

Indicadores de coordinación asistencial entre niveles de atención

Documento de trabajo

La relación entre continuidad y coordinación entre niveles asistenciales en diferentes entornos sanitarios (PI10/00348)

Versión noviembre 2012



Equipo investigador

Marta Beatriz Aller, M^a Luisa Vázquez, Ingrid Vargas, Hernán Vargas (ConSORCI de Salut i Social de Catalunya)

Jordi Coderch (Serveis de Salut Integrats Baix Empordà)

Sebastià Calero (Institut Català de la Salut)

Josep Ramon Llopart (Badalona Serveis Assistencials)

Lluís Colomé (Grup SAGESSA)

Joan Farré (Parc Sanitari Pere Virgili)

Francesc Cots (Parc de Salut Mar)

Mercè Abizanda (Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal)

Expertos invitados

Joan Miquel Carbonell (Institut Català de la Salut)

Lluís Segú (ConSORCI de Salut i Social de Catalunya)

Josep Jiménez (Servei Català de la Salut)

Citació suggerida:

Aller MB, Vázquez ML, Vargas H, Coderch J, Calero S, Llopart JR, Colomé LI, Farré J, Cots F, Vargas I. Indicadores de coordinación asistencial entre niveles de atención. Documento de trabajo. Versión noviembre 2012. Barcelona. ConSORCI de Salut i Social de Catalunya; 2012. Disponible en: <http://www.consorcio.org/coneixement/cataleg-de-publicacions/80/indicadores-de-coordinacion-asistencial-entre-niveles-documento-de-trabajo>

Versión preliminar - noviembre del 2012

Esta investigación está parcialmente financiada por el Instituto de Salud Carlos III (PI10/00348)

El presente documento muestra resultados preliminares de la investigación, los cuales son previos a la validación definitiva de los indicadores. El conjunto definitivo de indicadores podría ser, por lo tanto, diferente al presentado en este documento.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. Marco de análisis de la coordinación asistencial	3
1.1 Coordinación de información	4
1.2 Coordinación de la gestión.....	4
2. Evaluación de la coordinación asistencial.....	4
MÉTODOS PARA LA IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS INDICADORES	6
1. Revisión bibliográfica.....	6
2. Selección de los indicadores	6
3. Construcción de indicadores	7
4. Validación – <i>en proceso</i>	7
RESULTADOS	9
Identificación de indicadores y selección preliminar	9
Discusión con equipo investigador y grupo de expertos.....	10
Descripción detallada de los indicadores (versión previa a la prueba piloto)	11
1. Indicadores de coordinación de la información	11
1.1 Indicadores de estructura	11
1.2 Indicadores de proceso	13
2. Indicadores de coordinación de gestión.....	20
2.1 Indicadores de proceso	20
3. Indicadores de resultado de la coordinación.....	33

INTRODUCCIÓN

La mejora en la coordinación de los servicios sanitarios se ha convertido en una de las prioridades para responder a los desafíos emergentes en el sector salud (Vázquez ML et al. 2009). Estos desafíos incluyen rápidos avances tecnológicos, cambios en la organización de los servicios de salud, aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y del número de pacientes pluripatológicos, que favorecen que los usuarios sean atendidos por un elevado número de proveedores en organizaciones y servicios distintos y dificulta la conexión de la atención a lo largo del tiempo (Reid et al. 2002).

La falta de coordinación en los servicios de salud se ha asociado con (McDonald et al. 2007; Øvretveit 2009): 1) ineficiencia en la gestión de recursos (duplicación de pruebas e instalaciones, referencias inapropiadas y un aumento en el uso del servicio de urgencias), 2) disminución de la calidad asistencial (errores médicos, prescripción de medicaciones incompatibles o duplicadas, inconsistencias en los planes de atención y diagnósticos erróneos) y 3) pérdida de la continuidad asistencial, que se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias que percibe el paciente a lo largo del tiempo (Reid et al. 2002), es decir, es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del usuario (Reid et al. 2002; Vázquez et al. 2009).

1. Marco de análisis de la coordinación asistencial

La coordinación asistencial se define como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención del paciente, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos (Starfield 2002; Terraza et al. 2006) y se centra en la interacción entre proveedores. Se trata de un proceso complejo que depende del grado de especialización clínica, el nivel y tipo de interdependencias de las actividades asistenciales y el grado de incertidumbre de la atención asociada con la capacidad para procesar información y la variabilidad en la respuesta del paciente (Øvretveit 1995; Shortell et al. 1996). Cuando alcanza su grado máximo, decimos que la atención está integrada (Glendinning et al. 2002).

Se distinguen dos tipos de coordinación: de información y de gestión, definidos por una serie de dimensiones: **la coordinación de información** se define por la transferencia y la utilización de la información, mientras que la **coordinación de gestión** por el seguimiento del paciente y por la coherencia de la atención (Vargas et al. 2012) (tabla 1).

Tabla 1: Tipos de coordinación, dimensiones y ámbito

Tipos	Dimensiones
Coordinación de información	Transferencia de la información
	Utilización de la información
Coordinación de gestión	Seguimiento del paciente
	Coherencia de la atención

Fuente: Vargas et al (Vargas et al. 2012)

1.1 Coordinación de información

Por coordinación de información se entiende la transferencia y el uso de información de episodios anteriores para la atención actual al paciente. La manera en la que los profesionales se transmiten la información es importante para unir los eventos anteriores con los actuales y para adaptar la atención a las necesidades de los pacientes (Reid et al. 2002). La coordinación de información está definida por dos dimensiones: la transferencia y la utilización de información.

- *Transferencia de la información clínica:* es el intercambio de información sobre el paciente entre los distintos servicios y niveles que participan en su atención, mediante mecanismos formales e informales.
- *Utilización de mecanismos de transferencia:* es el uso de la información sobre circunstancias y eventos del paciente atendidos previamente en un nivel asistencial, para orientar las decisiones clínicas sobre un evento actual que recibe atención en otro nivel asistencial.

1.2 Coordinación de la gestión

La coordinación de gestión es la provisión de atención de manera secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención compartido por los diferentes servicios y niveles de atención que participan. La coordinación de la gestión se define a partir de dos dimensiones, el seguimiento del paciente y de la coherencia de la atención.

- *El seguimiento del paciente:* hace referencia al seguimiento adecuado del paciente cuando existen transiciones de un nivel asistencial a otro (por ejemplo, por parte de la primer nivel de atención después del alta hospitalaria o la consulta al especialista)
- *La coherencia de la atención:* implica la existencia de aproximaciones y objetivos de tratamiento similares entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales.

2. Evaluación de la coordinación asistencial

Pese a que la ausencia de coordinación se considera un problema grave y recurrente de los servicios de salud, su evaluación es un apartado poco desarrollado (McDonald et al. 2007; Terraza et al. 2006). Los esfuerzos para medir la coordinación asistencial se han realizado en el marco de la evaluación de intervenciones específicas (Bertrán 2006; McDonald et al. 2010; McDonald et al. 2007), en patologías concretas (McDonald et al. 2010), mediante un número reducido de indicadores y en un único nivel asistencial (McDonald et al. 2010). En nuestro entorno son escasos los estudios que analizan la coordinación asistencial entre niveles (Contel JC 2002; Ortún V. 1998; Terraza et al. 2006; Vázquez ML et al. 2009; Vergeles-Blanca JM 2002). Hasta el momento, se ha avanzado en el análisis de los factores contextuales y organizativos que influyen en la coordinación (Henaó D et al. 2007; Vargas et al. 2008) y se ha realizado una primera aproximación a la generación de indicadores para medir la coordinación asistencial entre niveles a partir de una enfermedad trazadora: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Bertrán 2006).

