



METODOLOGÍA DEL ATLAS UTILIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE DUDOSO VALOR

Este Atlas sobre la variación en el uso de procedimientos de dudoso valor sigue esencialmente la metodología desarrollada en ediciones previas del Atlas de Variaciones en la Práctica Médica. En este artículo se describen aquellos elementos diferenciales; en particular, la metodología seguida para definir los procedimientos de bajo valor, la definición operativa de cada uno de los indicadores que componen el Atlas, y el modo en el que se reporta el exceso de uso de procedimientos de dudoso valor, tanto en el ámbito geográfico (área sanitarias) como hospitalario.

Citar como: García-Armesto S, Angulo-Pueyo E, Martínez-Lizaga N, Comendeiro-Maaløe M, Seral-Rodríguez M, Bernal-Delgado E, por el grupo Atlas VPM. Metodología Atlas de variaciones en la práctica médica en utilización de procedimientos de dudoso valor. Julio 2016; Variaciones en la Práctica Médica (VPM): Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud - Instituto Investigación Sanitaria Aragón.
Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/desinversion>

Identificación de los procedimientos de dudoso valor

La identificación, selección y definición de los procedimientos de escaso valor, y la determinación, en los casos pertinentes, de las alternativas más coste-efectivas, se realizó de manera conjunta entre el grupo AtlasVPM y las agencias de evaluación de tecnología sanitaria de Andalucía (AETSA), Cataluña (AQUAS), Galicia (Avalia-t), País Vasco (Osteba) y Aragón (IACS). El proceso constó de las siguientes fases: 1) Revisión de la literatura; 2) Elaboración de un listado preliminar de procedimientos de dudoso valor; 3) Codificación de los procedimientos escogidos y construcción de los indicadores; y 4) Validación empírica de los indicadores definidos.

La revisión bibliográfica incluyó tres tipos de fuente de evidencia: 1) Listas internacionales de tecnologías de escaso o dudoso valor publicadas: Australia y Nueva Zelanda^{1,2} Inglaterra^{3,4,5} y

¹ Elshahug AG, Watt AM, Mundy T, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. Medical Journal of Australia, 2012; 197(10): 556-560.



Estados Unidos^{6,7}; 2) Listas nacionales de tecnologías de escaso o dudoso valor publicadas: Guías, protocolos y recomendaciones de uso de la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Andalucía⁸, aportaciones del grupo de expertos clínicos consultados en Baleares, listado identificado en la cartera de servicios de SESCO⁹, recomendaciones del Essencial de la AQUAS de Cataluña¹⁰ y revisión de los informes y evaluaciones realizados en la extinta unidad de evaluación de tecnología Laín Entralgo; y 3) Recomendaciones negativas presentes en estrategias nacionales de salud (incorporando alternativas propuestas) siempre que fuesen susceptibles de registro en el CMBD al alta hospitalaria.¹¹

La síntesis de esta evidencia dio lugar a un listado 59 procedimientos de dudoso valor que podían clasificarse en: procedimientos obsoletos o superados por alternativa más efectiva/coste-efectiva (31), procedimientos de dudoso valor cuando se utilizan fuera de su indicación principal (17) y procedimientos para los que la evidencia de efectividad es todavía insuficiente (11).

Con el consejo de expertos clínicos y codificadores se elaboró la definición operativa (CIE 9 CM) que resultaba más coherente con el constructo que se pretende medir (bajo valor). Este proceso de validación de constructo acabó reduciendo la lista original a un conjunto de 17 procedimientos.

El proceso de definición de indicadores terminó con la validación empírica de las definiciones propuestas. Esta validación permitió determinar si aquéllas presentaban problemas de variación atribuibles a estilos de codificación o adolecían de falta de sensibilidad para detectar diferencias entre áreas. Los resultados de esta validación se presentaron mediante informes individuales a

² Review of MBS Items for specific ophthalmology services under the MBS Quality Framework. Canberra, ACT: Commonwealth of Australia

³ Reducing spending on low clinical value treatments. Audit Commission. Health briefing, April 2011. [http://archive.audit-](http://archive.audit-commission.gov.uk/auditcommission/sitecollectiondocuments/Downloads/20110414reducingexpenditure.pdf)

[commission.gov.uk/auditcommission/sitecollectiondocuments/Downloads/20110414reducingexpenditure.pdf](http://archive.audit-commission.gov.uk/auditcommission/sitecollectiondocuments/Downloads/20110414reducingexpenditure.pdf)

