Sardá, María Dolores. Calidad. Hospital Comarcal Alt Penedes. Cataluña

Bueno Domínguez, Mª José. Directora de Calidad. Grup Sagessa. Cataluña

Burdeos Palau, Elena. Responsable de Seguridad Clínica (Dirección. calidad). Hospital de la Ribera de Alzira. Comunidad Valenciana

Cachadiña Domenech, Ferran. Director de Calidad. Cliniques de Catalunya.

Calatrava García, Luciano. Subdirección Calidad y Atención Ciudadana. Empresa Pública Hospital de Poniente. Andalucía

Candía Bouso, Berta. Coordinadora de Calidad. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Galicia

Capdevilla García, Ernesto. Coordinador de Calidad. Centro San Juan de Dios. Comunidad de Madrid

Carrera Goula, Raquel. Jefe de Calidad y Comunicación. Consorci Hospitalari de Vic. Cataluña

Chicote Carquero, Senta. Coordinadora de Calidad Centro Corporativo. Hospital Universitario del Vall d'Hebron. Cataluña

Contessotto Spadetto, Claudio. Coordinador de Calidad. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Región de Murcia

Cuesta Peredo, David. Subdirector Médico de Calidad y Control Asistencial. Hospital de la Ribera. Comunidad Valenciana

Del Oso Morán, Joan. Unidad de Control de Gestión. Dirección de Enfermería. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Cataluña

Domingo Pozo, Manuela. Unidad Planes de Cuidados. Hospital General Universitario de Alicante. Comunidad Valenciana

Dorca Badia, Esther. Coordinadora de Calidad y Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Celoni. Cataluña



Fuente Blanco, Carmen. Supervisora de Calidad. Fundación Jiménez Díaz. Comunidad de Madrid

García Balda, Xavier. Responsable de Calidad. Hospital de Palamós. Cataluña

García Flores, Ángeles. Coordinadora de Calidad. Corporación de Salud del Maresme y la Selva. Cataluña

Gimeno Ruberte, María del Carmen. Área de Información y Análisis. Consorci Sanitari Integral. Cataluña

Giraldo Matamoros, Priscila. Técnico del Programa de Calidad. Hospital del Mar. Cataluña

Gómez Rojas, Rafael. Cap Àrea de Qualitat. Hospital Sant Joan de Deu. Cataluña

González Sánchez, María Pilar. Coordinadora Calidad. Hospital Santa Cristina. Comunidad de Madrid

Ignacio García, Emilio. Junta Directiva de la SECA.

Jabalera Contreras, Mercé. Técnico Superior de Calidad. Hospital Sant Joan de Deu. Cataluña

Lacruz Gimeno, Patricia. Responsable de Calidad. Hospital de Manises. Comunidad Valenciana

López Ortiz, Mónica. Coordinadora de Calidad. Red de Salud Mental de Vizcaya. País Vasco

Lopez-Picazo Ferrer, Julio José. Coordinador Unidad Calidad Asistencial. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Región de Murcia

Luaces Cubells, Carles. Pediatra. Hospital Sant Joan de Deu. Cataluña

Macias Maroto, Marta. Unidad de Calidad. Hospital Príncipe de Asturias. Comunidad de Madrid

Martín Rodríguez, María Dolores. Jefa de Servicio de Desarrollo de Sistemas de Calidad. Servicio Gallego de Salud. Galicia

Mateos Granados, Ana. Coordinadora de Calidad. Complejo Hospitalario de Toledo. Castilla-La Mancha

Mestre Miralles, Concepción. Coordinadora de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Sant Rafael. Cataluña

Mompo Avilés, Carmen. Coordinadora de Calidad. Hospital General de Hospitalet. Barcelona

Monroy Morcillo, Ana. Coordinadora de Calidad. Hospital Universitario Puerta del Mar. Andalucía

Mora Lourido, Carlos. Coordinador Área Gestión Calidad y Atención al Usuario. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno infantil. Canarias

Navarro Arranz, Pilar. Sotsdirecció Sistemes Informació i Acreditació. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Cataluña

Navarro Vila, Laura. Servicio de Promoción de la Seguridad de Pacientes. Departamento de Salud. Cataluña

Nogué Font, Albert. Director Atención Usuario y Adjunto a la Gerencia. Institut d'Assistència Sanitària. Cataluña

Oliva Oliva, Gloria. Servicio de Promoción de la Seguridad de Pacientes. Departamento de Salud. Cataluña

Oliveras Gil, Montserrat. Subdirectora. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Cataluña

Ortegón Sánchez, Miguel. Director Planes y Programas / Director Calidad Corporativo. Clínica del Remei, Clínica Santa Elena, Clínica Salus. Cataluña



- Ortiz Otero, Mercedes.** Responsable de Calidad. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Comunidad de Madrid
- Pérez Company, Pilar.** Adjunta de Desarrollo Producto Enfermero y Control de Gestión. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Cataluña
- Pérez García, M^a Ángeles.** Coordinadora de Calidad. Hospital de Figueres. Cataluña
- Pérez Martí, Montserrat.** Calidad. Hospital Comarcal de l'Alt Penedès. Cataluña
- Pérez Trueba, Enrique.** Responsable Unidad de Calidad. Hospital Costa del Sol. Andalucía
- Pont Casals, Gloria.** CAP Atención al usuario, Comunicación y Calidad. Hospital de Campdevanòl. Cataluña
- Prada Peña, Martina.** Medico Documentalista. Hospital Juan Ramón Jiménez. Andalucía
- Puche Rubio, Guillermo.** Consulta Externa. Hospital Sant Joan de Deu. Cataluña
- Ramos De Ángel, Fernando.** Coordinador de Calidad. Hospital Royo Villanova. Zaragoza
- Rodríguez Cala, Ana.** Directora de Estrategia y Proyectos. Instituto Catalán de Oncología. Cataluña
- Romea Lecumberri, M^a Soledad.** Directora de Procesos y Calidad. Hospital Vall d'Hebron. Cataluña
- Ruiz Cortina, Rosa.** Directora de Calidad del Consorcio. Hospital de Terrassa - Consorci Sanitari de Terrassa. Cataluña
- Sabater Raga, Rosa María.** Enfermera de Calidad. Hospital General de Granollers. Cataluña
- Sahuquillo Bartolomé, Sergio.** Técnico de Calidad. Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León.
- Santo Tomas Pajaron, Alberto.** Técnico Superior Organización. Hospital de Gorliz. País Vasco
- Sola Miravete, María Elena.** Coordinadora de Calidad del Centro. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Cataluña
- Suelves Esteban, Natalia.** Responsable de Calidad Hospitalaria. Hospital Universitario Doctor Josep Trueta. Cataluña
- Valls Guallar, Carmen.** Coordinadora Calidad y Acreditación. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Cataluña
- Valverde Citores, Rosa M^a.** Responsable de Metodología de Calidad. Hospital de Zumarraga. País Vasco
- Vega García, José Luis.** Adjunto Dirección Médica. Hospital Sant Joan de Deu. Cataluña
- Vegas Miguel, Alberto.** Coordinador de Calidad. Hospital Universitario Río Hortega. Castilla y León
- Vicente López, José Carlos.** Subdirector Medico Servicios Centrales. Hospital General Universitario Reina Sofía. Región de Murcia
- Vilanova Cardenal, Fernando.** Director Unidad de Anestesiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Cataluña

2.3- CONSULTORES DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS:

SOCIEDAD ESPAÑOLA CARDIOLOGÍA

- **Pinar Bermúdez, Eduardo.** Jefe de Sección de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.
- **Barrabés Riu, José A.** Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS

- **Aguayo Albasini, José Luís.** Coordinador de la Sección de Gestión de Calidad de la AEC. Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia
- **Soria Aledo, Víctor.** Médico Adjunto del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Universitario J.M.Morales Meseguer. Murcia

SOCIEDAD ESPAÑOLA NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA TORÁCICA (SEPAR)

- **Alfageme Michavila, Inmaculada.** Médico Adjunto del Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.
- **De La Torre Álvaro, Juan Luís.** Médico adjunto del Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena

SOCIEDAD ESPAÑOLA NEUROLOGÍA (SEN)

- **Marta Moreno, Javier.** Director Médico del Hospital Universitario Miguel de Servet de Zaragoza.
- **Morales Ortiz, Ana.** Médico Adjunto del Servicio de Neurología Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (SEGO)

- **Costa Andreo, Miguel.** Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Rafael Méndez. Lorca

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA MÉDICA (SEOM)

- **Alba Conejo, Emilio.** Presidente de la SEOM. Jefe de Servicio de Oncología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

SOCIEDAD ESPAÑOLA CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA (SECOT)

- **Sanchez Cañizares, Miguel Angel.** Jefe de Servicio de Traumatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. Presidemte de SOMUCOT.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (SEMES)

- **Tomàs Vecina, Santiago.** Secretario técnico SEMES. Cap del Servei Integral d'Urgències i Emergències. Badalona Serveis Assistencials (BSA)
- **Mozota Duarte, Julián.** Secretario Acreditación y Calidad SEMES. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.



- **Roqueta Egea, Fermí.** Adjunto a Dirección de Atención Especializada. Responsable base de Emergencias y Servicio de Urgencias. Fundación Althaia, Xarxa Asistencial de Manresa.
- **Alcaraz Martínez, Julián.** Coordinador de Calidad. Hospital General Universitario JM Morales Meseguer.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA, CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS (SEMICYUC)

- **González Díaz, Gumersindo.** Jefe de Servicio de la UCI del Hospital General JM Universitario Morales Meseguer
- **Carrillo Alcaraz, Andrés.** Médico Adjunto de la UCI del Hospital General Universitario JM Morales Meseguer

3.- OBJETIVOS

El objetivo general de este proyecto es proponer un conjunto de indicadores para monitorizar e impulsar la mejora continua de la calidad en los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Se señala expresamente que el proyecto no pretende ser una recopilación de indicadores, ni abordar cada una de las condiciones clínicas o las áreas organizativas (o especialidades médicas) posibles, sino centrarse en un conjunto, que pueda servir de “mínimo común denominador” homogéneo al SNS y que permita capturar los problemas y los avances en la calidad de la atención hospitalaria, aunque no necesariamente en cada una de sus especialidades o en las diferentes enfermedades.

Los objetivos específicos son:

- Identificar los indicadores de calidad asistencial utilizados más comúnmente, a partir de la revisión de los contratos de gestión de los hospitales del Sistema Nacional de Salud y de las principales propuestas en el entorno nacional e internacional.
- Seleccionar mediante técnicas de consenso y priorización aquellos indicadores más adecuados al contexto actual de los hospitales del SNS.
- Definir cada uno de los indicadores seleccionados especificando sus distintos componentes (código y nombre, fórmula, exclusiones, aclaraciones etc.) para facilitar la homogeneidad en su uso por el SNS.



El proyecto se desarrolló en varias fases:

1. identificación de indicadores de calidad asistencial y desarrollo de una propuesta inicial.
2. Selección y priorización de indicadores mediante métodos de consenso.
3. Elaboración de las definiciones y especificaciones técnicas de los indicadores seleccionados.

FASE 1.- IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL

El objetivo central de esta fase era elaborar una propuesta inicial de indicadores hospitalarios (menos de 100 por acuerdo inicial del grupo de trabajo) que pudiera servir de base para la siguiente fase de consenso.

1.1 REVISIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD INCLUIDOS EN LOS CONTRATOS DE GESTIÓN 2010 DE LOS SERVICIOS REGIONALES DE SALUD (SRS)

Con independencia de que cada comunidad autónoma mantenga proyectos específicos sobre medición de calidad, los indicadores incluidos en los Contratos de Gestión son una de las expresiones explícitas de los objetivos de las políticas de calidad, señalan las áreas en que los servicios regionales de salud desarrollan sus mayores esfuerzos y, adicionalmente, se trata de indicadores factibles en la medida que están incluidos en estos documentos y suelen estar sujetos a valoraciones periódicas.

Desde la SECA se solicitó a los responsables de los servicios regionales de salud la remisión de una copia del modelo de Contrato de Gestión (no de los resultados sino de los indicadores existentes en estos documentos) suscrito en 2010 entre los hospitales y los respectivos SRS. Se obtuvieron los correspondientes a 13 Comunidades Autónomas (Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, País Vasco, Extremadura, Galicia, Madrid, Región de Murcia y Comunidad Valenciana).

De los indicadores disponibles en estos 13 contratos, se seleccionaron aquellos que siendo responsabilidad directa de las actividades realizadas en los hospitales, valoraban las dimensiones de efectividad, seguridad, continuidad ó accesibilidad.

Como resultado de esta revisión se identificaron un total de 352 indicadores de calidad, aun que en la mayor parte de los casos sus especificaciones técnicas eran dispares.

Entre los aspectos relevantes de esta fase hay que destacar:

- Existe una alta variabilidad tanto en los procesos que están siendo monitorizados como en el número y tipo de indicadores utilizados. Por ejemplo, al estudiar el porcentaje de Contratos de Gestión que tenían indicadores de calidad para determinadas enfermedades crónicas relevantes, se encontró que la EPOC solo cuenta con algún indicador en 3 de los 13 CG revisados y no había coincidencias entre los indicadores utilizados. Hay indicadores sobre cáncer en 7 de los CG aunque solo hay coincidencia en un indicador de cáncer colo-rectal en dos contratos de gestión.

- No se ha encontrado ningún indicador de calidad cuya definición y forma de medición sea coincidente para todos los Contratos de Gestión.

Tras esta revisión, el grupo de trabajo realizó una segunda selección que tuvo en cuenta los siguientes filtros:

- Cuando para un mismo proceso habían varios indicadores se procedió a seleccionar el que parecía técnicamente más adecuado, excluyendo el resto de variantes.
- Se excluyeron los indicadores de estructura, entendiendo por tales los que se refieren a los recursos físicos y humanos y a la forma en que están organizados, como la existencia de protocolos, número de guías de práctica clínica, la existencia de procesos de normalización/certificación, porcentaje de pacientes con planes de cuidados, número de unidades clínicas constituidas, existencia de un sistema de triaje en urgencias. Las argumentaciones básicas para esta exclusión fueron: 1) este tipo de acciones puede optimizar las condiciones para mejorar la calidad asistencial, pero su ausencia no implica peor calidad ni su existencia garantiza la excelencia, siendo de escasa utilidad para las comparaciones entre centros; 2) en muchos casos requieren contabilizar unidades que tienen debajo realidades muy heterogeneas, como los planes de cuidados, protocolos, guías, etc.
- La selección de indicadores se concentró, sobre todo, en las dimensiones de efectividad y seguridad. Entendiendo la efectividad como la medida en que la atención sanitaria mejora el estado de salud de la población que la recibe y, la seguridad como la ausencia de daño innecesario real ó potencial asociado a la atención sanitaria.
- Se excluyeron los indicadores tipo centinela que, aun siendo útiles para la identificación de problemas específicos, no lo son para la comparación entre hospitales (fundamentalmente por el pequeño número de casos que recogen, siendo muy sensibles al error aleatorio).
- Se descartaron aquellos procesos y sus correspondientes indicadores que eran monitorizados en uno solo de los CG.

1.2 REVISIÓN DE LAS PRINCIPALES PROPUESTAS DE INDICADORES A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL

Seguidamente se procedió a la revisión de otros documentos, fundamentalmente de gobiernos, instituciones y sociedades científicas, con propuestas relevantes sobre indicadores de calidad hospitalarios. Una pieza esencial en esta fase fue el documento de la Sociedad Española de Calidad Asistencial titulado “Propuesta de indicadores para la monitorización de la calidad (hospitales y total nacional) del Sistema Nacional de Salud” elaborado en 2010.