La evaluación integral de la coordinación entre niveles asistenciales debería tener en cuenta las estructuras que la facilitan, los procesos mediante los cuales tiene lugar, así como sus resultados (Donabedian 1980), tanto en relación a la coordinación de información como de gestión. Los indicadores

de estructura se refieren a la existencia de mecanismos de coordinación que faciliten el intercambio de información y la coordinación de la gestión del paciente entre proveedores. Los indicadores de proceso evaluar la implementación y uso de los mecanismos de coordinación y la realización de las actividades recomendadas (adherencia) para garantizar la consistencia de la atención entre los niveles asistenciales. Finalmente, los indicadores de resultado se refieren a los resultados, tanto clínicos como asistenciales, de la atención (McDonald et al. 2007).

El presente proyecto tiene como finalidad la generación de indicadores dirigidos a evaluar la coordinación asistencial entre niveles, útil para el análisis del desempeño de cualquier sistema de salud que provea un continuo de servicios.

Documento de trabajo

OBJETIVO

Elaborar un conjunto de indicadores de estructura, proceso y resultado de la coordinación asistencial entre niveles, a partir de los existentes o creados de novo, que permitan analizarla en el sistema sanitario catalán.

MÉTODOS PARA LA IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS INDICADORES

El procedimiento seguido para la elaboración del conjunto de indicadores consiste en una búsqueda bibliográfica destinada a identificar instrumentos previos y en la construcción de indicadores para aspectos no representados. El análisis de los atributos de los indicadores y la validación de los mismos se realizará a partir de su discusión con expertos y un piloto en tres entornos sanitarios de Catalunya (actualmente en proceso).

1. Revisión bibliográfica

Tipos de estudios

Estudios en los que se presente el diseño y/o validación de indicadores de coordinación asistencial o estudios en los que se han aplicado indicadores de coordinación. Adicionalmente se han seleccionado informes u otro tipo de documento (literatura gris) en el que se hubieran diseñado o utilizado indicadores de coordinación asistencial.

Estrategia de búsqueda para la identificación de indicadores

Se ha realizado una búsqueda en las siguientes bases de datos bibliográficas electrónicas: Pubmed (Medline), Social Science Citation Index (ISI Web of Knowledge), Science Citation Index (ISI Web of Knowledge), ECONLIT (EBSCO), CINAHL (EBSCO), LILACS (BIREME). La búsqueda fue realizada en mayo de 2011. Las estrategias de búsqueda pueden consultarse en el [anexo 1](#).

Adicionalmente se han analizado los artículos referenciados en las listas de referencias y se han consultado las siguientes organizaciones: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization (PAHO), Physician Consortium for Performance Improvement (PCPI), Joint Commission, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) –incluyendo la Central de Resultados-, El Observatori de Tendències de Serveis de Salut, la Corporación RAND y National Quality Forum (NQF).

Extracción de datos

Para cada conjunto de indicadores preseleccionado se ha extraído información acerca de la población de estudio, la fuente de datos para calcular los indicadores, la disponibilidad de fórmula operativa, el fundamento empleado para el diseño de los indicadores y país donde se diseñaron los indicadores.

2. Selección de los indicadores

Para ser incluidos, los indicadores tenían que medir la coordinación asistencial entre niveles. Se han

priorizado aquellos indicadores que permiten evaluar la coordinación a partir del análisis de la atención recibida a población usuaria, independientemente de su patología, así como aquellos indicadores que fueran medibles a partir de registros y bases de datos electrónicas. Se han eliminado los indicadores redundantes y se han construido nuevos indicadores que miden los aspectos de la coordinación no suficientemente representados en los instrumentos identificados.

3. Construcción de indicadores

Se han elaborado indicadores dirigidos a medir aspectos de la coordinación no representados por los indicadores seleccionados en la etapa previa. En la etapa de construcción ha participado tanto el equipo de investigadores como el grupo de expertos.

4. Validación – en proceso

El proceso de validación se ha diseñado en dos etapas:

- 1) Discusión de los indicadores con el equipo investigador y el grupo de expertos
- 2) Prueba piloto en tres entornos sanitarios del sistema de salud catalán

Se evaluarán los tres atributos descritos por el *Institute of Medicine* (Institute of Medicine 2001), detallados en la tabla 2: 1) importancia para la comprensión del fenómeno de interés, 2) tener la suficiente solidez científica y, finalmente, 3) ser factibles de obtener.

Tabla 2: Características deseables de los indicadores

Nº	Criterios	Características	Explicación
1	Importancia	Impacto en el desempeño	¿Hace referencia a un aspecto relevante de la coordinación asistencial?
		Con significado para los destinatarios de los indicadores (<i>meaningfulness</i>)	¿Están los formuladores de políticas, gestores y/o pacientes preocupados por este aspecto de la atención?
		Susceptibilidad de ser influenciado por el sistema sanitario	¿Puede el sistema de salud, de una manera significativa, dirigirse a este aspecto o problema?
2	Solidez científica	Validez	¿Mide el indicador aquello para lo que se ha diseñado? <i>Validez aparente</i>
		Fiabilidad (<i>reliability</i>)	¿Proporciona el indicador resultados estables en diferentes poblaciones y circunstancias?
		Explicitación de la base de evidencia	¿Existe una base de evidencia que sustente el indicador? <i>Validez de contenido</i>
3	Factibilidad (<i>feasibility</i>)	Evidencia de utilización	¿Se está utilizando la medida?
		Disponibilidad de la información en las organizaciones	¿Es posible recoger la información necesaria para calcular el indicador en una cantidad suficiente y en un tiempo adecuado?
		Coste y carga de medición adecuada	¿Cuánto puede costar recoger la información necesaria para calcular el indicador?
		Capacidad de los datos y del indicador para permitir análisis de subgrupos	¿Puede la medida ser utilizada para comparar diferentes grupos de población o diferentes organizaciones?

Fuente: Adaptado del Institute of Medicine (15)

A partir de la discusión de los indicadores con el equipo investigador y el grupo de expertos se ha evaluado la importancia de los indicadores (su impacto en el desempeño de las organizaciones, el que tengan un significado para los destinatarios de los indicadores y la susceptibilidad de que el sistema sanitario influya en los resultados del indicador) y la solidez científica de los mismos (validez aparente, mediante la discusión de los indicadores con los investigadores y grupo de expertos; explicitación de la base de evidencia que sustenta el estándar de coordinación).

En la prueba piloto se realizará una prueba piloto en la cual se procederá a valorar la estabilidad de los indicadores (fiabilidad) y la factibilidad (disponibilidad de la información necesaria para el cálculo del indicador, coste y carga de la obtención de los datos y capacidad de los datos y del indicador para identificar diferencias entre grupos).

Documento de trabajo

RESULTADOS

Identificación de indicadores y selección preliminar

A partir de la búsqueda en las bases de datos se obtuvieron un total de 867 artículos, sin contar con los artículos duplicados (anexo 1). Se identificaron 11 informes que potencialmente podían aportar indicadores de coordinación asistencial y 18 referencias adicionales a partir de la revisión de las referencias bibliográficas.

Tras la consulta de los indicadores, se seleccionaron 52 conjuntos de indicadores, de los cuales 30 fueron excluidos (20 porque no incluían indicadores, 8 porque no incluían indicadores entre niveles y 2 porque eran revisiones de otros estudios) y 22 preseleccionados. De los 22 conjuntos de indicadores se extrajeron un total de 47 indicadores que fueron discutidos con el grupo de expertos (tabla 3).