⁴ Informes de la Audit Commission <https://www.gov.uk/government/organisations/audit-commission>

⁵ Rightcare <http://www.rightcare.nhs.uk/>

⁶ Choosing wisely <http://www.choosingwisely.org/>

⁷ Prasad V, Vandross A, Toomey C, Cheung M, Rho J, Quinn S et al A decade of reversal: an analysis of 146 contradicted medical practices. *Mayo Clin Proc.* 2013 Aug;88(8):790-8. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.05.012. Epub 2013 Jul 18

⁸ <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/aetsa/pagina.asp?id=2>

⁹ <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=993a9b1d-7aed-11e4-a62a-758e414b4260>

¹⁰ <http://essentialsalut.gencat.cat/es>

¹¹ <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec00.htm>



cada una de las comunidades autónomas participantes en el proyecto, quienes aportaron información útil para refinar los indicadores.

Como consecuencia se refinaron algunas definiciones y se desecharon algunos indicadores al sospecharse que no se podía medir su utilización de manera fiable debido a problemas de subregistro (e.g. artroscopia articular, crioterapia, cerclaje escleral, cirugía para el tratamiento del glaucoma) o a falta de precisión en la definición CIE-9.

Tras la segunda ronda de validación, se seleccionaron los 13 procedimientos que componen este Atlas cuya definición se detalla en el anexo de este documento.

Fuentes de datos

Numerador: Los episodios correspondientes a procedimientos de dudoso valor se extrajeron del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) de las 17 Comunidades Autónomas (CCAA) participantes en el Proyecto Atlas VPM. En este atlas se consideran todos los episodios de hospitalización y de cirugía mayor ambulatoria (CMA) ocurridos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud entre 2003 y 2014.

Es conveniente mencionar algunas particularidades a la hora de identificar los casos que se atribuyen al numerador de las tasas. En primer lugar, la información sobre altas financiadas públicamente en centros de titularidad privada se recoge de forma irregular entre Comunidades Autónomas a lo largo del período de estudio. Este fenómeno puede influir en el recuento final de casos, con tasas relativamente más altas en lugares donde el uso de proveedores privados es mayor o la notificación de este tipo de actividad es más detallada. En sentido contrario, áreas con menor contribución del sector privado o sub-notificación de casos, se pueden encontrar tasas bajas de uso de procedimientos de bajo valor. En todo caso, y de acuerdo con la Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (2013) la proporción de altas hospitalarias financiadas públicamente en proveedores privados supuso alrededor del 5% de las altas totales financiadas públicamente, con un rango entre el 0,1% en Cantabria al 26% en Canarias. El mayor impacto esperado podría observarse en las CCAA de Canarias, Murcia y Asturias que presentan el 26%, 12,6% y 12,4% del total de las altas financiadas públicamente respectivamente.



En segundo lugar, el CMBD al alta hospitalaria en Galicia no incluye los casos de CMA, lo que puede producir tasas artificialmente más bajas en los procedimientos que en este Atlas se realizan primordialmente mediante ese mecanismo.

Por último, en el País Vasco, las intervenciones de dedo en gatillo y drenaje timpánico pueden resultar subestimadas al ser realizadas en dependencias extra-hospitalarias que no registran su actividad en el CMBD al alta hospitalaria.

Denominador: En los análisis de área sanitaria, la población utilizada en la estandarización y cálculo de los denominadores de los indicadores procede de la actualización anual de los padrones municipales publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) entre los años 2003 a 2014.

Conviene recordar que aunque la amplia cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud permite cierta equivalencia entre población censal y población asegurada, existe un desajuste con las personas aseguradas por mutualidades públicas (básicamente, funcionarios del Estado, militares y algunos otros asegurados por MUFACE, MUGEJU e ISFAS) que quedan incluidos en el denominador censal, pero sus casos sólo se recogen en el numerador si fueron ingresados en hospitales del SNS. Si las personas aseguradas en dichos esquemas tuviesen preferencia por la atención en proveedores privados, se subestimarían las hospitalizaciones en las áreas con mayor número de beneficiarios de las citadas mutualidades.

En cuanto a los indicadores obstétricos, tanto en el análisis por área sanitaria como en el hospitalario, el denominador de las tasas estuvo compuesto por los partos totales y vaginales definidos mediante códigos DRG determinados por el agrupador AP_GRD 27.0 (01/01/2010).