A nivel internacional se revisaron las siguientes propuestas:

- Indicadores de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
- Indicadores de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).
- El proyecto Performance Assessment Framework for Hospitals (PATH) de la OMS.
- International Quality Indicator Project (IQIP).



- Indicadores de Salud de la Comisión Europea ECHI-2.
- National Health Service Performance Indicators del Departamento de Sanidad del Reino Unido.

A nivel nacional fueron revisados los indicadores de calidad contenidos en:

- Indicadores clave e indicadores a partir del CMBD del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Planes de Salud de las Comunidades Autónomas actualizados a fecha de octubre de 2010 (Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña, País Vasco, Extremadura, Región de Murcia, Navarra, y Comunidad Valenciana).
- Estrategias en Salud del Sistema Nacional de Salud (atención al parto normal, salud sexual y reproductiva, cardiopatía isquémica, EPOC, cáncer, diabetes, cuidados paliativos, ictus y seguridad del paciente).
- Guías de Práctica Clínica encargadas por el Ministerio de Sanidad (parto normal, cuidados paliativos, diabetes tipo 2 y prevención primaria y secundaria del ictus).
- Indicadores de diversas sociedades científicas de ámbito nacional y, específicamente, las propuestas de las de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Urgencias de Pediatría (SEUP), Ginecología y Obstetricia (SEGO), Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y Cuidados Paliativos (SECPAL)

Adicionalmente, se revisaron los indicadores contenidos en las siguientes publicaciones:

- Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Medidas incluidas en el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. BOE número 134 de 5 de junio de 2003.

Los resultados más relevantes de este proceso de revisión pueden resumirse en:

- El punto de partida utilizado para la obtención de los indicadores en la mayor parte de los diferentes documentos suele ser la revisión de propuestas anteriores realizadas por otros organismos o instituciones.
- No se dispone de un marco conceptual globalmente aceptado para la clasificación de los indicadores.
- Muchas de las medidas, tanto a nivel nacional como internacional, se relacionan con la mejora de la calidad en el nivel macro (el sistema sanitario en su conjunto). Estas propuestas pueden ser útiles para la comparación externa entre regiones o países, pero no tanto para la identificación de oportunidades de mejora en cada uno de los centros (nivel meso).
- La mayor parte de los indicadores se refieren al área de hospitalización quirúrgica, siendo menor en otras como consultas, urgencias y, sobre todo, servicios centrales de diagnóstico.
- La mayor parte de las medidas se obtienen a partir del CMBD. Se trata de un sistema

de información que fue originalmente diseñado para otros fines distintos al control de la calidad. Este sistema -y a pesar de las múltiples ventajas que presenta como su amplia cobertura, fácil accesibilidad, bajo coste- tiene también múltiples inconvenientes (no contiene variables clínicas relevantes, problemas de calidad de los datos recogidos, y otras) que condicionan la validez de los indicadores obtenidos a partir del mismo.

1.3 ELABORACIÓN DE LA PRIMERA PROPUESTA DE INDICADORES

Una vez revisadas las fuentes anteriores se realizó un primer borrador de propuesta con 85 indicadores que fueron clasificados en las áreas de: demoras, continuidad, adecuación de indicación ó de procedimiento, seguridad, reingresos, mortalidad.

Los criterios básicos utilizados por el grupo de trabajo para esta selección incluyen:

- Atribuibles fundamentalmente a la responsabilidad del hospital (excluyendo los atribuibles fundamentalmente a otros componentes del sistema sanitario).
- Pacientes mayores de 18 años (excluyendo indicadores referidos a la atención pediátrica).
- Dimensiones: efectividad, seguridad y accesibilidad (excluyendo expresamente los de productividad, costes o eficiencia).
- Indicadores de proceso y resultado (excluyendo estructura y recursos).

FASE 2.- BUSCANDO EL CONSENSO

En esta fase se partió del conjunto de 85 indicadores elaborado en la fase previa y con los objetivos de: 1) seleccionar los más adecuados para monitorizar y facilitar la mejora de calidad asistencial en el SNS y 2) afinar la definición de los aspectos técnicos de los indicadores. Con esta finalidad se realizaron 2 sesiones de trabajo grupal con representantes de instituciones y sociedades científicas, expertos y coordinadores hospitalarios de calidad asistencial

2.1 PRIORIZACIÓN DE INDICADORES (PROPUESTA 85)

La primera reunión se desarrolló en Madrid, en la Escuela Nacional de Sanidad, en abril de 2011. A la misma asistieron un total de 23 profesionales que fueron invitados como representantes de las Sociedades Autonómicas de Calidad Asistencial, los Servicios Regionales de Salud que habían remitido sus contratos de gestión y representantes de 2 Sociedades Científicas: la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y la Asociación Española de Cirujanos (AEC).



A los asistentes se les facilitó el listado de indicadores desarrollado en la primera fase y se les pidió que los priorizaran puntuando de 1 a 9 a cada uno de los siguientes criterios:

- Relevancia o importancia del indicador: Impacto potencial en los resultados en salud en relación con el aspecto evaluado
- Atribución al hospital: La mejora de los resultados obtenidos con el indicador depende de los profesionales que trabajan en el hospital tanto clínicos como gestores.

En esta fase los participantes podían además realizar propuestas de nuevos indicadores a incluir en el listado.

Con los resultados de esta priorización el grupo de trabajo acordó los siguientes criterios para la aceptación/rechazo de los indicadores:

- Aceptación: cuando el indicador obtuvo el 70% o más de las puntuaciones de los panelistas en el tercil superior para los dos criterios valorados.
- Rechazo: cuando el indicador obtuvo un 50% o menos de las puntuaciones en el tercil superior para el criterio de relevancia.
- Dudosos: aquellos indicadores que recibían puntuaciones entre los dos límites señalados.

Tras el análisis de las puntuaciones de los panelistas, esta fase concluyó con:

- Indicadores excluidos: 15
- Indicadores dudosos: 29
- Indicadores incluidos: 41, que se transformaron finalmente en 39, dado que los desgarrros perineales de III y IV grado con y sin episiotomía se fusionaron en un solo indicador (desgarrros perineales de III y IV grado), y lo mismo ocurrió con las úlceras nosocomiales y la incidencia de úlceras de decúbito, que se fusionaron en el indicador úlceras por presión nosocomiales.

En la segunda parte de la reunión los expertos propusieron la inclusión de nuevos indicadores, en relación con aquellas áreas y parcelas de atención que no estuviesen suficientemente representadas en la propuesta inicial y que hacían referencia a cáncer, urgencias, partos, salud mental, seguridad clínica y continuidad de cuidados.

Tras esta fase, y una vez valorada toda la información anterior, el grupo de trabajo reelaboró una segunda propuesta de indicadores que incluía un total de 74 medidas, las 39 que fueron aceptadas en la reunión más 35 procedentes de los indicadores dudosos y de las nuevas medidas propuestas.

2.2 VALORACIÓN DE LA SEGUNDA PROPUESTA DE INDICADORES (PROPUESTA 74)

La valoración de la segunda propuesta se realizó durante la 4ª Reunión de Coordinadores de Calidad de Hospitales convocada por SECA y celebrada en Barcelona en mayo de 2011, siguiendo una metodología diferente para los 39 indicadores aceptados en la primera reunión de consenso y para los 35 procedentes de los dudosos y de las nuevas incorporaciones.



La valoración de los indicadores aceptados se realizó asignando por cada experto participante una puntuación de 1 a 9 a cada uno de los siguientes criterios:

- Relevancia: ¿La mejora en este indicador supone una mejora clínica relevante para los pacientes?.
- Atribución al hospital: ¿Los resultados que mide el indicador son atribuibles de forma sustancial al hospital cuya calidad se pretende mejorar?.
- Aceptabilidad: A quienes tienen que usar el indicador les parecerá válido porque si el indicador cambia, se deberá a cambios en la calidad asistencial y si hay cambios en la calidad asistencial, cambia el indicador.
- Factibilidad: ¿Las fuentes de información para la medición del indicador ya existen o, el coste/esfuerzo de su recogida es menor que la información proporcionada por el mismo?.

Los criterios para la aceptación/rechazo fueron los mismos que en la reunión de Madrid. Tras su aplicación ninguno de los 39 indicadores fue rechazado, siendo aceptados 32 y quedando 7 como dudosos. En la mayor parte de los casos, los indicadores dudosos eran tasas de mortalidad de distintas patologías.

La valoración de los indicadores dudosos y nuevos se hizo a través de 6 grupos de expertos mediante la identificación de las limitaciones y las posibles mejoras del indicador de modo individual seguido de una puesta en común del grupo. Y, por último una valoración numérica de la relevancia, atribución al hospital, aceptabilidad y factibilidad de cada uno de los indicadores propuestos. Como resultado se eliminaron 11 de los 35 indicadores.

Tras finalizar los análisis de los resultados de estas reuniones, el grupo de trabajo elaboró la tercera propuesta de indicadores que incluía un total de 63 medidas (Propuesta 63).

FASE 3.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS INDICADORES SELECCIONADOS.

El objetivo de esta fase era, esencialmente, definir las especificaciones técnicas de cada indicador de modo que se facilite una utilización homogénea por todos los agentes del Sistema Nacional de Salud.

En esta fase, el grupo de trabajo contó con la colaboración de la Asociación Española de Cirujanos (AEC), Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Sociedad Española de Cardiología (SEC), Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), Sociedad Española de Neurología (SEN), Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT).

Tras la revisión conjunta con estas sociedades se obtuvo la propuesta definitiva que cuenta con un total de **51 indicadores**, para los cuales se elaboraron las correspondientes especificaciones con toda la información relevante que permita su medición.



La información incluida en estas especificaciones, así como la definición de cada epígrafe, se recogen en la figura 1.

Figura 1: Especificaciones técnicas de los indicadores	
Código del indicador	Código asignado al indicador y que permite identificarlo claramente así como diferenciarlo de otros indicadores similares
Nombre del indicador	Breve título descriptivo del mismo
Fórmula	Expresión matemática
Exclusiones	Casos o circunstancias que justifican el no cumplimiento del indicador
Aclaraciones	Descripción inequívoca de cualquier término que aparezca en el indicador o en sus excepciones, que pueda estar sujeto a interpretaciones
Tipo de indicador	Estructura, proceso o resultado
Justificación	Utilidad del indicador como medida de calidad
Bibliografía	Identificación de las fuentes bibliográficas relevantes en relación con el uso indicador, incluyendo aquellas relacionadas con el nivel de evidencia científica del mismo.



QUÉ APORTA ESTE TRABAJO

En todos los países de nuestro entorno se extiende la proporción de hospitales que monitorizan sistemáticamente su calidad empleando conjuntos de indicadores comunes y por ello comparables. Los indicadores de calidad pretenden identificar prácticas asistenciales con potencial de mejora, pudiendo ser utilizados como una herramienta que guíe el esfuerzo de mejora de la calidad. Su empleo sistemático para el control de la calidad de la atención prestada por los hospitales contribuye también decisivamente a aumentar la transparencia para los profesionales, centros, servicios, pacientes y ciudadanos. Pero principalmente proporciona información para orientar adecuadamente las iniciativas de mejora de la calidad. En el otro platillo de la balanza, la recopilación de los datos para confeccionar los indicadores implica una carga administrativa para los centros y profesionales, por lo que la selección de los datos requeridos y la información obtenida debe seleccionarse cuidadosamente.

La escasa familiaridad del SNS con sistemas homogéneos de medición y comparación de la calidad y la ejecutoria de los centros sanitarios puede hacernos creer que se trata de un área con escaso desarrollo local. Nada más lejos de la realidad. Una simple búsqueda electrónica nos devuelve una multitud de iniciativas

La disponibilidad de un repositorio de indicadores comunes de referencia al alcance de todos los implicados en las tareas de mejora de la calidad hospitalaria es un objetivo que debería anteponerse a la actual dispersión de iniciativas que se traduce en la imposible comparabilidad entre indicadores similares

– funcionantes – con distintos enfoques, estrategias e instrumentos para medir la calidad, de la asistencia prestada en nuestros hospitales. Sin duda los primeros destinatarios de este documento conocen y han trabajado con los más notorios en su ámbito, sean estos algunos de referencia nacional o internacional, los incluidos en los contratos de gestión de su Servicio de Salud o los específicos de cada especialidad o sociedad profesional. Sin embargo, todo este esfuerzo

dista de optimizarse por la dispersión de iniciativas, inconmensurabilidad entre indicadores similares y, sobre todo, por la carencia de un repositorio de referencia al alcance de todos los implicados en las tareas de mejora de la calidad hospitalaria.



DIFERENCIAS Y SIMILITUDES, VENTAJAS E INCONVENIENTES RESPECTO A OTRAS BATERÍAS DE INDICADORES DISPONIBLES

La principal aportación del empeño coordinado desde la SECA estriba en intentar dotar al sistema de un conjunto de indicadores potencialmente utilizables por todos los implicados, disponiendo así de referencias comunes que faciliten converger agregadamente hacia las mejores prácticas. Un conjunto de indicadores construido de manera ascendente, desde la experiencia de los profesionales que trabajan en éste ámbito, en lugar de caído sobre ellos desde otras instancias de decisión menos conocedoras de las especificidades de la tarea impuesta. Un conjunto de indicadores, además, elaborado con amplitud de miras, considerando todas las experiencias relevantes disponibles – de profesionales, servicios, centros,

Este conjunto de indicadores no es superior a casi ninguno de los que se vienen empleando por los diferentes servicios y especialidades. Su valor diferencial estriba en pretender ofrecer un agregado homogéneo que permita un mínimo común de comparabilidad, sin restringir la continuidad en el despliegue de otras baterías de indicadores más específicos.

consejerías y todo tipo organizaciones internacionales - sin ningún interés propio, ni necesidad alguna de ratificarse en intentos previos.

En este esfuerzo por dotarnos de un sistema básico de indicadores y un repositorio que permita obtener están dares y realizar labores de benchmarking, el primer riesgo a evitar ha sido el adanismo. Para ello se ha considerado en todo momento la ingente cantidad de trabajos ya emprendidos. Somos plenamente conscientes de que este conjunto de indica-

dores no es superior a casi ninguno de los que se vienen empleando por los diferentes servicios y especialidades, pero su valor diferencial estriba en pretender ofrecer un agregado homogéneo que permita un mínimo común de comparabilidad, sin restringir la continuidad en el despliegue de otras baterías de indicadores más específicos. Por ello se ha puesto el énfasis en identificar aquello cuya suma multiplica, antes que lo que divide.

No es frecuente disponer como fundamentos de una iniciativa de esta especie de una revisión de los principales indicadores a nivel nacional e internacional y de un análisis y un cotejo sistemático de los indicadores de calidad de los más recientes Contratos de Gestión de los Servicios Regionales de Salud. El trabajo ha resultado laborioso, pero dota de una amplísima perspectiva sobre las experiencias disponibles. La apuesta por tal aproximación empírica a los indicadores en uso pretende facilitar la adopción generalizada del conjunto finalmente propuesto.



LIMITACIONES DEL TRABAJO REALIZADO

Seguramente la mayor de las fortalezas de esta propuesta procede de su orientación aditiva que busca aprovechar el cúmulo de experiencias previas, pero no se nos oculta que en ella reside su principal debilidad. Porque un esfuerzo integrador de esta especie puede gozar de una incuestionable autoridad profesional, pero de muy escaso poder institucional. Este riesgo refuerza el convencimiento de que nuestro SNS necesita cada vez más un profesionalismo articulado potente que anteponga las prioridades del sistema a la de sus colectivos profesionales y las demasiado coyunturales de sus gestores.