Tabla 3: Publicaciones de las cuales se han obtenido los indicadores seleccionados en la primera fase.

Publicación	Población de estudio	País
Head and Neck Cancer Integrated Care Indicators (Ouwens et al. 2009)	Pacientes con cáncer de cuello o cabeza	Holanda
ACOVE-2 (Wegner et al. 2004)	Pacientes ancianos	EEUU
Head and Neck Cancer Integrated Care Indicators (Thomas et al. 2007) (Thomas et al. 2010)	Pacientes con enfermedad cardíaca	EEUU
Preferred measures, National Quality Forum (National Quality Forum 2010)	Pacientes a los que se les ha indicado una biopsia o pacientes que han experimentado un evento isquémico	EEUU
Schizophrenia Quality Indicators for Integrated Care (Hermann et al. 2004)	Pacientes con esquizofrenia	EEUU
Coleman measures of Care Coordination (Coleman et al. 2002)	Ancianos con múltiples patologías crónicas	EEUU
Care Transitions Performance Measurement Set (ABIM Foundation et al. 2009)	Población general que ha sido dada de alta tras un ingreso o atención urgente	EEUU
Physician Performance Measurement Set (American College of Physicians et al. 2010; American College of Physicians et al. 2011)	Pacientes con enfermedad cardíaca (1 ind) o melanoma (2 ind)	EEUU
Gandara 2010 (Gandara et al. 2010)	Pacientes que han sido ingresados	EEUU
Lee; CCORT/CCS 2003 (Lee et al. 2003)	Pacientes con insuficiencia cardíaca	Canadá
Tu; CCORT/CCS 2008 (Tu et al. 2008)	Pacientes que han experimentado un infarto agudo de miocardio	Canadá
Hermens 2006 (Hermens et al. 2006)	Pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón de células grandes	Holanda
Sharma 2009 (Sharma et al. 2009)	Pacientes ancianos	EEUU
Sytama 1997(Sytama et al. 1997)	Pacientes con esquizofrenia	EEUU
Van Walraven 2010 (van Walraven et al. 2010a; van Walraven et al. 2010b)	Población general	Canadá
Bird 1998 (Bird et al. 1998)	Población con vertigo - AP	RU
Bertrán 2006 (Bertrán 2006)	Población con EPOC	España

Discusión con equipo investigador y grupo de expertos

Se han realizado dos reuniones presenciales y varios contactos por e-mail con el equipo investigador y el grupo de expertos. En ellas se han tomado las siguientes decisiones:

- Eliminación de los indicadores considerados no importantes o factibles
- Inclusión de indicadores de estructura y resultado: se hizo una propuesta de indicadores de estructura y se decide buscar indicadores de resultado en la *Central de Resultados (AIAQS)* y en *el Benchmarking de la actividad de los hospitales de agudos de Catalunya (CatSalut)*
- Focalizar los indicadores en patologías y situaciones que requieran elevados niveles de coordinación entre niveles asistenciales: diabetes mellitus tipo II, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y pacientes con sospecha de cáncer.
- Adaptar los indicadores de coordinación de la gestión en función de las principales recomendaciones de guías de práctica clínica y planes directores vigentes en el momento del estudio.

El conjunto de indicadores definitivo está compuesto por 34 indicadores: 5 indicadores de estructura, 26 indicadores de proceso y 3 de resultado de la coordinación. En cuanto a los tipos de coordinación, 14 indicadores hacen referencia a la coordinación de la información y 17 a la de gestión.

Documento de trabajo

Descripción detallada de los indicadores (versión previa a la prueba piloto)

1. Indicadores de coordinación de la información

1.1 Indicadores de estructura

Aviso a la AP de los pacientes ingresados y dados de alta del hospital

Indicador IE1: Existencia de un mecanismo que avise al médico de la AP de los pacientes ingresados en el hospital

Indicador IE1: Existencia de un mecanismo que avise al médico de la AP de los pacientes ingresados en el hospital	
Enunciado del indicador y fórmula operativa	1.1 Existencia de un mecanismo que avise al médico de la AP de los pacientes que son ingresados en el hospital 1.2 Existencia de un mecanismo que avise al médico de la AP de los pacientes que son dados de alta del hospital
Tipo de indicador	- Coordinación de la información (presencia de mecanismo que avise AP de pacientes ingresados en el hospital y de los dados de alta) - Indicador de estructura
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE – ingreso hospitalario/ urgencias → <input checked="" type="checkbox"/> AP
Definición de los términos	-
Valores del indicador	Valores del Indicador: Sí / No
Origen del indicador	Reunión con el equipo investigador
Obtención del indicador	Verificación en sesión de trabajo

Posibilidad de consultar el informe de alta hospitalaria de agudos y sociosanitaria

Indicador IE2: Posibilidad de consultar el informe de alta hospitalaria

Indicador IE2: Posibilidad de consultar el informe de alta hospitalaria	
Enunciado del indicador y fórmula operativa	2.1 Posibilidad de consultar el informe de alta hospitalaria desde el centro de AP 2.2 Posibilidad de consultar el informe de alta hospitalaria desde el CSS 2.3 Posibilidad de consultar el informe de alta del CSS en la AP
Tipo de indicador	- Coordinación de la información (presencia de mecanismo para consultar informe alta) - Indicador de estructura
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE – ingreso hospitalario → <input checked="" type="checkbox"/> AP (2.1)/ CSS (2.2) <input checked="" type="checkbox"/> CSS - ingreso → <input checked="" type="checkbox"/> AP (2.3)
Definición de los términos	-
Valores del indicador	Valores del Indicador: Sí / No
Fuente de los datos	Revisión de HC de AP o CSS (Revisión de las capacidades del sistema)

Origen del indicador	Reunión con el equipo investigador
Obtención del indicador	Verificación en sesión de trabajo

Posibilidad de consultar el informe de urgencias

Indicador IE 3: Posibilidad de consultar el informe de urgencias

Indicador IE 3: Posibilidad de consultar el informe de urgencias	
Enunciado del indicador y fórmula operativa	3.1 Posibilidad de consultar el informe de urgencias desde el centro de AP 3.2 Posibilidad de consultar el informe de urgencias desde el CSS
Tipo de indicador	- Coordinación de la información (presencia de mecanismo para consultar informe de urgencias) - Indicador de estructura
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE – Urgencias → <input checked="" type="checkbox"/> AP (3.1)/ CSS (3.2)
Definición de los términos	-
Valores del indicador	Valores del Indicador: Sí / No
Fuente de los datos	Revisión de HC de AP o CSS (Revisión de las capacidades del sistema)
Origen del indicador	Reunión con el equipo investigador
Obtención del indicador	Verificación en sesión de trabajo

Disponibilidad del curso clínico entre AE en AP y CSS

Indicador IE 4: Posibilidad de consultar el curso clínico de AE y AP

Indicador IE 4: Posibilidad de consultar el curso clínico de AE y AP	
Enunciado del indicador y fórmula operativa	4.1 Posibilidad de <u>consultar el curso clínico</u> de AE desde el centro de AP 4.2 Posibilidad de <u>consultar el curso clínico</u> de AE desde el CSS 4.3 Posibilidad de <u>consultar el curso clínico</u> de AP desde AE
Tipo de indicador	- Coordinación de la información (presencia de mecanismo para consultar el curso clínico de AE) - Indicador de estructura
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE → <input checked="" type="checkbox"/> AP (4.1) / CSS (4.2) <input checked="" type="checkbox"/> AP → <input checked="" type="checkbox"/> AE (4.3)
Definición de los términos	-
Valores del indicador	Valores del Indicador: Sí / No
Fuente de los datos	Revisión de HC de AP o CSS (Revisión de las capacidades del sistema)
Origen del indicador	Reunión con el equipo investigador