En la tabla 1 se detalla para 2014, el número de casos identificados para cada uno de los indicadores (numerador de las tasas), la población a riesgo considerada (denominador de las tasas), la tasa para el conjunto de las 203 áreas sanitarias, las tasas estandarizadas mínima y máxima y rango de variación para cada uno de los procedimientos analizados.



Tabla 1. Utilización de los procedimientos de escaso valor en 2014: población a riesgo, número de casos, tasas y estadísticos de variabilidad para cada indicador

	Obstetricia		Pediatria			Cirugía de la mano		Ginecología		Cirugía cardiaca		Cirugía cerebrovascular	
	Cesárea partos bajo riesgo	Episiotomía	Adenoidectomía	Amigdalectomía	Drenaje timpánico	Túnel carpiano	Dedo Gatillo	Legrado	Histerectomía	Ablación	Clip mitral	Clip Aneurisma	Bypass ictus
	Partos bajo riesgo	Partos Vaginales	Población < 20 años			Población + 15 años		Mujeres + 15 años		Población+ 15 años		Población + 15 años	
Población a riesgo	83028	250954	9,15 mill			39,6 mill		23,3 mill		39,6 mill		39,6 mill	
Casos	13076	62741	10861	14447	10225	35541	8076	7305	325	5241	134	227	24
TC	15.75	25.00	11.87	15.79	11.18	8.98	2.04	3.60		1.32			
TE min	0.00	2.38	0.00	1.05	0.00	0.00	0.00	0.00		0.00			
TE max	48.51	73.02	35.91	76.68	41.34	26.68	14.68	57.13		3.67			
RV ₅₋₉₅	4.45	7.18	8.37	8.66	9.93	26.10	0.00	39.72		10.54			
RV ₂₅₋₇₅	1.92	1.87	2.06	2.17	2.39	1.99	4.71	4.76		2.49			

Mill: millones; TC: Tasa cruda; TE min: Tasa estandarizada mínima; TE max: tasa estandarizada máxima; RV₅₋₉₅: Rango de variación entre el percentil 5 y 95; RV₂₅₋₇₅: Rango de variación entre el percentil 25 y 75.



Unidades de análisis

En este Atlas se describen procedimientos referidos a área sanitaria de residencia e indicadores referidos a hospital de tratamiento.

A. Áreas sanitarias. En esta edición del Atlas han participado 203 áreas geográficas que responden a la organización territorial establecida por las respectivas administraciones sanitarias autonómicas y cubren todo el territorio nacional, exceptuando las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

Los episodios se asignan al área de residencia del paciente y se computan con independencia del lugar, área o comunidad autónoma de hospitalización. En este sentido, el análisis realizado compara la exposición a la cirugía de las poblaciones que residen en diferentes territorios antes que las pautas de ingreso utilizadas por los hospitales, aunque obviamente unas y otras están muy relacionadas. El método utilizado ha sido descrito previamente por el grupo Atlas de Variaciones de la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud.¹² En conjunto se asignaron el 99% de las altas sanitarias al área de origen del paciente, desde el 97,3 en Baleares al 99,5 de Navarra (tabla 2).

B. Centros Hospitalarios. En esta edición del Atlas, el centro hospitalario fue utilizado como unidad complementaria de análisis para el caso de los procedimientos obstétricos de dudoso valor. Con objetivo de evitar “ruido estadístico” se excluyeron del análisis todos aquellos centros hospitalarios que, para el año de estudio, registraron un volumen inferior a 30 partos de bajo riesgo cuando se analizó la tasa de cesáreas, e inferior a 30 partos vaginales cuando se analizó la episiotomía. Esta condición hace que el valor que aparece referenciado como “total de casos” pueda variar con el mismo dato que informa el indicador con perfil geográfico, al tiempo que el número de hospitales incluidos pueda variar ligeramente según el año de estudio.

¹² Tebé C, Martínez N, Ibañez-Beroiz B, Ridaio M, Librero-López J, Bernal-Delgado E y Atlas VPM. Metodología del Atlas de variaciones en el manejo de la enfermedad cerebrovascular isquémica. Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud. 2013; 5(1):418-24.