Por ello, la materialización de los propósitos que han guiado los esfuerzos realizados hasta este momento requiere ahora de la colaboración activa, desde sus distintas responsabilidades, de todos aquellos profesionales comprometidos con la mejora de la calidad que reconozcan la competencia y utilidad de los indicadores propuestos. Se trata de posponer particularismos y especificidades que dificultan el logro conjunto y no ayudan en similar medida a alcanzar mejoras sectoriales, entendiendo que estamos ante un primer paso de un largo trayecto que habrá que recorrer conjuntamente, aprovechándonos todos de la experiencia agregada. Y sobre todo, trabajando a favor de los resultados de nuestros pacientes integrando los empeños en mejorar la calidad de su asistencia, rompiendo las mentalidades de silo que no benefician a nadie relevante.



4.- RELACIÓN DE INDICADORES

Pulse sobre la referencia del indicador para ir directamente a él. 

IH-01	Retorno a Urgencias en 72 horas
IH-02	Retorno a Urgencias con ingreso
IH-03	Tiempo puerta - electrocardiograma (ECG) en el síndrome coronario agudo
IH-04	Prescripción de Ácido Acetil Salicílico a la llegada a Urgencias en Síndrome Coronario agudo
IH-05	Terapia fibrinolítica dentro de los 30 minutos de la llegada al hospital
IH-06	Angioplastia primaria dentro de los 90 minutos de llegada al hospital
IH-07	Reperusión en pacientes con infarto agudo de miocardio
IH-08	Prescripción de antiagregantes al alta tras síndrome coronario agudo
IH-09	Prescripción de betabloqueantes al alta tras infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST
IH-10	Prescripción de inhibidores de IECA ó ARA-II en síndrome coronario agudo
IH-11	Prescripción de estatinas al alta tras síndrome coronario agudo
IH-12	Prescripción de inhibidores de IECA ó ARA-II tras insuficiencia cardíaca
IH-13	Prescripción de betabloqueantes al alta tras insuficiencia cardíaca
IH-14	Reingreso urgente postinfarto agudo de miocardio
IH-15	Mortalidad por infarto agudo de miocardio
IH-16	Mortalidad por insuficiencia cardíaca



IH-17	Ambulatorización de procesos quirúrgicos
IH-18	Ingreso tras cirugía mayor ambulatoria (CMA)
IH-19	Adecuación de la estancia preoperatoria
IH-20	Prescripción de profilaxis antibiótica en pacientes quirúrgicos
IH-21	Adecuación de la profilaxis antibiótica en pacientes quirúrgicos
IH-22	Pacientes con listado de verificación de seguridad quirúrgica documentado
IH-23	Pacientes quirúrgicos con consentimiento informado en la historia clínica
IH-24	Cirugía en fractura de cadera en pacientes mayores de 65 años
IH-25	Mortalidad por fractura de cadera
IH-26	Pacientes con evaluación documentada del riesgo de enfermedad tromboembólica
IH-27	Pacientes con prescripción de tromboprofilaxis
IH-28	Pacientes con prescripción de profilaxis tromboembólica adecuada a protocolo
IH-29	Pacientes con prescripción de profilaxis tromboembólica al alta
IH-30	Tiempo puerta-aguja en pacientes con ictus isquémico
IH-31	Mortalidad por accidente cerebrovascular agudo
IH-32	Reingreso hospitalario por descompensación de EPOC
IH-33	Mortalidad por neumonía
IH-34	Bacteriemia relacionada con catéter venoso central en pacientes críticos



IH-35	Neumonía asociada a ventilación mecánica
IH-36	Partos por cesárea
IH-37	Partos por cesáreas en grupos de bajo riesgo
IH-38	Episiotomías en partos eutócicos
IH-39	Partos con analgesia loco-regional (epidural ó raquídea)
IH-40	Contacto precoz madre- recién nacido
IH-41	Inicio temprano de la lactancia materna
IH-42	Intervalo diagnóstico-terapéutico en cáncer colorrectal
IH-43	Intervalo diagnóstico-terapéutico en cáncer de mama
IH-44	Intervalo entre tratamiento quirúrgico y tratamiento adyuvante en cáncer de mama
IH-45	Valoración del riesgo de úlceras por presión
IH-46	Úlceras por presión
IH-47	Cuidados adecuados en pacientes de riesgo de úlceras por presión
IH-48	Valoración del riesgo de caídas
IH-49	Caídas en pacientes hospitalizados
IH-50	Pacientes con informe de alta en la historia clínica
IH-51	Pacientes con informe de alta correctamente cumplimentado

IH-01	RETORNO A URGENCIAS EN 72 HORAS
Fórmula	Pacientes que retornan al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) en un intervalo de 72 horas x 100 / Pacientes atendidos en el SUH
Exclusiones	Retorno por trabajo de parto
Aclaraciones	El numerador lo constituyen los casos de pacientes que habiendo sido atendidos por un facultativo y dados de alta del SUH vuelven a consultar en el intervalo de 72 horas, independientemente de que lo hagan por igual ó diferente motivo de consulta.
Tipo de indicador	Resultado
Justificación	<p>Los motivos por los que los pacientes pueden volver a solicitar asistencia al servicio de urgencias en un periodo breve posterior a la primera atención, incluyen aquellos en los que no se ha instaurado un tratamiento efectivo ó han presentado complicaciones. Este indicador nos ofrece la posibilidad de detectarlos.</p> <p>Como incluye todas las readmisiones (citaciones, consultas por otros motivos, etc.), el indicador se suele utilizar como señal de alarma, sin que el incumplimiento indique una mala praxis en todos los casos</p>
Origen del indicador	Adaptado de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Roqueta Egea F, Busca Ostolaza P, Chanovas Borrás M, López-Andújar Aguiriano L, Mariné Blanco M, Navarro Juanes A, Pavón Monzo JM, Piñera Salmerón P, Tomás Vecina S, Tejedor Fernández M. Manual de Indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). • Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomás S Serveis d'Urgències: indicador per mesurar els criteris de qualitat de l'antenció sanitària. Barcelona; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio 2011. • Grupo de trabajo SEMES- Insalud. Calidad en los servicios de urgencias, emergencias 2001; 13:60-65.

IH-02	RETORNO A URGENCIAS CON INGRESO
Fórmula	<p>Pacientes que retornan al SUH en un intervalo de 72 horas e ingresan en el hospital x100 / Pacientes que retornan al SHU en un intervalo de 72 horas</p>
Exclusiones	Retornos por trabajo de parto
Aclaraciones	Incluye las derivaciones para ingreso en otros centros
Tipo de indicador	Resultado
Justificación	<p>Este indicador ofrece la posibilidad de detectar pacientes en los que la gravedad o complejidad de su patología ha evolucionado de manera desfavorable desde su primera visita en urgencias. Permite identificar y estudiar los casos para descartar una valoración diagnóstica y/o estrategia terapéutica inadecuada en su primera visita</p>
Origen del indicador	Adaptado de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Roqueta Egea F, Busca Ostolaza P, Chanovas Borrás M, López-Andújar Aguiriano L, Mariné Blanco M, Navarro Juanes A, Pavón Monzo JM, Piñera Salmerón P, Tomás Vecina S, Tejedor Fernández M. Manual de Indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).2009 • Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomás S Serveis d'Urgències: indicador per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària. Barcelona; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio 2011. • Grupo de trabajo SEMES- Insalud. Calidad en los servicios de urgencias, emergencias 2001; 13:60-65.

IH-03	TIEMPO PUERTA – ELECTROCARDIOGRAMA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO
Fórmula	Pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) y tiempo de electrocardiograma (ECG) inferior o igual a 10 minutos x100/ Pacientes atendidos en el SUH con diagnóstico de SCA a los que se les ha realizado un ECG
Exclusiones	Pacientes con ECG realizado por el equipo de emergencias extrahospitalarias y que se aporta en el transfer
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • SCA: Incluye el infarto agudo de miocardio con y sin elevación de ST y el angor inestable. • Tiempo de ECG: Tiempo en minutos desde la llegada del paciente al servicio de urgencias hasta la realización del ECG.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	Los pacientes con SCA pueden presentar complicaciones graves precoces. La identificación temprana de esta patología permite evitar demoras terapéuticas y prevenir complicaciones.
Origen del indicador	Adaptado de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Roqueta Egea F, Busca Ostolaza P, Chanovas Borrás M, López-Andújar Aguiriano L, Mariné Blanco M, Navarro Juanes A, Pavón Monzo JM, Piñera Salmerón P, Tomás Vecina S, Tejedor Fernández M. Manual de Indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). 2009 • Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomás S. Serveis d'Urgències: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juny de 2001. • Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, et al. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Performance Measures for ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction). J Am Coll Cardiol. 2008;52:2046 –99.

Bibliografía

- Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Calif RM, Casey DE jr, Chavey WE II, Fesmire FM, Hochman JS, Levin TN, Lincoff AM, Peterson ED, Theroux P, Wenger NK, Wright RS. ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina Non-ST-Elevation Myocardial Infarction, *Circulation* 2007;116:e148-e304.
- Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction—executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). *Circulation*. 2004;110:588–636
- Diercks DB, Peacock WF, Hiestand BC, Chen AY, Pollack CV Jr, Kirk JD, et al. Frequency and consequences of recording an electrocardiogram 10 min after arrival an am emergency room in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes (from the CRUSADE initiative). *Am J Cardiol* 2006; 97:437-42)
- Ardissino D, Boersma E, Budaj A, Fernández Avilés F, Fox KA, Hasdai D, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol* 2007; 60: 1070 e1-e80

IH-04	PRESCRIPCIÓN DE ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO A LA LLEGADA A URGENCIAS EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO
Fórmula	Pacientes con SCA a los que se les ha prescrito Ácido Acetil Salicílico (AAS) en el SUH x100/ Pacientes con SCA atendidos en el SUH
Exclusiones	
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • SCA: Incluye el infarto agudo de miocardio con y sin elevación de ST y el angor inestable. • Prescripción de AAS en urgencias: cuando el médico lo prescribe por primera vez en el servicio de urgencias ó está documentada la indicación de la continuidad del tratamiento previo. • Se considera cumplimiento cuando existe una razón documentada de no prescripción.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	El uso precoz del ácido acetilsalicílico en pacientes con SCA conlleva una reducción significativa de morbilidad y mortalidad.
Origen del indicador	Adaptado de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y de Joint Commission.
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.3. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2011. various p. • Roqueta Egea F, Busca Ostolaza P, Chanovas Borrás M, López-Andújar Aguiriano L, Mariné Blanco M, Navarro Juanes A, Pavón Monzo JM, Piñera Salmerón P, Tomás Vecina S, Tejedor Fernández M. Manual de Indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). 2009 • Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomàs S. Serveis d'urgències: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juny de 2001. • Manual de Indicadores de Calidad del Enfermo Crítico, Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias SEMICYUC 2005.

Bibliografía

- Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). 2004. Antman EM, Hand M, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Halasyamani LK, et al. 2007 focused update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction). J Am Coll Cardiol. 2008;51:210–47.
 - Anderson JL, Adams CD, Antman EM, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-segment elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing committee to revise the 2002 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. J Am Coll Cardiol.2007;50:e1–157.
 - Wright RS, Anderson JL, Adams CD, et al. 2011 ACCF/AHA Focused Update of the Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed in Collaboration With the American College of Emergency Physicians, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. J Am Coll Cardiol.2011;57:1920-1959.
- Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2009;62(3):e1-e47.



Bibliografía

- The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. European Heart Journal. Published online 26 August 2011. Available at: <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/Guidelines-NSTE-ACS-FT.pdf>

IH-05	TERAPIA FRIBRINOLÍTICA DENTRO DE LOS 30 MINUTOS DE LA LLEGADA AL HOSPITAL
Fórmula	Pacientes con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con elevación del segmento ST cuyo Tiempo desde la llegada al hospital hasta la fibrinolisis es de 30 minutos ó menos x 100/ Pacientes dados de alta con IAM con elevación del segmento ST que han recibido terapia fibrinolítica
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes a los que se ha realizado angioplastia coronaria en el propio hospital o que han sido trasladados para la realización de angioplastia primaria. • Pacientes a los que se ha realizado la trombolisis antes de la llegada al hospital.
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo puerta-aguja: intervalo de tiempo en minutos desde la entrada del paciente en urgencias (puerta) hasta que se administra el tratamiento fibrinolítico (aguja). • Tratamiento fibrinolítico: administración de agente farmacológico con la intención de destruir o disolver un trombo o coágulo de sangre. • Angioplastia primaria: la que se realiza antes de que se haya utilizado otro método de reperfusión, a diferencia de la angioplastia de rescate, que se utiliza en pacientes en los que previamente se ha usado un trombolítico.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	La administración precoz del tratamiento fibrinolítico en los pacientes con Pacientes con IAM con elevación del segmento ST reduce su morbimortalidad y constituye un factor predictivo relevante.
Origen del indicador	Adaptado de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y de Joint Commission.
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.3. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2011. various p. • Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). 2004.

Bibliografía

- Antman EM, Hand M, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Halasyamani LK, et al. 2007 focused update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction). *J Am Coll Cardiol.* 2008;51:210–47.
- Anderson JL, Adams CD, Antman EM, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-segment elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing committee to revise the 2002 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Coll Cardiol.*2007;50:e1–157.
- Wright RS, Anderson JL, Adams CD, et al. 2011 ACCF/AHA Focused Update of the Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed in Collaboration With the American College of Emergency Physicians, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol.*2011;57:1920-1959.
- Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62(3):e1-e47.
- The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal.* Published online 26 August 2011. Available at: <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-uidelines/GuidelinesDocuments/Guidelines-NSTE-ACS-FT.pdf>



Bibliografía

- Roqueta Egea F, Busca Ostolaza P, Chanovas Borrás M, López-Andújar Aguiriano L, Mariné Blanco M, Navarro Juanes A, Pavón Monzo JM, Piñera Salmerón P, Tomás Vecina S, Tejedor Fernández M. Manual de Indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). 2009
 - Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomás S. Serveis d'Urgències: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juny de 2001.
- Manual de Indicadores de Calidad del Enfermo Crítico, Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias SEMICYUC 2005.

IH-06	ANGIOPLASTIA PRIMARIA DENTRO DE LOS 90 MINUTOS DE LA LLEGADA AL HOSPITAL
Fórmula	<p>Pacientes con IAM con elevación del segmento ST cuyo tiempo desde la llegada al hospital hasta realización de la angioplastia es de 90' ó menos x100/ Pacientes con IAM con elevación del segmento ST con realización de angioplastia primaria</p>
Exclusiones	
Aclaraciones	<p>Angioplastia primaria: la que se realiza antes de que se haya utilizado otro método de reperfusión, a diferencia de la angioplastia de rescate, que se utiliza en pacientes en los que previamente se ha usado un trombolítico.</p>
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	<p>El uso temprano de la angioplastia primaria en pacientes con IAM con elevación del segmento ST obtiene una reducción significativa de la reducción de la morbilidad y mortalidad. La efectividad es mayor cuanto más temprana sea la intervención.</p>
Origen del indicador	Adaptado a partir de la Joint Commission
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.3. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2011. various p. • Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). 2004. • Antman EM, Hand M, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Halasyamani LK, et al. 2007 focused update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction). J Am Coll Cardiol. 2008;51:210-47.