Obtención del indicador	Verificación en sesión de trabajo
--------------------------------	-----------------------------------

Posibilidad de consultar la medicación activa

Indicador IE 5: Posibilidad de consultar la medicación prescrita activa

Indicador IE 5: Posibilidad de consultar la medicación prescrita activa	
Enunciado del indicador y fórmula operativa	5.1 Posibilidad de consultar la <u>medicación prescrita activa</u> de AP durante el ingreso hospitalario 5.2 Posibilidad de consultar la <u>medicación prescrita activa</u> de AP durante la urgencias hospitalaria 5.3 Posibilidad de consultar la <u>medicación prescrita activa</u> de AP desde el CSS
Tipo de indicador	- Coordinación de la información (presencia de mecanismo para consultar medicación activa) - Indicador de estructura
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AP → <input checked="" type="checkbox"/> Ingreso (5.1) / Urgencias (5.2)/ CSS (5.3)
Definición de los términos	
Valores del indicador	Valores del Indicador: Sí / No
Fuente de los datos	Revisión de HC de AP, Hospitalaria, o CSS (Revisión de las capacidades del sistema)
Origen del indicador	Reunión con el equipo investigador
Obtención del indicador	Verificación en sesión de trabajo

1.2 Indicadores de proceso

Alta hospitalaria disponible en AP

Indicador IT1: Presencia del informe de alta en la AP en las primeras 24 horas tras el alta hospitalaria

Indicador IT1: Presencia del informe de alta en la AP en las primeras 24 horas tras el alta hospitalaria	
Enunciado del indicador	Porcentaje altas hospitalarias para las cuales existe un informe de alta disponible en la AP en un plazo de 24 horas
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> Informe de alta disponible en la AP en las 24 horas posteriores al alta hospitalaria <i>Denominador:</i> Altas hospitalarias
Población	Pacientes hospitalizados por cualquier causa
Tipo de indicador	- Coordinación de la información (informe de alta en la AP) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE – ingreso hospitalario → <input checked="" type="checkbox"/> AP
Definición de los términos	-
Variables y origen	Verificación en sesión de trabajo

Origen del indicador	<p>Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wegner N, Young R. Quality Indicators of Continuity and Coordination of Care for Vulnerable Elder Persons. RAND; 2004. - Wenger N, Young R. Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. J Am Geriatr Soc 2007 Oct;55 Suppl 2:S285-S292. - ABIM Foundation, American College of Physicians, Society of Hospital Medicine, The Physician Consortium for Performance Improvement. Care Transitions: Performance Measurement Set. Phase I: Inpatient Discharges & Emergency Department Discharges. American Medical Association; 2009. cited [27-6-2011]. Available from: http://www.cfmc.org/caretransitions/files/CT-WS-PCPI%20approved-062609.pdf. - van Walraven C., Taljaard M, Etchells E, Bell CM, Stiell IG, Zarnke K, et al. The independent association of provider and information continuity on outcomes after hospital discharge: implications for hospitalists. J Hosp Med 2010 Sep;5(7):398-405. / van Walraven C, Taljaard M, Bell CM, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, et al. A prospective cohort study found that provider and information continuity was low after patient discharge from hospital. J Clin Epidemiol 2010 Sep;63(9):1000-10.
Obtención del indicador	Verificación en sesión de trabajo

Indicador IT2: Tiempo medio para que el informe de alta esté disponible en la AP

Indicador IT2: Tiempo medio para que el informe de alta esté disponible en la AP	
Enunciado del indicador	Tiempo medio para que el informe del alta hospitalaria esté disponible en la AP
Fórmula operativa	<p><i>Numerador:</i> Sumatorio de las horas que transcurren desde que se produce el alta hospitalaria hasta que el informe de alta está disponible en la AP</p> <p><i>Denominador:</i> Altas hospitalarias</p> <p>* Cálculo adicional de la mediana, desviación estándar, máximo y mínimo</p>
Población	Pacientes hospitalizados por cualquier causa
Tipo de indicador	- Coordinación de la información (informe de alta en la AP) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE – ingreso hospitalario → <input checked="" type="checkbox"/> AP
Definición de los términos	-
Variables y origen	Tablas AE-2.1 Y AP.2.1
Origen del indicador	<p>Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wegner N, Young R. Quality Indicators of Continuity and Coordination of Care for Vulnerable Elder Persons. RAND; 2004. - Wenger N, Young R. Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. J Am Geriatr Soc 2007 Oct;55 Suppl 2:S285-S292. - ABIM Foundation, American College of Physicians, Society of Hospital Medicine, The Physician Consortium for Performance Improvement. Care Transitions: Performance Measurement Set. Phase I: Inpatient Discharges & Emergency Department Discharges. American Medical Association; 2009. cited [27-6-2011]. Available from: http://www.cfmc.org/caretransitions/files/CT-WS-PCPI%20approved-062609.pdf. - van Walraven C., Taljaard M, Etchells E, Bell CM, Stiell IG, Zarnke K, et al. The independent association of provider and information continuity on outcomes after hospital discharge: implications for hospitalists. J Hosp Med 2010 Sep;5(7):398-405. / van Walraven C, Taljaard M, Bell CM, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, et al. A prospective cohort study found that provider and information continuity was low after patient discharge from hospital. J Clin Epidemiol 2010 Sep;63(9):1000-10.
Obtención del indicador	Verificación en sesión de trabajo

Alta hospitalaria disponible en atención socio-sanitaria

Indicador IT3: Presencia del informe de alta en el CSS tras el alta hospitalaria en 24 h

Indicador IT3: Presencia del informe de alta en el CSS tras el alta hospitalaria en 24 h	
Enunciado del indicador	Porcentaje altas hospitalarias, con atención sociosanitaria de destino al alta, y para las cuales existe un informe de alta disponible en el CSS en un plazo de 24 horas
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> Informe de alta disponible en el CSS en las 24 horas posteriores al alta hospitalaria <i>Denominador:</i> Altas hospitalarias con CSS de destino al alta
Población	Pacientes hospitalizados por cualquier causa
Tipo de indicador	- Coordinación de la información (informe de alta en la atención sociosanitaria) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE – ingreso hospitalario → <input checked="" type="checkbox"/> CSS
Definición de los términos	-
Variables y origen	Tablas AP.2.1 y AE-por determinar
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: <ul style="list-style-type: none"> - Wegner N, Young R. Quality Indicators of Continuity and Coordination of Care for Vulnerable Elder Persons. RAND; 2004. - Wenger N, Young R. Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. J Am Geriatr Soc 2007 Oct;55 Suppl 2:S285-S292. - ABIM Foundation, American College of Physicians, Society of Hospital Medicine, The Physician Consortium for Performance Improvement. Care Transitions: Performance Measurement Set. Phase I: Inpatient Discharges & Emergency Department Discharges. American Medical Association; 2009. cited [27-6-2011]. Available from: http://www.cfmc.org/caretransitions/files/CT-WS-PCPI%20approved-062609.pdf. - van Walraven C., Taljaard M, Etchells E, Bell CM, Stiell IG, Zarnke K, et al. The independent association of provider and information continuity on outcomes after hospital discharge: implications for hospitalists. J Hosp Med 2010 Sep;5(7):398-405 / van Walraven C, Taljaard M, Bell CM, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, et al. A prospective cohort study found that provider and information continuity was low after patient discharge from hospital. J Clin Epidemiol 2010 Sep;63(9):1000-10.
Obtención del indicador	Verificación en sesión de trabajo