Tabla 2. Calidad de la asignación de pacientes a su área de residencia. CMBD 2010-2014

CCAA	TOTAL CMBD	RESIDENCIA INCOMPLETA (%)	RESIDENCIA DESCONOCIDA (%)	INCOMPLETOS REASIGNADOS (%)	TOTAL ASIGNADOS (%)
Andalucía	2881494	10122 0.4%	4717 0.2%	1748 0.1%	2865592 99.4%
Aragón	706719	30374 4.3%	13492 1.9%	26045 3.7%	697393 98.7%
Asturias	546341	36731 6.7%	2095 0.4%	34773 6.4%	542286 99.3%
País Vasco	1028206	18163 1.8%	224 0.0%	2523 0.2%	1011255 98.4%
Valencia	2203107	3723 0.2%	8634 0.4%	1281 0.1%	2191264 99.5%
Cataluña	2975296	32298 1.1%	1471 0.0%	10056 0.3%	2939595 98.8%
Canarias	648940	51740 8.0%	2632 0.4%	50480 7.8%	644662 99.3%
Navarra	300858	4491 1.5%	455 0.2%	3387 1.1%	299285 99.5%
Murcia	701270	6099 0.9%	6532 0.9%	0 0%	695155 99.1%
Baleares	429358	23661 5.5%	9626 2.2%	21527 5.0%	417590 97.3%
Galicia	974874	5410 0.6%	13650 1.4%	4187 0.4%	959044 98.4%
Extremadura	630966	2026 0.3%	7352 1.2%	1192 0.2%	622780 98.7%
La Rioja	172466	5593 3.2%	31 0.0%	1526 0.9%	168368 97.6%
Cantabria	261494	15753 6.0%	570 0.2%	10642 4.1%	255813 97.8%
Castilla la Mancha	963779	20266 2.1%	212 0.0%	15527 1.6%	958719 99.5%
Madrid	2901236	53415 1.8%	21136 0.7%	52471 1.8%	2872754 99.0%
Castilla León	1506855	20079 1.3%	883 0.1%	7904 0.5%	1493451 99.1%
Total	19833259	339944 1.7%	93712 0.5%	245269 1.2%	19635006 99.0%

Presentación de Resultados

En el Atlas de Utilización de Procedimientos de Dudoso Valor se distinguen 4 secciones: magnitud de la variación, evolución temporal, perfil de desempeño por área sanitaria y perfil de desempeño por hospital. Los detalles de interpretación referidos a cada sección se encuentran disponibles on-line en www.atlasvpm.org/desinversion. En esta sección se detallan las principales características.

■ Magnitud de la variación

En esta sección se diferencia el reporte de procedimientos infrecuentes de la representación de procedimientos frecuentes. Para describir la utilización los procedimientos infrecuentes (histerectomía, clip mitral, clip de aneurisma y by-pass para la prevención del ictus) se ha



presentado el número de casos ocurridos por hospital en cada una de las áreas sanitarias. En el caso de los procedimientos frecuentes (cesáreas en partos de bajo riesgo, episiotomía, adenoidectomía, amigdalectomía, drenaje timpánico, cirugía del túnel carpiano, dedo gatillo, legrado y ablación cardíaca) se han representado las tasas estandarizadas y el exceso de casos respecto al percentil 25 en cada una de las áreas sanitarias.

Las tasas estandarizadas por edad y sexo, se calcularon mediante el método directo, utilizando la población censal de 2014 como referencia. Las tasas estandarizadas pueden interpretarse como las tasas que tendrían las respectivas áreas si todas tuvieran una población con la distribución de edad y sexo de la población española de 2014. En el caso de los indicadores obstétricos, en lugar de la población censal se utilizó el número de los partos totales y vaginales definidos mediante códigos DRG. Una vez calculadas, las tasas estandarizadas de las 203 áreas sanitarias se distribuyeron en quintiles y se representaron en el mapa, correspondiendo los colores más oscuros a las tasas más altas. En la leyenda se indica el rango de tasas que abarca cada quintil.

En esta edición del Atlas se muestra también el impacto en número absoluto de intervenciones de bajo valor en términos de exceso de casos observados en un área con respecto a lo que se esperaría si tuviese el desempeño de las áreas que ocupan el percentil 25 de la distribución de tasas. Para determinar los casos esperados para cada área, las tasas específicas por edad y sexo en las áreas del percentil 25 se multiplicaron por la población de cada estrato en cada área – método semejante a la estandarización indirecta que se realiza habitualmente en otras ediciones del Atlas. En cuanto a su representación gráfica, el mapa representa la diferencia entre los casos observados y los esperados calculados según el método descrito. Las áreas presentan un color azul más o menos intenso dependiendo de la magnitud de dicha diferencia. En blanco aparecerán las áreas con tasas menores o no significativamente distintas al comportamiento de las áreas del percentil 25.