Bibliografía

- Anderson JL, Adams CD, Antman EM, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-segment elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing committee to revise the 2002 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Coll Cardiol.*2007;50:e1–157.
- Wright RS, Anderson JL, Adams CD, et al. 2011 ACCF/AHA Focused Update of the Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed in Collaboration With the American College of Emergency Physicians, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol.*2011;57:1920-1959.
- Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62(3):e1-e47.
- The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal.* Published online 26 August 2011. Available at: <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/Guidelines-NSTE-ACS-FT.pdf>

IH-07	REPERFUSIÓN EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
Fórmula	Pacientes con tratamiento de reperfusión (fibrinólisis o angioplastia primaria) x100/ Pacientes dados de alta con diagnóstico principal de IAM con elevación del segmento ST
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes cuyo tipo de alta es traslado a otro hospital de agudos • Éxitus
Aclaraciones	Angioplastia primaria: la que se realiza antes de que se haya utilizado otro método de reperfusión, a diferencia de la angioplastia de rescate, que se utiliza en pacientes en los que previamente se ha usado un trombolítico.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	La realización de reperfusión es un importante predictor de los resultados en salud de los pacientes con IAM.
Origen del indicador	Elaboración propia
	<ul style="list-style-type: none"> • Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.3. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2011. various p. • Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). 2004. • Antman EM, Hand M, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Halasyamani LK, et al. 2007 focused update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction). J Am Coll Cardiol. 2008;51:210-47.

Bibliografía

- Anderson JL, Adams CD, Antman EM, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-segment elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing committee to revise the 2002 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Coll Cardiol.*2007;50:e1-157.
- Wright RS, Anderson JL, Adams CD, et al. 2011 ACCF/AHA Focused Update of the Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed in Collaboration With the American College of Emergency Physicians, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol.*2011;57:1920-1959.
- Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62(3):e1-e47.
- The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal.* Published online 26 August 2011. Available at: <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/Guidelines-NSTE-ACS-FT.pdf>

IH-08	PRESCRIPCIÓN DE ANTIAGREGANTES AL ALTA TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO
Fórmula	Pacientes dados de alta por SCA con prescripción de antiagregantes x100/ Pacientes dados de alta por SCA
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes cuyo tipo de alta es traslado a otro hospital de agudos • Éxitus
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Antiagregantes: AAS, clopidogrel o similar. • SCA: Incluye el infarto agudo de miocardio con y sin elevación de ST y el angor inestable. • Se considera cumplimiento cuando existe una razón documentada de no prescripción.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	El uso de antiagregantes plaquetarios junto con otras medidas terapéuticas es fundamental en la evolución de las fases iniciales del síndrome coronario agudo así como en reducir las tasas de mortalidad.
Origen del indicador	Adaptado a partir de la Joint Commission
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.3. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2011. various p. • Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). 2004. • Antman EM, Hand M, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Halasyamani LK, et al. 2007 focused update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction). J Am Coll Cardiol. 2008;51:210-47.

Bibliografía

- Anderson JL, Adams CD, Antman EM, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-segment elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing committee to revise the 2002 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Coll Cardiol.*2007;50:e1-157.
- Wright RS, Anderson JL, Adams CD, et al. 2011 ACCF/AHA Focused Update of the Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed in Collaboration With the American College of Emergency Physicians, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol.*2011;57:1920-1959.
- Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62(3):e1-e47.
- The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal.* Published online 26 August 2011. Available at: <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/Guidelines-NSTE-ACS-FT.pdf>

IH-09	PRESCRIPCIÓN DE BETABLOQUEANTES AL ALTA TRAS INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST
Fórmula	Pacientes con IAM con elevación del segmento ST que tienen prescripción de betabloqueantes al alta x100/ Pacientes dados de alta por IAM con elevación del segmento ST
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes cuyo tipo de alta es traslado a otro hospital de agudos • Éxitus
Aclaraciones	Se considera cumplimiento cuando existe una razón documentada de no prescripción.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	El uso a largo plazo de betabloqueantes en pacientes que han sufrido un IAM puede reducir la mortalidad y la morbilidad. Los estudios han demostrado que el uso de betabloqueantes está asociado con una reducción de riesgo del 20% aproximadamente, y hay evidencia de su efectividad en grandes poblaciones de pacientes con IAM. Las guías de práctica clínica nacionales, recomiendan fuertemente la terapia con betabloqueantes a largo plazo para la prevención de eventos cardiovasculares tras el alta por IAM.
Origen del indicador	Adaptado a partir de la Joint Commission
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.3. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2011. various p. • Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). 2004.

Bibliografía

- Antman EM, Hand M, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Halasyamani LK, et al. 2007 focused update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction). *J Am Coll Cardiol.* 2008;51:210–47.
- Anderson JL, Adams CD, Antman EM, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-segment elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing committee to revise the 2002 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Coll Cardiol.*2007;50:e1–157.
- Wright RS, Anderson JL, Adams CD, et al. 2011 ACCF/AHA Focused Update of the Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed in Collaboration With the American College of Emergency Physicians, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol.*2011;57:1920-1959.
- Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62(3):e1-e47.
- The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal.* Published online 26 August 2011. Available at: <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/Guidelines-NSTE-ACS-FT.pdf>

IH-10	PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE IECA Ó ARA-II EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO
Fórmula	Pacientes dados de alta por SCA con prescripción de un IECA o un ARA-II x100/ Pacientes dados de alta por SCA.
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes cuyo tipo de alta es traslado a otro hospital de agudos. • Éxitus
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina • IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina • SCA: Incluye el infarto agudo de miocardio con y sin elevación de ST y el angor inestable. • Se considera cumplimiento cuando existe una razón documentada de no prescripción.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	Los IECA reducen la mortalidad y la morbilidad en pacientes con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (DSVI) tras IAM. Los ensayos clínicos han establecido también que la terapia con ARA II es tan aceptable como los IECA, especialmente en pacientes con fallo cardiaco y/o DSVI con intolerancia a los IECA. Las guías de práctica clínica nacionales recomiendan fuertemente los IECA para pacientes hospitalizados con IAM que tienen fallo cardiaco clínico ó DSVI. Los Comités de Guías han apoyado también la inclusión de los ARA II entre las medidas de calidad para IAM.
Origen del indicador	Adaptado a partir de indicador Joint Commission
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.3. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2011. various p. • Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). 2004.

Bibliografía

- Antman EM, Hand M, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Halasyamani LK, et al. 2007 focused update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction). *J Am Coll Cardiol.* 2008;51:210–47.
- Anderson JL, Adams CD, Antman EM, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-segment elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing committee to revise the 2002 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Coll Cardiol.*2007;50:e1–157.
- Wright RS, Anderson JL, Adams CD, et al. 2011 ACCF/AHA Focused Update of the Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed in Collaboration With the American College of Emergency Physicians, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol.*2011;57:1920-1959.
- Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62(3):e1-e47.
- The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal.* Published online 26 August 2011. Available at: <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/Guidelines-NSTE-ACS-FT.pdf>

IH-11	PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS AL ALTA TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO
Fórmula	Pacientes con prescripción de estatinas al alta tras SCA x100/ Pacientes dados de alta por SCA.
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes cuyo tipo de alta es traslado a otro hospital de agudos. • Éxito • Pacientes con niveles de LDL menores a 100 mg/dl dentro de las primeras 24 horas tras la llegada al hospital.
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • SCA: Incluye el infarto agudo de miocardio con y sin elevación de ST y el angor inestable. • LDL: Low Density Lipoproteins. • Se considera cumplimiento cuando existe razón documentada de no prescripción.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	Varios ensayos clínicos han demostrado los beneficios de las estatinas en la reducción del riesgo de mortalidad y recurrencia de eventos cardiovasculares en un amplio rango de pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, incluyendo aquellos con IAM previo.
Origen del indicador	Adaptado a partir de la Joint Commission
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.3. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2011. various p. • Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). 2004. • Antman EM, Hand M, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Halasyamani LK, et al. 2007 focused update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction). J Am Coll Cardiol. 2008;51:210-47.

Bibliografía

- Anderson JL, Adams CD, Antman EM, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-segment elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing committee to revise the 2002 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Coll Cardiol.*2007;50:e1–157.
- Wright RS, Anderson JL, Adams CD, et al. 2011 ACCF/AHA Focused Update of the Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed in Collaboration With the American College of Emergency Physicians, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol.*2011;57:1920-1959.
- Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62(3):e1-e47.
- The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal.* Published online 26 August 2011. Available at: <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/Guidelines-NSTE-ACS-FT.pdf>

IH-12	PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE IECA Ó ARA-II TRAS INSUFICIENCIA CARDIACA
Fórmula	Pacientes dados de alta por Insuficiencia Cardiaca (IC) con prescripción de un IECA o un ARA-II x100/ Pacientes dados de alta por IC
Exclusiones	Pacientes cuyo tipo de alta es traslado a otro hospital de agudos. Éxitus
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina • IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina • Se considera cumplimiento cuando existe una razón documentada de no prescripción.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	Los IECA reducen la morbilidad y mortalidad en pacientes con fallo cardiaco y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, y son efectivos en un amplio rango de pacientes. Los ensayos clínicos han demostrado que los ARA II son una alternativa tan aceptable como los IECA especialmente en pacientes con intolerancia a los mismos. Las Guías de práctica clínica en Estados Unidos recomiendan la utilización de IECAS en pacientes hospitalizados con fallo cardiaco.
Origen del indicador	Adaptado a partir de la Joint Commission
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.3. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2011. various p. • ACC/AHA Clinical Performance Measures for Adults With Chronic Heart Failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Heart Failure Clinical Performance Measures). J Am Coll Cardiol. 2005;46:1144–78. Available at http://www.acc.org and http://www.americanheart.org. • Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al., American College of Cardiology Foundation/American Heart Association. 2009 focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. J Am Coll Cardiol.2009;53:e1– 90.

IH-13	PRESCRIPCIÓN DE BETABLOQUEANTES AL ALTA TRAS INSUFICIENCIA CARDIACA
Fórmula	Pacientes con IC a los que se les ha prescrito betabloqueantes al alta x100/ Pacientes dados de alta por IC
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes cuyo tipo de alta es traslado a otro hospital de agudos • Éxitus
Aclaraciones	Se considera cumplimiento cuando existe una razón documentada de no prescripción.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	El tiempo a largo plazo con betabloqueantes puede disminuir los síntomas de la Insuficiencia cardiaca, mejorar el estado clínico del paciente y aumentar su sensación de bienestar. Además, y al igual que en los IECA, los betabloqueantes pueden reducir el riesgo de mortalidad y el riesgo combinado de muerte y hospitalización.
Origen del indicador	Adaptado a partir de la Guía Clínica de la ACC/AHA
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • ACC/AHA Clinical Performance Measures for Adults With Chronic Heart Failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Heart Failure Clinical Performance Measures). J Am Coll Cardiol. 2005;46:1144–78. Available at http://www.acc.org and http://www.americanheart.org. • Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al., American College of Cardiology Foundation/American Heart Association. 2009 focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. J Am Coll Cardiol.2009;53:e1– 90.

IH-14	REINGRESO URGENTE POSTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
Fórmula	Pacientes con IAM con reingreso urgente postinfarto x 100/ Pacientes con IAM
Exclusiones	Traslado
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) por cualquier causa en los 30 días siguientes, tras un alta previa en el mismo hospital por Infarto Agudo de Miocardio. • Incluye todas los pacientes con diagnóstico principal al alta de hospitalización por infarto agudo de miocardio • En caso de una serie correspondiente a la totalidad de un año se realiza sobre los ingresos índices ocurridos en los primeros 11 meses del año.
Tipo de indicador	Resultado
Justificación	El reingreso urgente del paciente puede considerarse como un resultado adverso y, por tanto, posiblemente como un exponente de mala calidad. Aquellos se producen antes de 30 días tras el alta, permiten analizar complicaciones inmediatas.
Origen del indicador	Adaptado a partir de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. 2007
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. • Martínez Marco EA, Aranaz Andrés J. ¿Existe relación entre el reingreso hospitalario y la calidad asistencial? Rev Calidad Asistencial 2002; 17(2):79-86.



IH-15	MORTALIDAD POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
Fórmula	Pacientes con IAM que fallecen durante su estancia en el hospital x100 / Pacientes con IAM
Exclusiones	Pacientes cuyo tipo de alta es traslado a otro hospital de agudos
Aclaraciones	Incluye todas los pacientes con diagnóstico principal al alta de hospitalización de infarto agudo de miocardio
Tipo de indicador	Resultado
Justificación	La reducción de las tasas de mortalidad por IAM está relacionada con un mejor proceso de atención.
Origen del indicador	Adaptado a partir de la AHRQ
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals- Volume, Mortality, and Utilization. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality, June 2002. Versión 3.1 (March 12, 2007), pags 47-49. http://www.qualityindicators.ahrq.gov • Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction; A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of patients with acute myocardial infarction). J Am Coll Cardiol.2004;44:e1-211. • Antman EM, Hand M, Armstrong PW, et al. 2007 focused update of the ACC/AHA 2004 guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol.2008;51:210-247.

IH-16	MORTALIDAD POR INSUFICIENCIA CARDIACA
Fórmula	Pacientes con IC que fallecen durante su estancia en el hospital x100 / Pacientes con IC
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes cuyo tipo de alta es traslado a otro hospital de agudos • CDM 14 y 15
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • CDM14: embarazo, parto y puerperio • CDM15 : perinatal • Incluye todas los pacientes con diagnóstico principal al alta de hospitalización de insuficiencia cardiaca.
Tipo de indicador	Resultado
Justificación	La Insuficiencia Cardíaca es una causa común de ingreso, con una relativa alta mortalidad. Se ha visto que ciertos procedimientos disminuyen la mortalidad a corto plazo por esta causa a nivel de paciente, pero el impacto de estas prácticas a nivel de proveedor es desconocido.
Origen del indicador	Adaptado a partir de la AHRQ
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals- Volume, Mortality, and Utilization. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality, June 2002. Versión 3.1 (March 12, 2007), pag 50-51 http://www.qualityindicators.ahrq.gov • Hunt SA, Abraham WT, Casey DE Jr, et al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). J Am Coll Cardiol.2005;46:e1-82. • Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al., American College of Cardiology Foundation/American Heart Association. 2009 focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. J Am Coll Cardiol.2009;53:e1-90.

IH-17	AMBULATORIZACIÓN DE PROCESOS QUIRÚRGICOS
Fórmula	Pacientes con intervenciones quirúrgicas realizadas por Cirugía Mayor Ambulatoria (estancia de 0 días) x 100/ Pacientes con intervenciones quirúrgicas programadas realizadas en los GRD potencialmente ambulatorizables
Exclusiones	GRDs de cirugía menor
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • GRDs: Grupos Relacionados con el Diagnóstico. • Se denomina Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) a la atención de procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento. • Incluye las intervenciones realizadas en los 25 GRD's más frecuentes de CMA, en el CMBD de Asistencia Ambulatoria Especializada del Ministerio de Sanidad. • El indicador se mide para el global y de manera desagregada para cada uno de los GRDs.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	La CMA constituye una alternativa a la hospitalización tradicional que tiene como objetivos reducir los costes por proceso y las listas de espera, con aumentos de la eficiencia y de la calidad de los cuidados en los aspectos de una mayor satisfacción y seguridad del paciente, lo que la convierte en paradigma de los cambios hacia los que se orienta el Sistema Sanitario en su conjunto.
Origen del indicador	Elaboración propia
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Sevilla F, Fernández C. Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de organización y funcionamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993. • Grau N, Meneu de Guillerna R, Peiró S, Librero J, Ordinaña R. Hospitalizaciones evitables por cirugía sin ingreso en la Comunidad Valenciana: un estudio Delphi. Rev. Esp. Salud Pública 1997; 71: 343-356. • Calle Urrea JE, Parra Hidalgo P, Saturno Hernández PJ, Gomis Cebrian R. Propuesta de Indicadores para la Monitorización de la Calidad (Hospitales y Total Nacional) del Sistema Nacional de Salud; Sociedad Española de Calidad Asistencial: noviembre 2009. • Calle Urrea JE, Parra Hidalgo P, Gomis Cebrian R, Ramón Esparza T, San Eustaquio Tudanca F. Use of substitution index to identify improvement opportunities in mayor ambulatory surgery; J. of Ambulatory Surgery 12(2006)159-166.