Indicador IT4: Tiempo medio para que el informe de alta esté disponible en el CSS

Indicador IT4: Tiempo medio para que el informe de alta esté disponible en el CSS	
Enunciado del indicador	Tiempo medio para que el informe del alta hospitalaria esté disponible en el CSS
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> Sumatorio de las horas que transcurren desde que se produce el alta hospitalaria hasta que el informe de alta está disponible en el CSS <i>Denominador:</i> Altas hospitalarias con CSS de destino al alta * Cálculo adicional de la mediana, desviación estándar, máximo y mínimo
Población	Pacientes hospitalizados por cualquier causa y con atención sociosanitaria de destino de alta
Tipo de indicador	- Coordinación de la información (informe de alta en la atención sociosanitaria) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE – ingreso hospitalario → <input checked="" type="checkbox"/> CSS

Definición de los términos	-
VARIABLES Y ORIGEN	Tablas AP.2.1 y AE-por determinar
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: <ul style="list-style-type: none"> - Wegner N, Young R. Quality Indicators of Continuity and Coordination of Care for Vulnerable Elder Persons. RAND; 2004. - Wenger N, Young R. Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. J Am Geriatr Soc 2007 Oct;55 Suppl 2:S285-S292. - ABIM Foundation, American College of Physicians, Society of Hospital Medicine, The Physician Consortium for Performance Improvement. Care Transitions: Performance Measurement Set. Phase I: Inpatient Discharges & Emergency Department Discharges. American Medical Association; 2009. cited [27-6-2011]. Available from: http://www.cfmc.org/caretransitions/files/CT-WS-PCPI%20approved-062609.pdf. - van Walraven C., Taljaard M, Etchells E, Bell CM, Stiell IG, Zarnke K, et al. The independent association of provider and information continuity on outcomes after hospital discharge: implications for hospitalists. J Hosp Med 2010 Sep;5(7):398-405 / van Walraven C, Taljaard M, Bell CM, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, et al. A prospective cohort study found that provider and information continuity was low after patient discharge from hospital. J Clin Epidemiol 2010 Sep;63(9):1000-10.
Obtención del indicador	Verificación en sesión de trabajo

[Informe de urgencias disponible en AP](#)

Indicador IT5: Presencia del informe de la consulta a urgencias en la AP en 24 h

Indicador IT5: Presencia del informe de la consulta a urgencias en la AP en 24 h	
Enunciado del indicador	Porcentaje de consultas en urgencias para las cuales hay un informe de la consulta a urgencias disponible en la AP en un plazo de 24 horas
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> Informe de la consulta a urgencias disponible en la AP en las 24 horas posteriores a la consulta en urgencias <i>Denominador:</i> Consultas en urgencias hospitalarias
Población	Pacientes que acuden a urgencias por cualquier causa
Tipo de indicador	- Coordinación de la información (informe de urgencias en la AP) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE – urgencias hospitalarias → <input checked="" type="checkbox"/> AP
Definición de los términos	-
VARIABLES Y ORIGEN	Tablas AE.3.1 y AP.3.1

Origen del indicador	<p>Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wegner N, Young R. Quality Indicators of Continuity and Coordination of Care for Vulnerable Elder Persons. RAND; 2004. - Wenger N, Young R. Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. J Am Geriatr Soc 2007 Oct;55 Suppl 2:S285-S292. - ABIM Foundation, American College of Physicians, Society of Hospital Medicine, The Physician Consortium for Performance Improvement. Care Transitions: Performance Measurement Set. Phase I: Inpatient Discharges & Emergency Department Discharges. American Medical Association; 2009. cited [27-6-2011]. Available from: http://www.cfmc.org/caretransitions/files/CT-WS-PCPI%20approved-062609.pdf. - van Walraven C., Taljaard M, Etchells E, Bell CM, Stiell IG, Zarnke K, et al. The independent association of provider and information continuity on outcomes after hospital discharge: implications for hospitalists. J Hosp Med 2010 Sep;5(7):398-405 / van Walraven C, Taljaard M, Bell CM, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, et al. A prospective cohort study found that provider and information continuity was low after patient discharge from hospital. J Clin Epidemiol 2010 Sep;63(9):1000-10.
Obtención del indicador	Verificación en sesión de trabajo

Indicador IT6: Tiempo medio para que el informe de urgencias esté disponible en la AP

Indicador IT6: Tiempo medio para que el informe de urgencias esté disponible en la AP	
Enunciado del indicador	Tiempo medio para que el informe de urgencias esté disponible en la AP
Fórmula operativa	<p><i>Numerador:</i> Sumatorio de las horas que transcurren desde que se produce la consulta en urgencias hasta que el informe está disponible en la AP</p> <p><i>Denominador:</i> Consultas a urgencias</p> <p>* Cálculo adicional de la mediana, desviación estándar, máximo y mínimo</p>
Población	Pacientes que acuden a urgencias por cualquier causa
Tipo de indicador	- Coordinación de la información (informe de urgencias en la AP) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE – urgencias hospitalarias → <input checked="" type="checkbox"/> AP
Definición de los términos	-
Variables y origen	Tablas AE.3.1 y AP.3.1
Origen del indicador	<p>Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wegner N, Young R. Quality Indicators of Continuity and Coordination of Care for Vulnerable Elder Persons. RAND; 2004. - Wenger N, Young R. Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. J Am Geriatr Soc 2007 Oct;55 Suppl 2:S285-S292. - ABIM Foundation, American College of Physicians, Society of Hospital Medicine, The Physician Consortium for Performance Improvement. Care Transitions: Performance Measurement Set. Phase I: Inpatient Discharges & Emergency Department Discharges. American Medical Association; 2009. cited [27-6-2011]. Available from: http://www.cfmc.org/caretransitions/files/CT-WS-PCPI%20approved-062609.pdf. - van Walraven C., Taljaard M, Etchells E, Bell CM, Stiell IG, Zarnke K, et al. The independent association of provider and information continuity on outcomes after hospital discharge: implications for hospitalists. J Hosp Med 2010 Sep;5(7):398-405 / van Walraven C, Taljaard M, Bell CM, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, et al. A prospective cohort study found that provider and information continuity was low after patient discharge from hospital. J Clin Epidemiol 2010 Sep;63(9):1000-10.