■ Evolución temporal

En este apartado se muestra la evolución de la utilización de los procedimientos de dudoso valor más frecuentes a lo largo del período 2003-2014. Se han representado las tasas estandarizadas por edad y sexo mediante el método directo, utilizando la población censal de 2003 como referencia. Las líneas naranjas muestran la evolución de las tasas de las áreas seleccionadas. La línea roja representa la evolución de la tasa en el percentil 25 a lo largo del período.



■ Perfil de área sanitaria

Este gráfico permite comparar el comportamiento de todos los indicadores de procedimientos frecuentes en una misma área sanitaria. En el gráfico, la tasa estandarizada de cada indicador (simbolizado por un círculo coloreado) se localiza en una barra que representa la distribución de tasas dividida en los 5 quintiles pintados en distintas gamas de grises y limitada por la tasa mínima y máxima.

Si la tasa es inferior al valor del percentil 25 (representado por una línea vertical roja), el área forma parte de las áreas de referencia (círculos verdes); si su valor no es significativamente distinto al del percentil 25 (debido a que el p25 se encuentra dentro de su intervalo de confianza) se considera que el área tiene una tasa aceptable (círculos naranjas); finalmente, si la tasa es mayor que la tasa de referencia y estadísticamente distinta (círculos rojos), su desempeño es mejorable.

La tabla en el gráfico muestra también el exceso de casos respecto a la tasa del percentil 25.

■ Perfil de Centro hospitalario

La variabilidad en la intensidad de uso de los procedimientos obstétricos de dudoso valor se estudió analizando los resultados de la tasa de utilización intrahospitalaria, ajustada a la edad de la mujer, para cada uno de los hospitales. Para la estimación de los “valores esperados”, se especificó un modelo de regresión logística multinivel, cuya variable dependiente es la “realización” o “no realización” del procedimiento que se analiza y cuya variable de “estandarización” es la edad de la mujer.

Al igual que en el caso de análisis geográfico a nivel de área sanitaria, se estableció como umbral de referencia el percentil 25 de la distribución de tasas para el conjunto de los hospitales del sistema. Si la tasa intrahospitalaria ajustada de un hospital resultó, en términos estadísticos, significativamente inferior al valor de referencia, el hospital presentó una tasa de utilización óptima (círculo verde). Si el valor de su tasa no resultó significativamente distinta, se asumió que el hospital tuvo una tasa de utilización aceptable (círculo naranja claro); finalmente, si la tasa ajustada fue significativamente mayor, la tasa de utilización de ese hospital se consideró mejorable si se encontraba por encima del límite de confianza del 95% (círculo naranja oscuro) o muy mejorable cuando estaba por encima del límite de confianza del 99% (círculo rojo).



ANEXO

Definición y codificación CIE-9 MC de procedimientos de escaso valor

A. OBSTETRICIA

- 1. CESÁREAS EN CONDICIONES DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO 11
- 2. EPISIOTOMÍA 12

B. PEDIATRÍA

- 3. ADENOIDECTOMÍA 12
- 4. AMIGDALECTOMÍA CON/SIN ADENOIDECTOMÍA 12
- 5. DRENAJE TIMPÁNICO (GROMMETS) 12

C. CIRUGÍA DE LA MANO

- 6. LIBERACIÓN DEL TÚNEL CARPIANO 13
- 7. CIRUGÍA DEL DEDO GATILLO 13

D. GINECOLOGÍA

- 8. HISTERECTOMÍA COMO PRIMERA LÍNEA DEL TRATAMIENTO DE LA METRORRAGIA 13
- 9. LEGRADO COMO DIAGNÓSTICO 13

E. CIRUGÍA CARDIACA

- 10. ABLACIÓN CARDÍACA 14
- 11. CLIP MITRAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA MITRAL 14

F. CIRUGÍA CEREBROVASCULAR

- 12. BY-PASS PARA LA PREVENCIÓN DE ICTUS 14
- 13. CLIP PARA EL TRATAMIENTO DE ANEURISMA SUBARACNOIDEO 14



A. OBSTETRICIA

1. CESÁREAS EN CONDICIONES DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

Porcentaje de cesáreas en condiciones de bajo riesgo obstétrico respecto a los partos de bajo riesgo obstétrico

NUMERADOR: altas de mujeres entre 15 y 55 años con un procedimiento de cesárea (códigos CIE-9: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99) y excluyendo aquellos casos que presenten un diagnóstico¹³ y/o procedimiento¹⁴ que indique embarazo o parto de riesgo.