IH-18	INGRESO TRAS CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA
Fórmula	Pacientes que ingresan directamente tras (CMA) x100/ Pacientes con intervenciones quirúrgicas programadas realizadas en los 25 GRDs de CMA más frecuentes.
Exclusiones	
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Se denomina Cirugía Mayor Ambulatoria a la atención de procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento. • Se entiende por ingreso directo desde CMA, las altas con ingreso urgente en planta del mismo hospital o de otro hospital de agudos. • Incluye las intervenciones realizadas en los 25 GRD's más frecuentes de CMA, en el CMBD de Asistencia Ambulatoria Especializada del Ministerio de Sanidad. • El indicador se mide para el global y de manera desagregada para cada uno de los GRDs.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) constituye una alternativa a la hospitalización tradicional que tiene como objetivos reducir los costes por proceso y las listas de espera, con aumentos de la eficiencia y de la calidad de los cuidados en los aspectos de una mayor satisfacción y seguridad del paciente, lo que la convierte en paradigma de los cambios hacia los que se orienta el Sistema Sanitario en su conjunto.
Origen del indicador	Elaboración propia
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Sevilla F, Fernández C. Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de organización y funcionamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993. • Grau N, Meneu de Guillerna R, Peiró S, Librero J, Ordiñana R. Hospitalizaciones evitables por cirugía sin ingreso en la Comunidad Valenciana: un estudio Delphi. Rev. Esp. Salud Pública 1997; 71: 343-356.



Bibliografía

- Calle Urra JE, Parra Hidalgo P, Saturno Hernández PJ, Gomis Cebrian R. Propuesta de Indicadores para la Monitorización de la Calidad (Hospitales y Total Nacional) del Sistema Nacional de Salud ; Sociedad Española de Calidad Asistencial: noviembre 2009.
- Calle Urra JE, Parra Hidalgo P, Gomis Cebrian R. Ramón Esparza T, San Eustaquio Tudanca F. Use of substitution index to identify improvement opportunities in mayor ambulatory surgery; J. of Ambulatory Surgery 12(2006)159-166.



IH-19	ADECUACIÓN DE LA ESTANCIA PREOPERATORIA
Fórmula	Pacientes intervenidos el mismo día ó al día siguiente del ingreso x100/ Pacientes ingresados para cirugía programada
Exclusiones	Pacientes con cirugía sin ingreso
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye todos los pacientes clasificados en un GRD quirúrgico y cuyo tipo de alta fue ingreso programado. • Se considera cumplimiento cuando la fecha de la intervención quirúrgica es la del mismo día ó el día siguiente al ingreso.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	El AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) considera adecuado que el paciente que requiere anestesia sea intervenido el mismo día del ingreso ó el día siguiente.
Origen del indicador	Elaboración propia a partir de criterios del AEP
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Gertman P.M., Restuccia J.D. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. Med Care. 1981; 19:855-71

IH-20	PRESCRIPCIÓN DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS
Fórmula	Pacientes quirúrgicos con prescripción de profilaxis antibiótica x100/ Pacientes quirúrgicos de los procedimientos seleccionados
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con diagnóstico principal sugestivo de enfermedad infecciosa preoperatoria. • Pacientes cuyo procedimiento quirúrgico fue llevado a cabo mediante laparoscopia en su totalidad.
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Se valorará de manera global y desagregada para los siguientes procesos seleccionados: Cirugía de bypass aorto-coronario, otra cirugía cardiaca, cirugía vascular, artroplastia de rodilla y cadera, cirugía de colon e histerectomía. • Se considera cumplimiento cuando existe una razón documentada de no prescripción.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	Un objetivo de la profilaxis antibiótica es conseguir niveles séricos y tisulares de bactericida en el momento de la incisión de la piel. Los estudios llevados a cabo durante los años 60 y 70 demostraron que la razón más frecuente del fallo de la profilaxis fue el retraso en la administración de antibióticos hasta después de la operación. 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 intervalo de tiempo entre la administración y la incisión de la piel.
Origen del indicador	Adaptado de la Joint Commission
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Joint Commission Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures Discharges 04-01-11 (2Q11) through 12-31-11 (4Q11) SCIP-Inf-1a-2h • Bratzler DW, Houck PM, for the Surgical Infection Prevention Guidelines Writers Group. Antimicrobial prophylaxis for surgery: An advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. CID. 2004;38(15 June):1706-1715. • Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al. Guidelines for prevention of surgical site infection, 1999. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20:247-280.



Bibliografía

- Silver A, Eichorn A, Kral J, et al. Timeliness and use of antibiotic prophylaxis in selected inpatient surgical procedures. *Am J Surg.* 1996;171:548-552.
- Finkelstein R, Reinhertz G, Embom A. Surveillance of the use of antibiotic prophylaxis in surgery. *Isr J Med Sci.* 1996;32:1093-1097.
- Matuschka PR, Cheadle WG, Burke JD, et al. A new standard of care: administration of preoperative antibiotics in the operating room. *Am Surg.* 1997;63:500-503.
- Gorecki P, Schein M, Rucinski JC, et al. Antibiotic administration in patients undergoing common surgical procedures in a community teaching hospital: the chaos continues. *World J Surg.* 1999;23:429-432.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Practice Bulletins ACOG Practice Bulletin No 104 Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. *Obstet Gynecol* May 2009; 113(5) : 1180-1189.

IH-21	ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS
Fórmula	Pacientes con profilaxis antibiótica adecuada x 100/ Pacientes quirúrgicos con prescripción de profilaxis antibiótica de los procedimientos seleccionados
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con diagnóstico principal sugestivo de enfermedad infecciosa preoperatoria. • Pacientes cuyo procedimiento quirúrgico fue llevado a cabo mediante laparoscopia en su totalidad.
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Se valorará de manera global y desagregada para los siguientes procesos seleccionados: Cirugía de bypass aorto-coronario, otra cirugía cardíaca, cirugía vascular, artroplastia de rodilla y cadera, cirugía de colon e histerectomía. • Se considera adecuada cuando se cumplen las siguientes condiciones: Momento en que se realiza la administración: 60 minutos ó menos antes de la incisión quirúrgica. Tipo de antibiótico: según protocolo propio del hospital.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	Un objetivo de la profilaxis antibiótica es conseguir niveles séricos y tisulares de bactericida en el momento de la incisión de la piel. Los estudios llevados a cabo durante los años 60 y 70 demostraron que la razón más frecuente del fallo de la profilaxis fue el retraso en la administración de antibióticos hasta después de la operación. 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 intervalo de tiempo entre la administración y la incisión de la piel.
Origen del indicador	Adaptado de la Joint Commission
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Joint Commission Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures Discharges 04-01-11 (2Q11) through 12-31-11 (4Q11) SCIP-Inf-1a-2h

Bibliografía

- Bratzler DW, Houck PM, for the Surgical Infection Prevention Guidelines Writers Group. Antimicrobial prophylaxis for surgery: An advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. CID. 2004;38(15 June):1706-1715.
- Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al. Guidelines for prevention of surgical site infection, 1999. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20:247-280.
- American Society of Health-System Pharmacists. ASHP therapeutic guidelines on antimicrobial prophylaxis in surgery. Am J Health Syst Pharm. 1999;56:1839-1888.
- No author listed. The Medical letter. Antimicrobial prophylaxis for Surgery. Med Lett Drugs Ther. 2009; 82: 47-52.
- Gilbert DN, Moellering RC Jr., Elipoulos GM, Chamber HF, Saag MS, eds. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2009. 39st ed. Sperryville, VA: Antimicrobial Therapy, Inc; 2009.
- Itani KMF, Wilson SE, Awad SS, Jensen EH, Finn TS, Abramson MA. Ertapenem versus cefotetan prophylaxis in elective colorectal surgery. N Engl J Med. 2006 Dec 21; 355 (25): 2640-2651.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Practice Bulletins ACOG Practice Bulletin No 104 Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. Obstet Gynecol May 2009; 113(5) : 1180-1189
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/24.

IH-22	PACIENTES CON LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA DOCUMENTADO
Fórmula	Pacientes con listado de verificación de seguridad quirúrgica documentado x 100/ Pacientes sometidos a intervención quirúrgica
Exclusiones	
Aclaraciones	Listado de verificación de seguridad quirúrgica (checklist) documentado: constancia de una hoja de verificación de seguridad quirúrgica en la historia clínica ó cualquier otro sistema de registro.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	Se deberían implantar el “Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica” en cualquier procedimiento para mejorar la seguridad de las intervenciones y disminuir las complicaciones evitables.
Origen del indicador	Adaptado de Estrategia de seguridad del paciente del Ministerio de Sanidad. 2010
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • IHI Home Page [sede Web]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; [acceso 29-07-11]. Surgical Checklist [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en Guía NICE http://app.ihl.org/imap/tool/ • Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP et al. the Safe Surgery Saves Lives Study Group. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med. 2009;360(5):491-9



IH-23	PACIENTES QUIRÚRGICOS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA HISTORIA CLÍNICA
Fórmula	Pacientes con consentimiento informado en la historia clínica x 100 / Pacientes ingresados para cirugía
Exclusiones	
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • El consentimiento deberá corresponder al procedimiento realizado. • Pacientes ingresados para cirugía: Pacientes clasificados en GRDs quirúrgicos en el CMBD de hospitalización y que han sido intervenidos.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	Según la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, el Consentimiento Informado es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. El Documento de Consentimiento Informado (DCI) es el soporte documental de este proceso, y trata de garantizar que la información más relevante ha sido ofrecida por el médico y recibida por el paciente. Es una importante fuente de información, que complementa a la obtenida de forma oral, y que permite completar su proceso de toma de decisión.
Origen del indicador	Elaboración propia a partir de la legislación vigente
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. Boletín Oficial del Estado nº 274; 2002.

IH-24	CIRUGÍA EN FRACTURA DE CADERA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS
Fórmula	Pacientes con cirugía realizada dentro de las 48 horas desde el ingreso x100/ Pacientes > 65 años ingresados en el hospital con diagnóstico de fractura de cadera
Exclusiones	
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Se considera cumplimiento cuando el paciente es intervenido dentro de los 2 días siguientes a la fecha de ingreso. • Se considera cumplimiento cuando existe razón documentada de no intervención.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	<ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de la evidencia de ensayos clínicos de cirugía tras fractura de cadera concluyó que la cirugía debería ser realiza dentro de las 48 horas y preferiblemente dentro de las 24 horas. • Retrasos en la cirugía después de fractura de cadera de más de 2 días doblaba el riesgo de muerte en 1 año, controlando por edad, sexo y condiciones médicas preexistentes. También se ha encontrado incremento de riesgo de muerte con el retraso hasta la intervención.
Origen del indicador	Proyecto Health Care Quality Improvement Program (HCQIP)-2006
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Laberge A, Bernard PM, Lamarche PA. Relation entre le délai préopératoire pour une fracture de hanche, les complications post-opératoires et le risqué de décès Rev. Epidém. Et Santé Publ. 1997.45; 5-12. • Parker MJ. "Managing an elderly patient with a fractured femur" British Medical Journal 2000,230:102-3. • Zuckerman JD, Skovron ML, Koval KJ, Anaronoff G, Frankel VH. Postoperative complications and mortality associated with operative delay in older patients who have a fracture of the hip. The Journal of Bone and Joint Surgery. 1995. 77(10):1551-1556.



IH-25	MORTALIDAD POR FRACTURA DE CADERA
Fórmula	Pacientes con fractura de cadera que fallecen durante su estancia en el hospital x100 / Pacientes con fractura de cadera
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes cuyo tipo de alta es traslado a otro hospital de agudos • CDM 14 y 15
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • CDM14: embarazo, parto y puerperio • CDM15 : perinatal • Incluye todos los pacientes con diagnóstico principal al alta de hospitalización de fractura de cadera.
Tipo de indicador	Resultado
Justificación	Las complicaciones por fractura de cadera y otras comorbilidades suponen una relativa alta mortalidad, y la evidencia sugiere que algunas de estas complicaciones son prevenibles.
Origen del indicador	Adaptado a partir de AHRQ
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals Volume, Mortality, and Utilization. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality, June 2002. Version 3.1 (March 12, 2007), pags 56-57. http://www.qualityindicators.ahrq.gov

IH-26	PACIENTES CON EVALUACIÓN DOCUMENTADA DEL RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA
Fórmula	Pacientes con valoración del riesgo de enfermedad tromboembólica y no tromboembólica en las primeras 24 horas tras el ingreso x 100/ Pacientes que han sido hospitalizados al menos 2 días
Exclusiones	
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad Tromboembólica (ETE): incluye trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. • La evaluación del riesgo se realizará mediante la escala de estimación de riesgo (guía pretemed 2007) ó herramienta de valoración propia del hospital. • Se considera que se cumple el criterio cuando en la historia clínica aparece documentada la valoración del riesgo en las primeras 24 horas tras el ingreso.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	Los pacientes hospitalizados con alto riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) pueden desarrollar una trombosis venosa profunda, y morir de tromboembolismo pulmonar antes incluso de que el diagnóstico sea sospechado. Por ello el mejor abordaje es la evaluación de todos los pacientes para profilaxis primaria, dado que la prevención del TEV es esencial para la reducción de la mortalidad y la morbilidad asociada con el embolismo pulmonar.
Origen del indicador	Adaptado a partir del Institute for Healthcare Improvement (IHI)
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Medrano Ortega FJ, Navarro Puerto A, Vidal Serrano S, Alonso Ortiz del Río C, Gutiérrez Tous R, Marín León I y cols. Guía PRETEMED- 2007 sobre prevención de enfermedad tromboembólica venosa en patología médica. Córdoba: SADEMI, 2007. • Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/24.



Bibliografía

- IHI Home Page [sede Web]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; [acceso 28-07-11]. Venous Thromboembolus (VTE) Prevention & Treatment [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en Guía NICE <http://app.ihf.org/imap/tool/>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Venous thromboembolism - reducing the risk. Disponible en <http://guidance.nice.org.uk/CG92>

IH-27	PACIENTES CON PRESCRIPCIÓN DE TROMBOPROFILAXIS
Fórmula	Pacientes con prescripción de tromboprofilaxis 100/ Pacientes con riesgo moderado ó alto de ETE, con una estancia mayor de 2 días
Exclusiones	
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • ETE: incluye trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. • Se considera cumplimiento cuando existe una razón documentada de no prescripción.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	Los pacientes hospitalizados con alto riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) pueden desarrollar una trombosis venosa profunda, y morir de tromboembolismo pulmonar antes incluso de que el diagnóstico sea sospechado. Por ello el mejor abordaje es la evaluación de todos los pacientes para profilaxis primaria, dado que la prevención del TEV es esencial para la reducción de la mortalidad y la morbilidad asociada con el embolismo pulmonar.
Origen del indicador	Adaptado a partir del Institute Health Improvement (IHI)
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JA, Samama CM, Lassen MR, Colwell CW. Prevention of venous thromboembolism. The Eighth ACCP Conference on antithrombotic and thrombolytic therapy. Chest. 2008; 133:381S-453S. • Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, et al. Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest. 2004 Sep;126(3 Suppl):338S-400S. • Kucher N, Koo S, Quiroz R, Cooper JM, et al. Electronic alerts to prevent venous thromboembolism among hospitalized patients. New England Journal of Medicine. 2005, 352(10), 969-1036. • Caprini JA, Arcelus JI. State of the art venous thromboembolism prophylaxis. SCOPE on Phlebology & Lymphology 1:2005, 228-240. • Michota FA. Venous thromboembolism prophylaxis in medical patients. Curr Opin Cardiol. 2004 Nov;19(6):570-4. • Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures Discharges 04-01-11 (2Q11) through 12-31-11 (4Q11) VTE-1-3.