Obtención del indicador	Verificación en sesión de trabajo
--------------------------------	-----------------------------------

Calidad de la información transferida entre niveles asistenciales

Indicador IT7: Informes de alta correctamente cumplimentados

Indicador IT7: Informes de alta correctamente cumplimentados	
Enunciado del indicador	<p>Porcentaje de informes de alta hospitalaria en los que consta la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivo del ingreso - Pruebas complementarias realizadas y pendientes (laboratorio, radiológicas, etc) - Seguimiento o pauta de control del paciente después del alta - Lista de medicación actual - Recomendaciones para el paciente
Fórmula operativa	<p><i>Numerador:</i> Informes de alta hospitalaria en los que consta al menos la siguiente información: motivo de ingreso, pruebas complementarias realizadas y pendientes, seguimiento o pauta de control del paciente después del alta, lista de medicación actual y recomendaciones para el paciente</p> <p><i>Denominador:</i> Informes de alta hospitalaria de pacientes con EPOC, DM y/o IC</p> <p>* Adicionalmente se calcularán indicadores sobre la presencia de cada una de la información previamente descrita y para cada diagnóstico</p>
Población	Pacientes diagnosticados de EPOC y/o DM y/o IC
Tipo de indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación de la información (Calidad de los informes de alta) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE – ingreso hospitalario → <input checked="" type="checkbox"/> AP
Definición de los términos	<p><i>Informe de alta correctamente cumplimentado:</i> informe de alta en el que conste al menos la siguiente información: motivo de ingreso, pruebas complementarias realizadas y pendientes, seguimiento o pauta de control del paciente después del alta, lista de medicación actual y recomendaciones para el paciente.</p> <p><i>Diagnóstico principal de EPOC (códigos CIE-9-CM):</i> 491.2X, 492.X, 494.X i 496</p> <p><i>Diagnóstico principal de EPOC (códigos CIE-9-CM):</i> J41.X, J42.X, J43.X, J.44.X, J.47.X</p> <p><i>Diagnóstico principal de Diabetes mellitus tipo II (códigos CIE-9-CM):</i> 250.XX</p> <p><i>Diagnóstico principal de Diabetes mellitus tipo II (códigos CIE-10-CM):</i> E11.X</p> <p><i>Diagnóstico principal de Insuficiencia cardíaca (códigos CIE-9-CM):</i> 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.xx</p> <p><i>Diagnóstico principal de Insuficiencia cardíaca (códigos CIE-10-CM):</i> I11.0, I13.0, I13.2, I50</p>
Variables y origen	<p><i>Numerador:</i> au-IC-4, au-DM-3, au-EPOC-1</p> <p><i>Denominador:</i> AE-IC-2, AE-DM-1, AE-EPOC-1</p>
Origen del indicador	<p>Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ABIM Foundation, American College of Physicians, Society of Hospital Medicine, The Physician Consortium for Performance Improvement. Care Transitions: Performance Measurement Set. Phase I: Inpatient Discharges & Emergency Department Discharges. American Medical Association; 2009. cited [27-6-2011]. Available from: http://www.cfmc.org/caretransitions/files/CT-WS-PCPI%20approved-062609.pdf.
Obtención del indicador	Auditoría

Indicador IT8: Informes de urgencias correctamente cumplimentados

Indicador IT8: Informes de urgencias correctamente cumplimentados
--

Enunciado del indicador	<p>Porcentaje de informes de urgencias en los que consta la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivo de la consulta a urgencias - Pruebas complementarias realizadas y pendientes (laboratorio, radiológicas, etc) - Seguimiento o pauta de control del paciente posterior a la consulta a urgencias - Lista de medicación actual - Recomendaciones para el paciente
Fórmula operativa	<p><i>Numerador:</i> Informes de urgencias en los que consta el motivo de la consulta a urgencias, pruebas complementarias realizadas y pendientes (laboratorio, radiológicas, etc), seguimiento o pauta de control del paciente posterior a la consulta a urgencias, lista de medicación actual y recomendaciones para el paciente</p> <p><i>Denominador:</i> Informes de urgencias de pacientes con EPOC, DM y/o IC</p> <p>* Adicionalmente se calcularán indicadores sobre la presencia de cada una de la información previamente descrita</p>
Población	Pacientes diagnosticados de EPOC y/o DM y/o IC
Tipo de indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación de la información (calidad de los informes de urgencias) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE – urgencias hospitalarias → <input checked="" type="checkbox"/> AP
Definición de los términos	<p><i>Informe de urgencias correctamente cumplimentado:</i> informe de urgencias en el que conste al menos la siguiente información: motivo de la consulta a urgencias, pruebas complementarias realizadas y pendientes (laboratorio, radiológicas, etc), seguimiento o pauta de control del paciente posterior a la consulta a urgencias, lista de medicación actual y recomendaciones para el paciente</p> <p><i>Diagnóstico principal de EPOC (códigos CIE-9-CM):</i> 491.2X, 492.X, 494.X i 496</p> <p><i>Diagnóstico principal de EPOC (códigos CIE-9-CM):</i> J41.X, J42.X, J43.X, J.44.X, J.47.X</p> <p><i>Diagnóstico principal de Diabetes mellitus tipo II (códigos CIE-9-CM):</i> 250.XX</p> <p><i>Diagnóstico principal de Diabetes mellitus tipo II (códigos CIE-10-CM):</i> E11.X</p> <p><i>Diagnóstico principal de Insuficiencia cardíaca (códigos CIE-9-CM):</i> 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.xx</p> <p><i>Diagnóstico principal de Insuficiencia cardíaca (códigos CIE-10-CM):</i> I11.0, I13.0, I13.2, I50</p>
Variables y origen	<p><i>Numerador:</i> au-IC-5, au-DM-4, au-EPOC-2</p> <p><i>Denominador:</i> AE-IC-3, AE-DM-2, AE-EPOC-3</p>
Origen del indicador	<p>Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ABIM Foundation, American College of Physicians, Society of Hospital Medicine, The Physician Consortium for Performance Improvement. Care Transitions: Performance Measurement Set. Phase I: Inpatient Discharges & Emergency Department Discharges. American Medical Association; 2009. cited [27-6-2011]. Available from: http://www.cfmc.org/caretransitions/files/CT-WS-PCPI%20approved-062609.pdf.
Obtención del indicador	Auditoría

Indicador IT9: Formulario de derivación de AP correctamente cumplimentado

Indicador IT9: Formulario de derivación de AP correctamente cumplimentado	
Enunciado del indicador	<p>Porcentaje de pacientes con IC derivados desde AP a AE no urgente en los que el formulario de derivación está correctamente cumplimentado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de paciente: nombre, sexo y edad - Antecedentes mórbidos relevantes - Tratamiento médico actual - Motivo de la derivación - Información del médico que deriva: nombre y número de colegiado

Fórmula operativa	<p><i>Numerador:</i> Pacientes diagnosticados de IC que en el último año hayan sido derivados a la AE con un formulario de derivación en el que conste la identificación del paciente (nombre, sexo y edad), antecedentes mórbidos relevantes, tratamiento médico actual, motivo de la derivación e información del médico que deriva (nombre y número de colegiado)</p> <p><i>Denominador:</i> pacientes diagnosticados de IC que en el último año hayan sido derivados a la AE</p>
Población	Pacientes diagnosticados de IC
Tipo de indicador	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación de la información (formulario de derivación de AP correctamente cumplimentado) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AP → <input checked="" type="checkbox"/> AE (consultas externas)
Definición de los términos	<p><i>Informe de derivación correctamente cumplimentado:</i> informe en el que conste al menos la siguiente información: identificación del paciente (nombre, sexo y edad), antecedentes mórbidos relevantes, tratamiento médico actual, motivo de la derivación e información del médico que deriva (nombre y número de colegiado)</p> <p><u>Diagnóstico de Diabetes mellitus tipo II asociado a orden médica</u> (códigos CIE-9-CM): 250.XX</p> <p><u>Diagnóstico de Diabetes mellitus tipo II asociado a orden médica</u> (códigos CIE-10-CM): E11.X</p> <p><u>Diagnóstico de EPOC asociado a orden médica</u> (códigos CIE-9-CM): 491.2X, 492.X, 494.X i 496</p> <p><u>Diagnóstico de EPOC asociado a orden médica</u> (códigos CIE-10-CM): J41.X, J42.X, J43.X, J.44.X, J.47.X</p> <p><u>Diagnóstico de Insuficiencia cardíaca asociado a orden médica</u> (códigos CIE-9-CM): 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.xx</p> <p><u>Diagnóstico de Insuficiencia cardíaca asociado a orden médica</u> (códigos CIE-10-CM): I11.0, I13.0, I13.2, I50</p>
Variables y origen	<p><i>Numerador:</i> audit.-IC-1</p> <p><i>Denominador:</i> AP-IC-1</p>
Origen del indicador	<p>Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verdú Rotellar JM., Pacheco Huergo V., Amado Guirado E., et al. Insuficiència cardíaca [En línia] Barcelona: Institut Català de la Salut, 2008. Guies de pràctica clínica, núm. 12. Disponible en: http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/insuficiencia_cardiaca/insuficiencia_cardiaca.htm
Obtención del indicador	Auditoría