¹³ Diagnósticos CIE-9 excluidos:

Hemorragia anteparto, desprendimiento de placenta y placenta previa: 641.11 641.21 641.31 641.81 641.91

Hipertensión que complica embarazo, parto y puerperio: 642.01, 642.51, 642.61, 642.71,

Parto prematuro o amenaza de parto prematuro: 644.20, 644.21

Otras complicaciones del embarazo: 646.61

Otras enfermedades o estados de la madre que complican el embarazo, parto y puerperio: 649.8

Embarazo múltiple: 651.00, 651.01, 651.03, 651.10, 651.11, 651.13, 651.20, 651.21, 651.23, 651.30, 651.31, 651.33, 651.40, 651.41, 651.43, 651.50, 651.51, 651.53, 651.60, 651.61, 651.63, 651.80, 651.81, 651.83, 651.90, 651.91, 651.93

Situación y presentación anómala del feto: 652.20, 652.21, 652.23, 652.30, 652.31, 652.33, 652.40, 652.41, 652.43, 652.60, 652.61, 652.63, 652.71

Anomalías de los órganos y tejidos blandos de la pelvis: 654.01, 654.11, 654.20, 654.21, 654.23, 654.31, 654.41, 654.51, 654.61, 654.71

Otros problemas fetales y de placenta conocidos o sospechados que afectan al tratamiento de la madre: 656.31, 656.40, 656.41, 656.43, 656.81

Problemas asociados con la cavidad y membranas amnióticas: 658.11, 658.21

Otras indicaciones de cuidados o intervenciones relacionadas con el trabajo de parto y el parto, no clasificadas bajo otros conceptos: 659.01, 659.11, 659.31,

Parto obstruido: 660.01, 660.11, 660.21, 660.31, 660.41, 660.50, 660.51, 660.53, 660.61, 660.71, 660.81, 660.91

Parto prolongado: 662.30, 662.31, 662.33

Complicaciones del cordón umbilical: 663.01, 663.11, 663.21

Trauma obstétrico: 665.01, 665.11, 665.31

Complicaciones de la administración de anestesia u otro tipo de sedación durante el parto: 668.10, 668.11, 668.13

Otras complicaciones del parto no clasificadas bajo otros conceptos: 669.01 669.11 669.61

Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]: 042

¹⁴ Procedimientos CIE-9 excluidos:

Procedimientos para la inducción o asistencia al parto: 72, 73.2, 73.3, 73.8, 73.9, 75.0-75.33, 75.35-75.38, 75.4-75.9

Histerotomía para terminar embarazo 74.91



DENOMINADOR: partos totales definidos por los DRG: 370, 371 372, 373, 374, 375, 650, 651, 652, excluyendo aquellos casos que presenten un diagnóstico¹³ y/o procedimiento¹⁴ que indique embarazo o parto de riesgo

2. EPISIOTOMÍA

Porcentaje de episiotomías sobre el total de partos vaginales

NUMERADOR: altas de mujeres entre 15 y 55 años con un procedimiento de episiotomía acompañado o no de instrumentación (códigos CIE-9: 73.6, 72.1, 72.21, 72.31, 72.71)

DENOMINADOR: partos vaginales definidos por los DRG: 372, 373, 374, 375, 652

B. PEDIATRÍA

3. ADENOIDECTOMÍA

Tasa de adenoidectomía por 10.000 habitantes menores de 20 años

NUMERADOR: altas de niños menores de 20 años con un procedimiento de adenoidectomía (códigos CIE-9: 28.6). Se excluyen los casos con diagnósticos de apnea del sueño obstructiva y perturbaciones del sueño (códigos CIE-9: 327.23 y 780.5).

DENOMINADOR: población menor de 20 años

4. AMIGDALECTOMÍA CON/SIN ADENOIDECTOMÍA

Tasa de amigdalectomía acompañada o no de adenoidectomía por 10.000 habitantes menores de 20 años

NUMERADOR: altas de niños menores de 20 años con un procedimiento de acompañada o no por adenoidectomía (códigos CIE-9: 28.2, 28.3). Se excluyen los casos con diagnósticos de apnea del sueño obstructiva y perturbaciones del sueño (códigos CIE-9: 327.23 y 780.5).