Bibliografía

- Medrano Ortega FJ, Navarro Puerto A, Vidal Serrano S, Alonso Ortiz del Río C, Gutiérrez Tous R, Marín León I y cols. Guía PRETEMED- 2007 sobre prevención de enfermedad tromboembólica venosa en patología médica. Córdoba: SADEMI, 2007.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/24.
- IHI Home Page [sede Web]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; [acceso 28-07-11]. Venous Thromboembolus (VTE) Prevention & Treatment [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en Guía NICE <http://app.ihl.org/imap/tool/>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Venous thromboembolism - reducing the risk. Disponible en <http://guidance.nice.org.uk/CG92>
- National Quality Forum (NQF), National Voluntary Consensus Standards for Prevention and Care of Venous Thromboembolism: Additional performance measures. A Consensus Report, Washington, DC:NQF;2008.



IH-28	PACIENTES CON PRESCRIPCIÓN DE PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA ADECUADA A PROTOCOLO
Fórmula	Pacientes con prescripción de tromboprofilaxis adecuada a protocolo x 100/ Pacientes con prescripción de tromboprofilaxis
Exclusiones	
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Se considera cumplimiento cuando en la historia clínica aparece de acuerdo a protocolo, la siguiente información: • Dosis correcta: ajustada a peso y riesgo • Momento de la administración: Se debe comenzar a dar en las primeras 24 horas del ingreso ó fin de la cirugía (para cirugías que tienen lugar el día del ingreso ó el día posterior)
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	Los pacientes hospitalizados con alto riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) pueden desarrollar una trombosis venosa profunda, y morir de tromboembolismo pulmonar antes incluso de que el diagnóstico sea sospechado. Por ello el mejor abordaje es la evaluación de todos los pacientes para profilaxis primaria, dado que la prevención del TEV es esencial para la reducción de la mortalidad y la morbilidad asociada con el embolismo pulmonar.
Origen del indicador	Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JA, Samama CM, Lassen MR, Colwell CW. Prevention of venous thromboembolism. The Eighth ACCP Conference on antithrombotic and thrombolytic therapy. Chest. 2008; 133:381S-453S. • Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, et al. Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest. 2004 Sep;126(3 Suppl):338S-400S. • Kucher N, Koo S, Quiroz R, Cooper JM, et al. Electronic alerts to prevent venous thromboembolism among hospitalized patients. New England Journal of Medicine. 2005, 352(10), 969-1036. • Caprini JA, Arcelus JI. State of the art venous thromboembolism prophylaxis. SCOPE on Phlebology & Lymphology 1:2005, 228-240.

Bibliografía

- Michota FA. Venous thromboembolism prophylaxis in medical patients. *Curr Opin Cardiol*. 2004 Nov;19(6):570-4. Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures Discharges 04-01-11 (2Q11) through 12-31-11 (4Q11) VTE-1-3
- Medrano Ortega FJ, Navarro Puerto A, Vidal Serrano S, Alonso Ortiz del Río C, Gutiérrez Tous R, Marín León I y cols. Guía PRETEMED- 2007 sobre prevención de enfermedad tromboembólica venosa en patología médica. Córdoba: SADEMI, 2007.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/24.
- IHI Home Page [sede Web]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; [acceso 28-07-11]. Venous Thromboembolus (VTE) Prevention & Treatment [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en Guía NICE <http://app.ihc.org/imap/tool/>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Venous thromboembolism - reducing the risk. 2010 Disponible en <http://guidance.nice.org.uk/CG92>
- National Quality Forum (NQF), National Voluntary Consensus Standards for Prevention and Care of Venous Thromboembolism: Additional performance measures. A Consensus Report, Washington, DC:NQF;2008.

IH-29	PACIENTES CON PRESCRIPCIÓN DE PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA AL ALTA
Fórmula	Pacientes con prescripción de profilaxis tromboembólica al alta x 100/ Pacientes intervenidos de cirugía colo-rectal, prótesis de rodilla y de cadera
Exclusiones	
Aclaraciones	Se considera cumplimiento cuando existe una razón documentada de no prescripción.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	Se ha comprobado que prolongar la pauta de profilaxis tras el alta hospitalaria reduce el riesgo de ETE.
Origen del indicador	Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/24. • National Institute for Health and Clinical Excellence. Venous thromboembolism - reducing the risk. 2010. Disponible en http://guidance.nice.org.uk/CG92 • Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JA, Samama CM, Lassen MR, Colwell CW. Prevention of venous thromboembolism. The Eighth ACCP Conference on antithrombotic and thrombolytic therapy. Chest. 2008; 133:381S-453S. • National Quality Forum (NQF), National Voluntary Consensus Standards for Prevention and Care of Venous Thromboembolism: Additional performance measures. A Consensus Report, Washington, DC: NQF;2008.

IH-30	TIEMPO PUERTA-AGUJA EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO
Fórmula	<p>Pacientes con ictus cerebral isquémico que han recibido tratamiento fibrinolítico en un tiempo inferior o igual a 60 minutos x100/ Pacientes con ictus cerebral isquémico que han recibido tratamiento fibrinolítico</p>
Exclusiones	
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Se considera cumplimiento cuando existe una razón documentada de no prescripción. • Tiempo puerta-aguja: intervalo de tiempo en minutos desde la entrada del paciente en urgencias (puerta) hasta que se administra el tratamiento fibrinolítico (aguja). • Tratamiento fibrinolítico: administración de agente farmacológico con la intención de destruir o disolver un trombo o coágulo de sangre. • Tiempo de llegada al hospital: momento en que se registran los datos del paciente en admisión
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	La demora o la no administración de tratamiento fibrinolítico cuando está indicado aumenta la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con Ictus cerebral.
Origen del indicador	Adaptado a partir de Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya (AIAQS)
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Salvat-Plana M, Abilleira S. Grupo de Calidad de la Atención al Ictus de Cataluña, Baleares y Aragón. Desarrollo de un conjunto básico de indicadores de calidad de la atención del paciente con ictus a partir del consenso de expertos. Ministerio de Ciencia e Innovación. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2011. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AIAQS núm. 2009/06. • Joint Commission Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures Discharges 04-01-11 (2Q11) through 12-31-11 (4Q11) STK-4-3

IH-31	MORTALIDAD POR ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO
Fórmula	Pacientes con accidente cerebrovascular agudo que fallecen durante su estancia en el hospital x100 / Pacientes con accidente cerebrovascular agudo
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • CDM 14 y 15. • Pacientes cuyo tipo de alta es traslado a otro hospital de agudos. • Incluye todas los pacientes con diagnóstico principal al alta de hospitalización de accidente cerebrovascular agudo
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • CDM14: embarazo, parto y puerperio • CDM15 : perinatal
Tipo de indicador	Resultado
Justificación	Mejores procesos de cuidados pueden reducir la mortalidad a corto plazo, lo cual representa mejor calidad.
Origen del indicador	Adaptado a partir de AIAQS y de la AHRQ
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Salvat-Plana M, Abilleira S. Grupo de Calidad de la Atención al Ictus de Cataluña, Baleares y Aragón. Desarrollo de un conjunto básico de indicadores de calidad de la atención del paciente con ictus a partir del consenso de expertos. Ministerio de Ciencia e Innovación. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2011. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AIAQS núm. 2009/06. • Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals- Volume, Mortality, and Utilization. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality, June 2002. Version 3.1 (March 12, 2007), pages 52-53. http://www.qualityindicators.ahrq.gov

IH- 32	REINGRESO HOSPITALARIO POR DESCOMPENSA- CIÓN DE EPOC
Fórmula	Pacientes que causan reingreso urgente en los 30 días siguientes al alta definidas por códigos CIE-9 y AP-GRD's específicosx100/ Pacientes con EPOC
Exclusiones	Alta por éxitus
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) tras un alta previa. • Para una serie correspondiente a la totalidad de un año se realiza sobre los ingresos índices ocurridos en los primeros 11 meses del año. • Incluye todos los pacientes con diagnóstico principal al alta de hospitalización por EPOC.
Tipo de indicador	Resultado
Justificación	El reingreso urgente del paciente puede considerarse como un resultado adverso y, por tanto, posiblemente como un exponente de mala calidad. Aquellos se producen antes de 30 días tras el alta, permiten analizar complicaciones inmediatas.
Origen del indicador	Elaboración propia a partir de bibliografía consultada
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de EPOC del Sistema Nacional de salud. 2009 Ministerio de Sanidad y Política Social. • Martínez Marco EA, Aranaz Andrés J. ¿Existe relación entre el reingreso hospitalario y la calidad asistencial? Rev Calidad Asistencial 2002; 17(2):79-86.

IH-33	MORTALIDAD POR NEUMONÍA
Fórmula	Pacientes con neumonía que fallecen durante su estancia en el hospital x100 / Pacientes dados de alta con diagnóstico principal de neumonía
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • CDM 14 y 15 • Pacientes cuyo tipo de alta es traslado a otro hospital de agudos • Neumonía de origen nosocomial
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • CDM14: embarazo, parto y puerperio • CDM15 : perinatal
Tipo de indicador	Resultado
Justificación	El tratamiento con los antibióticos apropiados puede reducir la mortalidad por neumonía que es una causa prevalente de muerte.
Origen del indicador	Adaptado a partir de AHRQ
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • AHRQ quality indicators. Guide to inpatient quality indicators: quality of care in hospitals - volume, mortality, and utilization [version 3.1]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2007 Mar 12. 58-59 p.

IH-34	BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATETER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES CRITICOS.
Fórmula	Numero de bacteriemias relacionada con catéter venoso central en un periodo determinado de tiempo X 1000/ Sumatorio de días de catéter venoso central en todos los pacientes portadores de estos dispositivos en dicho periodo de tiempo
Exclusiones	Pacientes con estancia en UCI menor de 24 horas.
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la definición de bacteriemia relacionada con catéter venoso central se contemplan: • Bacteriemia (o funguemia) relacionada con catéter: aislamiento del mismo germen en hemocultivo extraido de vena periférica y en cultivo semi-cuantitativo o cuantitativo de la porción distal de catéter central. • Bacteriemia (o funguemia) probablemente relacionada con catéter, en ausencia de cultivo de catéter: Cuadro clínico de sepsis, sin otro foco aparente de infección, con hemocultivo positivo, en el que desaparece la sintomatología a las 48 horas de retirada de la vía venosa. Esta situación clínica se conoce como bacteriemia primaria. • En caso de aislamiento de estafilococos coagulasa negativo se precisa el aislamiento del germen en al menos 2 hemocultivos.
Tipo de indicador	Resultado.
Justificación	La bacteriemia relacionada con catéter es una de las principales complicaciones infecciosas del paciente ingresado en UCI, relacionados claramente con un incremento de la morbimortalidad y con los costes sanitarios. La monitorización de la incidencia de esta patología tras la implementación de una serie de medidas sencillas pero eficaces para disminuir su incidencia debería de contemplarse como prioritario en cuidados críticos.
Origen del indicador	Proyecto Bacteriemia Zero. Plan de Calidad Sistema Nacional de Salud. SEMICYUC.
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Pronovost P, Needham F, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, Sexton B, Hyzy R, Welsh R, Roth G, Bander J, Kepros J, Goeschel C. An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. N Engl J Med 2006; 355:2725-2732



Bibliografía

- Reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres en los servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
- O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, Lipsett PA, Masur H, Mermel LA, Pearson ML, Raad II, Randolph AG, Rupp ME, Saint S; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Am J Infect Control*. 2011 May;39(4 Suppl 1):S1-34.



IH-35	NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA
Fórmula	Numero de neumonías asociada a ventilación mecánica en un periodo determinado de tiempo X 1000/ Sumatorio de días de ventilación mecánica invasiva en los pacientes con este soporte ventilatorio durante dicho periodo de tiempo
Exclusiones	Pacientes con una duración de la ventilación mecánica invasiva de menos de 48 horas antes del inicio del evento.
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • La definición de neumonía asociada a ventilación mecánica se realiza mediante los criterios publicados por el Center Disease Control que han sido utilizados para el registro ENVIN. • Dentro del término neumonía asociada a ventilación mecánica se incluyen las neumonías nosocomiales desarrollada en las primeras 72 horas tras la extubación.
Tipo de indicador	Resultado
Justificación	La neumonía asociada a ventilación mecánica es la infección más frecuente y de mayor gravedad en el ámbito de los cuidados intensivos. Su importancia no solo depende de su incidencia sino porque se asocia a un incremento de la morbilidad de los pacientes y un incremento del gasto sanitario. Las directrices actuales recomiendan una serie de medidas preventivas de evidencia reconocida para disminuir su incidencia.
Origen del indicador	Proyecto Neumonía Zero. Plan de Calidad Sistema Nacional de Salud. SEMICYUC. SEEIUC
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/6pscVAPcurrent.pdf. Consultado en julio 2011. • Bonten MJ. Healthcare epidemiology: Ventilator-associated pneumonia: preventing the inevitable. Clin Infect Dis 2011; 52: 115-121. • Muscedere JG, Martin CM, Heyland DK. The impact of ventilator-associated pneumonia on the Canadian health care system. J Crit Care 2008; 23:5-10.

IH-36	PARTOS POR CESÁREA
Fórmula	Partos por cesáreas x100/ Total de partos
Exclusiones	
Aclaraciones	
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	La cesárea es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbi mortalidad materna y fetal sensiblemente mayor que la de un parto normal, así como de secuelas para la madre y el recién nacido. A pesar de ello y de las recomendaciones de la OMS, en España la tasa de cesáreas se encuentra por encima de lo deseable.
Origen del indicador	Adaptado a partir de Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de salud
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. • Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. • Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals- Volume, Mortality, and Utilization. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality, June 2002. Version 3.1 (March 12, 2007), pag 60 http://www.qualityindicators.ahrq.gov • Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007



IH-37	PARTOS POR CESÁREAS EN GRUPOS DE BAJO RIESGO
Fórmula	Partos por cesáreas en las mujeres incluidas en el denominador x100/ Partos en mujeres < de 35 años con tiempo de gestación entre 37 y 42 semanas ó no informado y con un peso del recién nacido entre 2500-3999 gramos ó no informado.
Exclusiones	Embarazo múltiple, presentación no cefálica, cesárea previa, placenta previa ó desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia severa, crecimiento intrauterino restringido, neoplasias, infecciones y/ó trombofilias.
Aclaraciones	
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	La cesárea es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbi mortalidad materna y fetal sensiblemente mayor que la de un parto normal, así como de secuelas para la madre y el recién nacido. A pesar de ello y de las recomendaciones de la OMS, en España la tasa de cesáreas se encuentra por encima de lo deseable.
Origen del indicador	Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. • Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. • Proyecto Multicéntrico de adecuación a estándares clínicos de las cesáreas urgentes y programadas en el Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010

IH-38	EPISIOTOMÍAS EN PARTOS EUTÓCICOS
Fórmula	Episiotomías en partos eutócicos x 100/ Total de partos eutócicos
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Cesáreas programadas o intraparto. • Partos instrumentales. • Partos inducidos
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Parto eutócico: parto vaginal en presentación cefálica y a término (37-42 semanas) de inicio espontáneo, con estimulación o no y que no ha requerido instrumentación (fórceps, espátula o ventosa (vacuum). • Inicio espontáneo de parto: parto en gestantes que inician dinámica uterina (contracciones) entre las 37 y 42 semanas de gestación y alcanza 3 cm de dilatación • Parto con estimulación: gestantes con partos de inicio espontáneo que en el periodo de dilatación precisan estimulación artificial. • Episiotomía: incisión del perineo en el momento del parto, utilizada para prevenir los desgarros perineales severos
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	La episiotomía sistemática es una práctica cuestionada actualmente y que presenta una amplia variabilidad en España. Existe evidencia consistente de que la episiotomía rutinaria no aporta beneficios y sí tiene complicaciones a corto y largo plazo.
Origen del indicador	Adaptado a partir de Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. • Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01.