2. Indicadores de coordinación de gestión

2.1 Indicadores de proceso

Coordinación de pruebas

Indicador GC1: Consultas de AE (cardiología, interna) no urgentes ni preferentes de pacientes diagnosticados de IC en que se solicitan pruebas que han sido realizadas hace menos de seis meses en AP

Indicador GC1: Consultas de AE (cardiología, interna) no urgentes ni preferentes de pacientes diagnosticados de IC en que se solicitan pruebas que han sido realizadas hace menos de seis meses en AP	
Enunciado del indicador	Porcentaje de consultas de AE (cardiología, interna) no urgentes ni preferentes de pacientes diagnosticados de IC en que se solicitan pruebas que han sido realizadas en AP en los últimos seis meses (Rx de tórax, analítica, ECG)

Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> Primeras consultas de AE en que se solicita Rx de tórax o ECG o analítica general a pacientes derivados desde AP de forma no urgente ni preferente, que tenían estas pruebas realizadas desde hace menos de seis meses. <i>Denominador:</i> Total de primeras consultas de AE de pacientes derivados desde la AP por IC de forma no urgente ni preferente.
Población	Pacientes con diagnóstico de IC
Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (duplicación de pruebas) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AP → <input checked="" type="checkbox"/> AE (consulta externa)
Definición de los términos	<i>Analítica:</i> hemograma, ionograma, creatinina, función hepática, glucemia y perfil lipídico. <i>Diagnóstico de Insuficiencia cardíaca asociado a orden médica (códigos CIE-9-CM):</i> 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.xx <i>Diagnóstico de Insuficiencia cardíaca asociado a orden médica (códigos CIE-10-CM):</i> I11.0, I13.0, I13.2, I50
Variables y origen	Numerador: AE-IC-1 + AP-IC-1 Denominador: AE-IC-1
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: – Verdú Rotellar JM., Pacheco Huergo V., Amado Guirado E., et al. Insuficiència cardíaca. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2008. Guies de pràctica clínica, núm. 12. Disponible en: http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/insuficiencia_cardiaca/insuficiencia_cardiaca.htm
Obtención del indicador	Cruce de bases de datos

Indicador GC2: Consultas de AE de pacientes diagnosticados de EPOC en que se solicitan espirometrías que han sido realizadas hace menos de seis meses en AP

Indicador GC2: Consultas de AE de pacientes diagnosticados de EPOC en que se solicitan espirometrías que han sido realizadas hace menos de seis meses en AP	
Enunciado del indicador	Porcentaje de consultas de AE de pacientes diagnosticados de EPOC en que se solicitan espirometrías que han sido realizadas en AP en los últimos seis meses.
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> Primeras consultas de AE en que se solicita una espirometría a pacientes derivados desde AP de forma no urgente ni preferente, que la tenían esta realizada desde hace menos de seis meses. <i>Denominador:</i> Total de primeras consultas de AE de pacientes derivados de AP por EPOC de forma no urgente ni preferente.
Población	Pacientes con diagnóstico de EPOC
Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (duplicación de pruebas) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AP → <input checked="" type="checkbox"/> AE (consulta externa)
Definición de los términos	<i>Diagnóstico de EPOC asociado a orden médica (códigos CIE-9-CM):</i> 491.2X, 492.X, 494.X i 496 <i>Diagnóstico de EPOC asociado a orden médica (códigos CIE-10-CM):</i> J41.X, J42.X, J43.X, J.44.X, J.47.X
Variables y origen	Numerador: AE-EPOC-2 + AP-EPOC-1 Denominador: AE-EPOC-2

Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: <ul style="list-style-type: none"> - Beltran Troncoso P. Coordinación entre niveles asistenciales. Una propuesta para su evaluación [tesina màster]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2006. - Carme Anguera, Jacint Caula, José antonio Castillo, et al. Malaltia pulmonar obstructiva crònica. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2010. Guies de pràctica clínica, núm. 16. Disponible en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/mpoc/mpoc.htm
Obtención del indicador	Cruce de bases de datos

Consultas de seguimiento

Indicador GC4: Altas hospitalarias en las que se establece contacto por el hospital con la AP previa al alta del paciente ingresado por exacerbación grave de EPOC

Indicador GC4: Altas hospitalarias en las que se establece contacto por el hospital con la AP previa al alta del paciente ingresado por exacerbación grave de EPOC	
Enunciado del indicador	Porcentaje altas hospitalarias en las que se ha realizado el contacto entre el hospital y la AP previa al alta del paciente ingresado por exacerbación grave de EPOC
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> altas hospitalarias con diagnósticos relacionados a exacerbación graves de EPOC en los que se ha contactado con AP previo al alta <i>Denominador:</i> altas hospitalarias con diagnósticos relacionados a exacerbaciones graves de pacientes EPOC en el último año
Población	Pacientes con ingreso hospitalario por exacerbación de EPOC
Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (consultas de seguimiento) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE (ingreso hospitalario) → <input checked="" type="checkbox"/> AP
Definición de los términos	<i>Diagnóstico de EPOC asociado a orden médica (códigos CIE-9-CM):</i> 491.2X, 492.X, 494.X i 496 <i>Diagnóstico de EPOC asociado a orden médica (códigos CIE-10-CM):</i> J41.X, J42.X, J43.X, J.44.X, J.47.X
Variables y origen	<i>Numerador:</i> tabla AE-EPOC-1 <i>Denominador:</i> tabla AE-EPOC-1
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: <ul style="list-style-type: none"> - Carme Anguera, Jacint Caula, José antonio Castillo, et al. Malaltia pulmonar obstructiva crònica. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2010. Guies de pràctica clínica, núm. 16. Disponible en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/mpoc/mpoc.htm
Obtención del indicador	Cruce de bases de datos
Incidencias y aspectos por resolver	* Cálculo del tamaño de muestra: tener en cuenta que este indicador es la fuente del denominador del indicador CG6.

Indicador GC5: Altas hospitalarias en las que se ha establecido un contacto entre el hospital con la AP previa al alta del paciente ingresado por descompensación de IC

Indicador GC5: Altas hospitalarias en las que ha establecido un contacto entre el hospital con la AP previa al alta del paciente ingresado por descompensación de IC.	
Enunciado del indicador	Porcentaje altas hospitalarias en las que se ha establecido un contacto entre el hospital y la AP previa al alta del paciente ingresado por descompensación de IC

Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> altas hospitalarias con diagnósticos relacionados a descompensación de IC en los que se ha contactado con AP previo al alta <i>Denominador:</i> Pacientes con diagnóstico de IC ingresados por descompensación
Población	Pacientes con descompensación de una IC
Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (consultas de seguimiento) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE (ingreso hospitalario) → <input checked="" type="checkbox"/> AP
Definición de los términos	<i>Diagnóstico principal de Insuficiencia cardíaca (códigos CIE-9-CM):</i> 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.xx <i>Diagnóstico principal de Insuficiencia cardíaca (códigos CIE-10-CM):</i> I11.0, I13.0, I13.2, I50
Variables y origen	<i>Numerador:</i> tabla AE-IC-2 <i>Denominador:</i> tabla AE-IC-2
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: - Lee DS, Tran C, Flintoft V, Grant FC, Liu PP, Tu JV. CCORT/CCS quality indicators for congestive heart failure care. <i>Can J Cardiol</i> 2003 Mar 31;19(4):357-64
Obtención del indicador	Cruce de bases de datos
Incidencias y aspectos por resolver	* Cálculo del tamaño de muestra: tener en cuenta que este indicador es la fuente del denominador del indicador CG7.