DENOMINADOR: población menor de 20 años

5. DRENAJE TIMPÁNICO (GROMMETS)

Tasa de miringotomía con inserción de tubo por 10.000 habitantes menores de 20 años

NUMERADOR: altas de niños menores de 20 años con un procedimiento de miringotomía con inserción de tubo (códigos CIE-9: 20.01)

DENOMINADOR: población menor de 20 años



C. CIRUGÍA DE LA MANO

6. LIBERACIÓN DEL TÚNEL CARPIANO

Tasa de cirugía para la liberación del túnel carpiano por 10.000 habitantes mayores de 15 años

NUMERADOR: altas de pacientes mayores de 15 años con un procedimiento de liberación del túnel carpiano (códigos CIE-9: 04.43) y diagnóstico de síndrome del túnel carpiano (códigos CIE-9: 354.0)

DENOMINADOR: población mayor de 15 años

7. CIRUGÍA DEL DEDO GATILLO

Tasa de cirugía del dedo gatillo por 10.000 habitantes mayores de 15 años

NUMERADOR: altas de pacientes mayores de 15 años con un procedimiento quirúrgico de dedo gatillo (códigos CIE-9: 82.01, 82.91, 82.11, 82.21, 82.33, 83.42) y diagnóstico de dedo gatillo adquirido (códigos CIE-9: 727.03)

DENOMINADOR: población mayor de 15 años

D. GINECOLOGÍA

8. HISTERECTOMÍA COMO PRIMERA LÍNEA DEL TRATAMIENTO DE LA METRORRAGIA

Tasa de histerectomías como tratamiento de metrorragia por 10.000 mujeres mayores de 15 años

NUMERADOR: altas programadas de mujeres mayores de 15 años con diagnóstico primario de metrorragia (códigos CIE-9: 626.2-626.9, 627.0, 627.1) y procedimiento de histerectomía (códigos CIE-9: 68.3-68.9). Se excluyen los casos que presenten diagnósticos de neoplasia uterina (códigos CIE-9: 179, 180, 182, 183, 184, 233.1, 233.2, 233.3).

DENOMINADOR: mujeres mayores de 15 años

9. LEGRADO COMO DIAGNÓSTICO

Tasa de legrados con fines diagnósticos por 10.000 mujeres mayores de 15 años

NUMERADOR: altas de mujeres mayores de 15 años con un procedimiento de legrado como diagnóstico (códigos CIE-9: 69.09, 69.59)

DENOMINADOR: mujeres mayores de 15 años



E. CIRUGÍA CARDIACA

10. ABLACIÓN CARDÍACA

Tasa de ablación cardíaca por 10.000 habitantes mayores de 15 años

NUMERADOR: altas de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de fibrilación y flutter auricular (códigos CIE-9: 427.3) y procedimiento de ablación cardíaca (códigos CIE-9: 37.33, 37.34, 37.36, 37.37). Se excluyen aquellos episodios en los que haya otros procedimientos de cirugía cardíaca concomitantes (códigos CIE-9: 35, 37.32, 37.35, 37.4)

DENOMINADOR: población mayor de 15 años

11. CLIP MITRAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA MITRAL

Tasa de inserción de clip para el tratamiento de la insuficiencia mitral por 10.000 habitantes mayores de 15 años

NUMERADOR: altas de pacientes mayores de 15 años con procedimiento de inserción de clip (códigos CIE-9: 35.97)

DENOMINADOR: población mayor de 15 años

F. CIRUGÍA CEREBROVASCULAR

12. BY-PASS PARA LA PREVENCIÓN DE ICTUS

By pass intracraneal para reducir el riesgo de ictus isquémico por 10.000 habitantes mayores de 15 años

NUMERADOR: altas de pacientes mayores de 15 años con un procedimiento de derivación vascular extra-craneal-intracraneal (códigos CIE-9: 39.28)

DENOMINADOR: población mayor de 15 años

13. CLIP PARA EL TRATAMIENTO DE ANEURISMA SUBARACNOIDEO

Tasa de inserción de clip para el tratamiento de aneurisma subaracnoideo por 10.000 habitantes mayores de 15 años

NUMERADOR: altas de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea y aneurisma cerebral no roto (códigos CIE-9: 430, 437.3) y procedimiento de inserción de clip (códigos CIE-9: 39.51)

DENOMINADOR: población mayor de 15 años