IH-39	PARTOS CON ANALGESIA LOCO-REGIONAL (EPIDURAL Ó RAQUÍDEA)
Fórmula	Partos con analgesia locoregional en gestantes incluidas en el denominador x100/ Partos vaginales y cesáreas intraparto en gestantes de 37 a 42 semanas
Exclusiones	Cesáreas programadas.
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Analgesia locoregional: todo procedimiento analgésico basado en analgesia locoregional, aunque finalice con anestesia general. Incluye la epidural y la raquídea. • Se considera cumplimiento cuando existe una razón documentada de no administración.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	<p>La analgesia epidural es el método de analgesia locoregional que consigue el más completo alivio del dolor durante el parto. Sin embargo, las mujeres que utilizan este método tienen mayores riesgos derivados de la propia técnica: necesidad de monitorización materna y fetal más estrecha, fiebre intraparto, sondaje vesical, hipotensión, periodos expulsivos de mayor duración, aumento de partos instrumentales, etc. En ocasiones, se usa la vía raquídea en vez de la epidural.</p> <p>Pueden ofrecerse alternativas de ayuda analgésica a la mujer que elige parto sin epidural. De todas maneras, la anestesia epidural debe estar disponible para todas las gestantes que lo solicitan.</p>
Origen del indicador	Adaptado a partir de Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01.



Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum care. Clinical Guideline 55. November 2004 <http://www.nice.org.uk/CG055>.

IH-40	CONTACTO PRECOZ MADRE- RECIÉN NACIDO
Fórmula	Partos en los que la madre y la criatura han tenido contacto piel con piel x 100/ Partos atendidos en gestantes de 37 a 42 semanas.
Exclusiones	Problema de salud documentado de la criatura y/o de la madre
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto piel con piel: colocación de la criatura, inmediatamente tras el parto, sobre el abdomen o el pecho de la madre en íntimo contacto piel con piel y que se mantenga así al menos 50 minutos, si el estado de salud de ambos lo permite. • En aquellos casos que el estado de salud de la madre no permita el contacto piel con piel, se le ofrecerá aplicarlo al padre. • Cumple criterio cuando existe constancia documental del rechazo materno
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	El contacto piel con piel es beneficioso a corto plazo para mantener la temperatura y disminuir el llanto del niño, y a largo plazo para aumentar el tiempo de lactancia materna.
Origen del indicador	Adaptado a partir de Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 • Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4, artículo n.º: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2. • Puig G, Sguassero Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR (última revisión: 9 de noviembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.



Bibliografía

- Saloojee H. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR (última revisión: 4 de enero de 2008). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones en Pruebas y Buenas Prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010

IH-41	INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA
Fórmula	Recién nacidos que son amamantados en la primera hora x 100/ Recién nacidos en gestantes de 37 a 42 semanas.
Exclusiones	Problema de salud documentado de la criatura y/o de la madre
Aclaraciones	Cumple criterio cuando existe constancia documental de la decisión de no amamantar
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora. La mayoría de RN sanos a término, presentan comportamientos espontáneos de alimentación en la primera hora de vida. El contacto temprano piel con piel con succión se asocia con una mayor duración de la lactancia.
Origen del indicador	Organización Mundial de la Salud (OMS)
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • OMS- Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa • Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01. • Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. • Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants, in Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 2, Chichester, John Wiley & Sons Ltd 2003. • Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 1 Oxford: Update Software Ltd Disponible en: http://www.update-software.com (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1 Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd) 2008.

IH-42	INTERVALO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO EN CÁNCER COLORRECTAL
Fórmula	<p>Pacientes con cáncer de colorrectal cuyo intervalo entre confirmación diagnóstica y tratamiento es igual o inferior a 30 días naturales x 100/ Pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal que han recibido tratamiento</p>
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Éxitus antes de iniciar el tratamiento • Alta voluntaria, abandono y/o rechazo. • Pacientes candidatos a cuidados paliativos que no serán tratados con cirugía.
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Registro del intervalo de tiempo transcurrido entre la fecha de confirmación diagnóstica y la fecha de inicio del primer tratamiento: <ol style="list-style-type: none"> 1.-Confirmación diagnóstica: Fecha del informe de Anatomía Patológica (PAAF, BAG, BAV o ABBI) que confirma la existencia de carcinoma invasivo. Quedan excluidos los informes de Anatomía Patológica del diagnóstico intraoperatorio y biopsia excisional. En el informe de Anatomía Patológica puede contemplar tres fechas: 1.- fecha de entrada, 2.- fecha informado o de validación y 3.- fecha de salida. Para el calculo del intervalo se contabilizará la fecha de informado o de validación, si no constara, se tendrá en cuenta la fecha de salida. Fecha realización de colonoscopia. 2.-Primer tratamiento: Primera actuación terapéutica, ya sea con cirugía (día de la intervención), quimioterapia, radioterapia, radiofrecuencia, quimioembolización... (día de inicio de la primera sesión). 3.- Intervalo: días naturales transcurridos desde la fecha del informe de confirmación a la fecha del primer tratamiento (cirugía, tratamiento sistémico o Radioterapia neoadyuvantes). Se contabiliza como primero el día siguiente al de confirmación del informe. <ul style="list-style-type: none"> • No se consideran dentro de las unidades de estudio los carcinomas in situ ni las recidivas. • Se considera cumplimiento cuando existe razón documentada de “no inicio” de tratamiento.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	Se reconoce la importancia de acortar el tiempo entre diagnóstico histopatológico y tratamiento en cáncer colorrectal



Origen del indicador	Adaptado a partir de Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none">• Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud 2010. Ministerio de Sanidad y Política SocialDesarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica. AATRM Num. 2006/02.• Oncoguía de colon y recto actualización 2008. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.• Guía de Práctica Clínica actualización 2009. Prevención Cáncer Colorrectal. Asociación Española Gastroenterología, Sociedad Española Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano 2009.

IH-43	INTERVALO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO EN CÁNCER DE MAMA
<p>Fórmula</p>	<p>Pacientes cuyo intervalo entre confirmación diagnóstica y primer tratamiento es igual o inferior a 4 semanas o 28 días naturales 100/ Pacientes diagnosticadas de neoplasia maligna de mama</p>
<p>Exclusiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Éxitus antes de iniciar el tratamiento • Alta voluntaria, abandono y/o rechazo. • Pacientes candidatos a cuidados paliativos que no serán tratados con cirugía.
<p>Aclaraciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro del intervalo de tiempo transcurrido entre la fecha del informe de Anatomía Patológica que confirma el diagnóstico y la fecha de inicio del primer tratamiento: 1.-Confirmación diagnóstica: Fecha del informe de Anatomía Patológica (PAAF, BAG, BAV o ABBI) que confirma la existencia de carcinoma invasivo. Quedan excluidos los informes de Anatomía Patológica del diagnóstico intraoperatorio y biopsia excisional. En el informe de anatomía patológica puede contemplar tres fechas: 1.- fecha de entrada, 2.- fecha informado o de validación y 3.- fecha de salida. Para el calculo del intervalo se contabilizará la fecha de informado o de validación, si no constara, se tendrá en cuenta la fecha de salida. 2.-Primer tratamiento: Primera actuación terapéutica, ya sea con cirugía (día de la intervención), tratamiento sistémico: quimioterapia, hormonoterapia, terapia molecular, radioterapia radiofrecuencia, quimioembolización... (día de inicio de la primera sesión). 3.- Intervalo: Días naturales transcurridos desde la fecha del informe de confirmación a la fecha del primer tratamiento (cirugía, tratamiento sistémico o Radioterapia neoadyuvantes). Se contabiliza como primero el día siguiente al de confirmación del informe. <ul style="list-style-type: none"> • No se consideran dentro de las unidades de estudio los carcinomas in situ ni las recidivas. • Se considera cumplimiento cuando existe razón documentada de “no inicio” de tratamiento.
<p>Tipo de indicador</p>	<p>Proceso</p>



<p>Justificación</p>	<p>El intervalo entre el diagnóstico patológico y el primer tratamiento es un indicador del control asistencial muy importante ya que en los casos en que transcurren más de 30 días hay repercusión e impacto psicológico en la mujer. Debe ser objetivo prioritario de las Unidades de mama el disminuir este intervalo por debajo de las 4 semanas tal como se recoge en todas las guías clínicas.</p>
<p>Origen del indicador</p>	<p>Adaptado a partir de Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud</p>
<p>Bibliografía</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social • Desarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica. AATRM Num. 2006/02. • Oncoguía de mama actualización 2008. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Oncoguía de Cáncer de Mama, Comunidad Valenciana. Consejería de Sanidad, 2005

IH-44	INTERVALO ENTRE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y TRATAMIENTO ADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA
Fórmula	Pacientes cuyo intervalo entre cirugía y primer tratamiento adyuvante es igual o inferior a 42 días x 100/ Pacientes intervenidas quirúrgicamente por neoplasia maligna de mama.
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Éxitus antes de iniciar el tratamiento • Alta voluntaria, abandono y/o rechazo
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Registro del intervalo de tiempo transcurrido entre la fecha de la cirugía de la mama y la fecha de inicio del primer tratamiento adyuvante (Quimioterapia, Hormonoterapia, Terapia Molecular) y/o Radioterapia. • Cirugía: referido al último episodio quirúrgico de la mama ya sea cirugía conservadora o cirugía convencional (mastectomía). Tratamiento adyuvante: realización de tratamiento sistémico (Quimioterapia, Hormonoterapia, Terapia Molecular) y/o Radioterapia. • Intervalo: días naturales transcurridos desde la fecha de la última cirugía y la fecha de inicio del tratamiento adyuvante. Se contabiliza como primero el día siguiente al de la última cirugía. • Se considera cumplimiento cuando existe razón documentada de “no inicio” de tratamiento adyuvante.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	El inicio del tratamiento adyuvante en los plazos que establecen los protocolos y guías de práctica clínica es muy importante desde el punto de vista de la calidad asistencial. Se considera adecuado este plazo de 6 semanas, por la necesidad de recuperación de la paciente y, asimismo, por la valoración por el comité de mama y la visita del oncólogo ó radioterapeuta.
Origen del indicador	Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social • Desarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica. AATRM Num. 2006/02. • Oncoguía de mama actualización 2008. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. • Oncoguía de Cáncer de Mama, Comunidad Valenciana. Consejería de Sanidad, 2005

IH-45	VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
Fórmula	Pacientes con valoración de riesgo de padecer úlceras por presión (UPP) realizada en las primeras 24 h del ingreso x100/ Pacientes ingresados más de 24 horas.
Exclusiones	Pacientes obstétricas, pacientes pediátricos (excepto UCI o neonatos) y pacientes de psiquiatría.
Aclaraciones	La valoración del riesgo de UPP debe haberse realizado en las primeras 24 horas tras el ingreso con escala que utilice el centro
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	<p>Todos los pacientes tienen riesgo de desarrollar úlceras por presión cuando están seriamente enfermos, inmóviles durante prolongados periodos de tiempo ó incapaces de responder a molestias relacionadas con la presión. Sin embargo la prevención es la clave para la reducción de la prevalencia de UPP.</p> <p>El primer paso para prevenir las lesiones por presión es utilizar una escala de evaluación para identificar a las personas con riesgo.</p>
Origen del indicador	Elaboración propia a partir de bibliografía consultada
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • IHI Home Page [sede Web]. Cambridge: Institute for Health-care Improvement; [acceso 28-07-11]. Pressure Ulcer Prevention [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en http://app.ihl.org/imap/tool/ • The Joanna Briggs Institute Best Practice. Evidence based information sheets for Health professionals. Lesiones por presión- prevención de lesiones por presión. 2008;12(2). • Pancorbo-Hidalgo PL, García- Fernández FP, López-Medina IM, Álvarez-Nieto C. Risk Assessment scales for presure ulcer prevention: a sistematyc review. Journal of advanced Nursing 2006; 54(1): 94-110. • Tomàs Vidal AM, Hernández Yeste MS, García Raya MD, Marín Fernández R, Cardona Roselló J et al. Prevalencia de úlceras por presión en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. Enferm Clin. 2011;21(4):202—209. • Soldevilla Agreda, J. J.; Torra i Bou, J.-E.; Verdú Soriano, J.; López Casanova, P.: 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes1. GEROKOMOS 2011; 22 (2): 77-90.



Bibliografía

- Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Risk assessment and prevention of pressure ulcers. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- García Fernández FP, Carrascosa García MI, Vellido Vallejo JC, Rodríguez Torres MC, Casa Maldonado F, Laguna Parra JM, Mármol Fergueras MA, Dominguez Maeso A. Guía para el manejo de: Riesgo de la integridad cutánea, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión. Marco conceptual enfermero. Evidentia 2005 sept; 2(sup). [ISSN: 1697-638X] http://www.index-f.com/evidentia/2005supl/guia_upp.pdf
- Ávila Acamer C, Bonias López J, García Rambla L, García Rodríguez V, Herráiz Mallebrera A, Jaén Gomariz Y, López Casanova P, Martínez López V, Palomar Llatas F, Tornero Plá AM, Viel Navarro N. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana. 2008. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_425.pdf

IH-46	ÚLCERAS POR PRESIÓN
Fórmula	Pacientes que han desarrollado una UPP en el hospital x 100/ Pacientes ingresados más de dos días
Exclusiones	UPP presentes al ingreso
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • La valoración del riesgo de UPP debe haberse realizado en las primeras 24 horas tras el ingreso con escala que utilice el centro. • Úlcera por presión: de cualquier grado y/o localización.
Tipo de indicador	Resultado
Justificación	Todos los pacientes tienen riesgo de desarrollar úlceras por presión cuando están inmóviles durante prolongados periodos de tiempo ó incapaces de responder a molestias relacionadas con la presión.
Origen del indicador	Elaboración propia a partir de bibliografía consultada
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Guide to Patient Safety Indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality, March 2003. Version 3.1 (March 12, 2007), pag. 29. http://www.qualityindicators.ahrq.gov • IHI Home Page [sede Web]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; [acceso 28-07-11]. Pressure Ulcer Prevention [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en http://app.ihi.org/imap/tool/ • The Joanna Briggs Institute Best Practice. Evidence based information sheets for Health professionals. Lesiones por presión- manejo de las lesiones por presión. 2008;12(3). • Tomàs Vidal AM, Hernández Yeste MS, García Raya MD, Marín Fernández R, Cardona Roselló J et al. Prevalencia de úlceras por presión en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. Enferm Clin. 2011;21(4):202–209. • Pancorbo-Hidalgo PL, García- Fernández FP, López-Medina IM, Álvarez-Nieto C. Risk Assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. Journal of advanced Nursing 2006; 54(1): 94-110. • Soldevilla Agreda, J. J.; Torra i Bou, J.-E.; Verdú Soriano, J.; López Casanova, P.: 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes1. GEROKOMOS 2011; 22 (2): 77-90.



Bibliografía

- Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Risk assessment and prevention of pressure ulcers. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- García Fernández FP, Carrascosa García MI, Vellido Vallejo JC, Rodríguez Torres MC, Casa Maldonado F, Laguna Parra JM, Mármol Fergueras MA, Dominguez Maeso A. Guía para el manejo de: Riesgo de la integridad cutánea, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión. Marco conceptual enfermero. Evidentia 2005 sept; 2(sup). [ISSN: 1697-638X] http://www.index-f.com/evidentia/2005supl/guia_upp.pdf
- Ávila Acamer C, Bonias López J, García Rambla L, García Rodríguez V, Herráiz Mallebrera A, Jaén Gomariz Y, López Casanova P, Martínez López V, Palomar Llatas F, Tornero Plá AM, Viel Navarro N. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana. 2008. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_425.pdf

IH-47	CUIDADOS ADECUADOS EN PACIENTES DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
Fórmula	Pacientes con cuidados adecuados según nivel de riesgo identificado x100/ Pacientes ingresados más 24 horas que tienen valorado el riesgo de desarrollar UPP
Exclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes obstétricas, Pacientes pediátricos (excepto UCI o Neonatos) y pacientes de Psiquiatría. • Condición clínica que impida la realización de cuidados adecuados al nivel de riesgo identificado.
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • La valoración del riesgo de UPP debe haberse realizado en las primeras 24 horas tras el ingreso con escala que utilice el Centro. • Cuidados adecuados: cumplimiento de los siguientes criterios de calidad • Constancia la aplicación de superficies de alivio de la presión. • Registro de la realización de cambios posturales cada 2-4 horas según nivel de riesgo identificado (alto ó moderado respectivamente)
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	<p>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,.</p> <p>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.</p>
Origen del indicador	Elaboración propia a partir de bibliografía consultada
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • IHI Home Page [sede Web]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; [acceso 28-07-11]. Pressure Ulcer Prevention [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en http://app.ihc.org/imap/tool/ • The Joanna Briggs Institute Best Practice. Evidence based information sheets for Health professionals. Lesiones por presión- prevención de lesiones por presión. 2008;12(2). • The Joanna Briggs Institute Best Practice. Evidence based information sheets for Health professionals. Lesiones por presión- manejo de las lesiones por presión. 2008;12(3).

Bibliografía

- Pancorbo-Hidalgo PL, García- Fernández FP, López-Medina IM, Álvarez-Nieto C. Risk Assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of advanced Nursing* 2006; 54(1): 94-110.
- Soldevilla Agreda, J. J.; Torra i Bou, J.-E.; Verdú Soriano, J.; López Casanova, P.: 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. GEROKOMOS 2011; 22 (2): 77-90.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Risk assessment and prevention of pressure ulcers. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- García Fernández FP, Carrascosa García MI, Vellido Vallejo JC, Rodríguez Torres MC, Casa Maldonado F, Laguna Parra JM, Mármol Fergueras MA, Dominguez Maeso A. Guía para el manejo de: Riesgo de la integridad cutánea, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión. Marco conceptual enfermero. *Evidentia* 2005 sept; 2(sup). [ISSN: 1697-638X] http://www.index-f.com/evidentia/2005supl/guia_upp.pdf
- Ávila Acamer C, Bonias López J, García Rambla L, García Rodríguez V, Herráiz Mallebrera A, Jaén Gomariz Y, López Casanova P, Martínez López V, Palomar Llatas F, Tornero Plá AM, Viel Navarro N. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana. 2008. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_425.pdf



IH-48	VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS
Fórmula	Pacientes con valoración de riesgo de caídas realizado en las primeras 24 h x100/ Pacientes ingresados mas de 24 horas
Exclusiones	
Aclaraciones	La valoración del riesgo se realizará con la herramienta de valoración que tenga implantada el Centro.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	La utilización de herramientas para la valoración del riesgo de caídas permite identificar a los pacientes con alto riesgo, lo que es esencial para establecer las medidas preventivas adecuadas.
Origen del indicador	Elaboración propia a partir de bibliografía consultada
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • IHI Home Page [sede Web]. Cambridge: Institute for Health-care Improvement; [acceso 28-07-11]. Falls Prevention [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en http://app.ihi.org/imap/tool/ • The Joanna Briggs Institute Best Practice. Evidence based information sheets for Health professionals. Caídas en hospitales. 1998;2(2):1-6. Actualizado: 15-03-07 • Rubenstein LZ, Josephson KR. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(Supl 2):45-53. • Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario. • National Institute for Health and Clinical Excellence. The assessment and prevention of falls in older people. Clinical Guideline 21. November 2004 http://www.nice.org.uk/CG021. • O'Connor P, Creager J, Mooney S, Laizner A, Ritchie J. Taking aim at fall injury adverse events: Best practices and organizational change. Healthcare Quarterly. 2006;9(Sp):43-49. • Raeder K, Siegmund U, Grittner U, Dassen T, Heinze C. The use of fall prevention guidelines in German hospitals – a multilevel analysis. J Eval Clin Pract. 2010;16(3):464-9. • Pérula de Torres, Carlos José; Pérula de Torres, Luis Angel. Valoración de una revisión sistemática sobre la incidencia, los factores de riesgo y las consecuencias de las caídas de los ancianos en España. Evidentia. 2009 abr-jun; 6(26). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n26/ev6962.php> Consultado el 28-07-2011.

IH-49	CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
Fórmula	Nº de caídas en pacientes hospitalizados x100/ Total de altas de hospitalización
Exclusiones	
Aclaraciones	Se incluyen todas las caídas de pacientes ingresados producidas en cualquiera de las áreas del hospital.
Tipo de indicador	Resultado.
Justificación	<p>Las caídas en pacientes hospitalizados representan un problema común y persistente. Las tasas de caídas suelen variar en función de la casuística atendida, del entorno y de las prácticas sanitarias.</p> <p>Las consecuencias de no identificar adecuadamente a este tipo de pacientes y no tipificar el riesgo en pro de realizar las intervenciones que se consideran oportunas reportan situaciones de riesgo gravemente lesivas para el paciente y la comunidad. La introducción de programas de prevención ha demostrado una reducción en el número de caídas.</p>
Origen del indicador	Elaboración propia a partir de bibliografía consultada
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005 IHI Home Page [sede Web]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; [acceso 28-07-11]. Falls Prevention [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en http://app.ihl.org/imap/tool/ • The Joanna Briggs Institute Best Practice. Evidence based information sheets for Health professionals. Caídas en hospitales. 1998;2(2):1-6. Actualizado: 15-03-07 • Rubenstein LZ, Josephson KR. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(Supl 2):45-53. • Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario. • National Institute for Health and Clinical Excellence. The assessment and prevention of falls in older people. Clinical Guideline 21. November 2004 http://www.nice.org.uk/CG021. • O'Connor P, Creager J, Mooney S, Laizner A, Ritchie J. Taking aim at fall injury adverse events: Best practices and organizational change. Healthcare Quarterly. 2006;9(Sp):43-49.



Bibliografía

- Raeder K, Siegmund U, Grittner U, Dassen T, Heinze C. The use of fall prevention guidelines in German hospitals – a multilevel analysis. *J Eval Clin Pract.* 2010;16(3):464-9.
- Pérula de Torres, Carlos José; Pérula de Torres, Luis Ángel. Valoración de una revisión sistemática sobre la incidencia, los factores de riesgo y las consecuencias de las caídas de los ancianos en España. *Evidentia.* 2009 abr-jun; 6(26). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n26/ev6962.php>> Consultado el 28-07-2011.

IH-50	PACIENTES CON INFORME DE ALTA EN LA HISTORIA CLÍNICA
Fórmula	Pacientes que tienen informe de alta en la historia clínica x100/ Pacientes dados de alta en hospitalización
Exclusiones	
Aclaraciones	Se considerará válido si el Informe de Alta se encuentra en la Historia Clínica, tanto en formato papel como electrónico.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	<p>El Informe de Alta Hospitalaria (IAH) tiene múltiples utilidades entre las cuales merece destacar su uso a nivel clínico, de gestión, investigación, legal y para el análisis de la calidad de la asistencia. Constituye además la fuente fundamental de información para la obtención de las bases de datos clínico administrativas tipo CMBD, a partir de las cuales se elaboran los GRD's y otros sistemas de clasificación de pacientes.</p> <p>La legislación vigente establece la obligatoriedad de su elaboración para todos los pacientes que habiendo ingresado, tanto en centros públicos como privados, hayan generado al menos un día de estancia.</p>
Origen del indicador	Elaboración propia a partir de la legislación vigente
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. • Orden de 6 de septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo por la que se regula la obligatoriedad del Informe de Alta. BOE nº 221 de 14 de septiembre de 1984; 26.685-26.686.

IH-51	PACIENTES CON INFORME DE ALTA CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADO
Fórmula	Pacientes con Informe de Alta correctamente cumplimentado x 100/ Pacientes con Informe de Alta de hospitalización en la Historia Clínica
Exclusiones	
Aclaraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Se considerará válido si el Informe de Alta se encuentra en la Historia Clínica, tanto en formato papel como electrónico. • Se valorará en cada uno de la presencia o ausencia de las variables consideradas de obligado cumplimiento según la normativa vigente.
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	<p>El Informe de Alta Hospitalaria (IAH) tiene múltiples utilidades entre las cuales merece destacar su uso a nivel clínico, de gestión, investigación, legal y para el análisis de la calidad de la asistencia. Constituye además la fuente fundamental de información para la obtención de las bases de datos clínico administrativas tipo CMBD, a partir de las cuales se elaboran los GRD's y otros sistemas de clasificación de pacientes.</p> <p>La ausencia o el incumplimiento en los niveles de calidad de los IAH, hacen imposible o muy ineficiente la evaluación de la práctica clínica, dado que obligan a la revisión de la historia clínica completa del paciente.</p>
Origen del indicador	Elaboración propia a partir de la legislación vigente.
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. • Orden de 6 de septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo por la que se regula la obligatoriedad del Informe de Alta. BOE nº 221 de 14 de septiembre de 1984; 26.685-26.686. • Zambrana JL, Fuentes F, Martín MD, Díez F, Cruz G. Calidad de los informes de alta hospitalaria de los servicios de medicina interna de los hospitales públicos de Andalucía. Rev Calidad Asistencial 2002;17(8):609-12.



5.- ANEXOS

ANEXO 1: ACRÓNIMOS

Acrónimo	Significado
AAS	Ácido Acetil Salicílico
ACC	American College of Cardiology
AEC	Asociación Española de Cirujanos
AHA	American Heart Association
AHRQ	Agency for Healthcare Research an Quality
AIAQS	Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya
AMCA	Asociación Madrileña de Calidad Asistencial
AP-GRD's	All Patient-GRD's
ARA-II	Antagonistas del receptor de la angiotensina
AVCA	Asociación Vasca para la Calidad Asistencial
BSA	Badalona Serveis Assistencials
CDM	Categoría Diagnóstica Mayor
CG	Contrato de Gestión
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CMBD	Conjunto Mínimo de Bases de Datos
DCI	Documento de Consentimiento Informado
ECG	Electrocardiograma
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica



ETE	Enfermedad Tromboembólica
GRDs	Grupos Relacionados con el Diagnóstico
HCQIP	Health Care Quality Improvement Program
IAH	Informe de Alta Hospitalaria
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
IC	Insuficiencia Cardíaca
IECA	Inibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina
SACA	Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial
SADECA	Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial
SCA	Síndrome Coronario Agudo
SCLM	Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla-La Mancha
SCQA	Sociedad Catalana de Calidad Asistencial
SECOT	Sociedad Española Cirugía Ortopédica y Traumatología
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SEMES	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
SEMICYUC	Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias
SEN	Sociedad Española de Neurología
SEOM	Sociedad Española de Oncología Médica
SEPAR	Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOGALCA	Sociedad Gallega de Calidad Asistencial
SOMUCA	Sociedad Murciana de Calidad Asistencial



SOMUCOT	Sociedad Murciana de Cirugía Ortopédica y Traumatología
SOVCA	Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial
SRS	Servicio Regional de Salud
SUH	Servicio de Urgencias Hospitalarias
TEV	Tromboembolismo Venoso
UPP	Úlcera por presión



ANEXO 2: CONTRATOS DE GESTIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Andalucía:

- Servicio Andaluz de Salud. Contrato Programa 2010-2013. Consejería de Salud, Junta de Andalucía 2010.
- Consejería de Salud. Contrato Programa Consejería de Salud-Servicio Andaluz de Salud 2010-2013, 2010.

Aragón

- Aragón. Anexo VI. Definición Indicadores Atención Especializada.
- Contrato Programa 2010 Sector Teruel.

Cantabria:

- Servicio Cántabro de Salud. Gobierno de Cantabria. Contrato de Gestión 2010 Hospital Comarcal de Laredo. Gobierno de Cantabria 2010.
- Servicio Cántabro de Salud. Contrato de Gestión 2010 Hospital Comarcal de Sierrallana. Gobierno de Cantabria 2010.
- Servicio Cántabro de Salud. Contrato de Gestión 2010 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Gobierno de Cantabria 2010.

Castilla-La Mancha:

- Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Contrato de Gestión 2010.

Cataluña:

- Servei Català de la Salut. Compra de Serveis 2010. Contractes D'Atenció Especialitzada. Compra de serveis 2010. Contractes d'atenció especialitzada. Annex 1. Objectius comuns i específics dels contractes
- Compra de serveis 2010. Contractes d'atenció especialitzada. Annex 2. Indicadors d'avaluació dels objectius comuns i específics dels contractes. 2010
- Servei Català de la Salut. Compra de Serveis 2011. Contractes D'Atenció Especialitzada.

Comunidad de Madrid:

- Servicio Madrileño de Salud 2010. Subdirección de Calidad. Objetivos e Indicadores para Hospitales Año 2010.
- Subdirección de calidad. Objetivos e indicadores para hospitales año 2010. Madrid.

Comunidad Valenciana:

- Agència Valenciana de Salut. Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana. Acuerdo de Gestión del Departamento de Salud - 2010.
- Agència Valenciana de Salut. Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana. Acuerdo de Gestión del Departamento de Salud de Vinaròs -2010.

Extremadura:

- Servicio Extremeño de Salud. Contrato de Gestión 2010. Dirección-Gerencia del SES. 2010.
- Anexo: Objetivos de Calidad del Contrato de Gestión del Servicio Extremeño de Salud. 2010.

Galicia:

- Servizo Galego de Saúde. Acordo de Xestión 2010. Xerencia Atención Primaria Lugo, Hospital Xeral Calde, Hospital da Costa, Hospital de Monforte. Servizo Galego de Saúde 2010.



- Indicadores del Cuadro de Mando de hospitalización de agudos. Galicia.
- Bibliografía Servei de Salut. Govern de Les Illes Balears. Contracte de Gestió de 2010.

País Vasco:

- Contratos Programa. 2010. Manual de evaluación. Anexo II. Hospitales de Agudos. Gobierno Vasco.

Principado de Asturias:

- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Sistema de información normalizada de objetivos de calidad. Sinoc-Hospitales (módulos). 2010.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Contrato de Gestión 2010. Entre el Servicio de Salud del Principado de Asturias y la Gerencia de Atención Especializada del Área Sanitaria IV.

Región de Murcia:

- Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia. Contrato de Gestión 2010. Gerencia del Área I – Murcia Oeste. 2010.
- Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia. Indicadores Calidad percibida en urgencias. Contrato Gestión 2010.

ANEXO 3: PLANES DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Junta de Andalucía. III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Gobierno Vasco. Políticas de Salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010. 1ª ed. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad; 2002.

Junta de Extremadura. Plan de Salud de Extremadura 2009-2012. 1ª ed. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación; 2009.

Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010. Consejería de Sanidad; 2002.

Generalitat Valenciana. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009. Documento para el debate público. Conselleria de Sanidad.

Gobierno de Navarra. Plan de Salud de Navarra 2006-2012. Consejería de Salud; 2007.

Gobierno de Canarias. III Plan de Salud de Canarias 2010-2015. Para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias; 2010.

Generalitat de Catalunya. Plan de Salud de Cataluña en el horizonte 2010. Los 5 ejes estratégicos que articulan las políticas de salud. Departament de Salut.

Región de Murcia. Plan de Salud 2010-2015. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2010.