Indicador GC6: Altas hospitalarias por exacerbación de EPOC que tienen consulta con AP en menos de 72 horas post alta

Indicador GC6: Altas hospitalarias por exacerbación de EPOC que tienen consulta con AP en menos de 72 horas post alta	
Enunciado del indicador	Porcentaje de altas hospitalarias por exacerbación de EPOC que tienen una consulta con AP en menos de 72 horas post alta.
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> altas hospitalarias por exacerbaciones graves de EPOC que tienen una consulta con AP en menos de 72 horas post alta <i>Denominador*:</i> altas hospitalarias con diagnósticos relacionados a exacerbaciones graves de pacientes EPOC en el último año en las que se ha establecido contacto con AP previo al alta *equivalente al indicador CG4
Población	Pacientes con una exacerbación grave de EPOC
Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (consultas de seguimiento) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE (ingreso hospitalario) → <input checked="" type="checkbox"/> AP
Definición de los términos	<i>Diagnóstico de EPOC asociado a orden médica (códigos CIE-9-CM):</i> 491.2X, 492.X, 494.X i 496 <i>Diagnóstico de EPOC asociado a orden médica (códigos CIE-10-CM):</i> J41.X, J42.X, J43.X, J.44.X, J.47.X
Variables y origen	<i>Numerador:</i> tabla AP-EPOC-1 <i>Denominador:</i> tabla AE-EPOC-1 (numerador CG4)
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: - Carme Anguera, Jacint Caula, José antonio Castillo, et al. Malaltia pulmonar obstructiva crònica. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2010. Guies de pràctica clínica, núm. 16. Disponible en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/mpoc/mpoc.htm

Obtención del indicador	Cruce de bases de datos
--------------------------------	-------------------------

Indicador GC7: Valoración de los pacientes ingresados por descompensación de IC, por parte del equipo de AP dentro de la primera semana después del alta hospitalaria

Indicador GC7: Valoración de los pacientes ingresados por descompensación de IC, por parte del equipo de AP dentro de la primera semana después del alta hospitalaria	
Enunciado del indicador	Porcentaje de pacientes valorados por parte del equipo de AP dentro de la primera semana después del alta hospitalaria por descompensación IC
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> altas hospitalarias por descompensación IC en las que se realizó valoración del paciente por parte de AP dentro de la primera semana posterior al alta. <i>Denominador*:</i> altas hospitalarias por descompensación de IC en el último año en las que se ha establecido contacto con AP previo al alta *equivalente al indicador CG5
Población	Pacientes que son ingresados en el hospital por una descompensación de la IC
Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (consultas de seguimiento) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE (ingreso hospitalario) → <input checked="" type="checkbox"/> AP
Definición de los términos	<i>Diagnóstico principal de Insuficiencia cardíaca (códigos CIE-9-CM):</i> 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.xx <i>Diagnóstico principal de Insuficiencia cardíaca (códigos CIE-10-CM):</i> I11.0, I13.0, I13.2, I50
Variables y origen	Numerador: tabla AP-IC-1 Denominador: tabla AE-IC-2 (numerador GC5)
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: - Verdú Rotellar JM., Pacheco Huergo V., Amado Guirado E., et al. Insuficiència cardíaca [En línia] Barcelona: Institut Català de la Salut, 2008. Guies de pràctica clínica, núm. 12. Disponible en: http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/insuficiencia_cardiaca/insuficiencia_car diaca.htm
Obtención del indicador	Cruce de bases de datos

Coordinación del tratamiento

Indicador GC8: Incorporación en la atención primaria de los cambios en la pauta farmacológica del paciente que ha realizado previamente la atención especializada

Indicador GC8: Incorporación en la atención primaria de los cambios en la pauta farmacológica del paciente que ha realizado previamente la atención especializada	
Enunciado del indicador	Porcentaje de derivaciones de pacientes con IC desde la AP a cardiología a los que se les ha realizado una nueva prescripción farmacológica que consta posteriormente en la AP
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> Derivaciones de pacientes con IC derivados desde la AP a consultas externas de cardiología de forma no urgente ni preferente y que han realizado como mínimo una consulta a esta especialidad en el último año en la cual se haya realizado una nueva prescripción farmacológica y en cuya historia clínica de la AP se haya incorporado dicho cambio a la pauta farmacológica del paciente <i>Denominador:</i> Derivaciones de pacientes con IC derivados desde la AP a consultas externas de cardiología de forma no urgente ni preferente y que han realizado como mínimo una consulta a esta especialidad en el último año en la cual se haya realizado una nueva prescripción farmacológica
Población	Pacientes diagnosticados de IC

Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (coordinación del tratamiento) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE (consultas externas) → <input checked="" type="checkbox"/> AP
Definición de los términos	<i>Nueva prescripción farmacológica:</i> cambio de dosis de medicación preexistente o prescripción de un nuevo fármaco <i>Diagnóstico de Insuficiencia cardíaca asociado a orden médica (códigos CIE-9-CM):</i> 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.xx <i>Diagnóstico de Insuficiencia cardíaca asociado a orden médica (códigos CIE-10-CM):</i> I11.0, I13.0, I13.2, I50
Variables y origen	<i>Numerador:</i> tabla aud-IC-3 <i>Denominador:</i> tabla AE-IC-1
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: - Verdú Rotellar JM., Pacheco Huergo V., Amado Guirado E., et al. Insuficiència cardíaca [En línia] Barcelona: Institut Català de la Salut, 2008. Guies de pràctica clínica, núm. 12. Disponible en: http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/insuficiencia_cardiaca/insuficiencia_cardiaca.htm
Obtención del indicador	Auditoría

Indicador GC9: Pacientes diabéticos que durante el ingreso hospitalario han iniciado un tratamiento con insulina y en cuya HC de la AP consta que se ha realizado un seguimiento del tratamiento en la semana posterior al alta

Indicador GC9: Pacientes diabéticos que durante el ingreso hospitalario han iniciado un tratamiento con insulina y en cuya HC de la AP consta que se ha realizado un seguimiento del tratamiento en la semana posterior al alta	
Enunciado del indicador	Porcentaje de pacientes diabéticos que durante el ingreso hospitalario han iniciado un tratamiento con insulina y en cuya HC de la AP consta que se ha realizado un seguimiento del tratamiento en la semana posterior al alta
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> Pacientes diabéticos que durante el ingreso hospitalario se haya iniciado terapia con insulina y en cuya HC de la AP consta que se ha realizado un seguimiento del tratamiento en la semana posterior al alta <i>Denominador:</i> Pacientes diabéticos que durante el ingreso hospitalario se haya iniciado terapia con insulina
Población	Pacientes diagnosticados de DM
Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (coordinación del tratamiento) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AE (ingreso hospitalario) → <input checked="" type="checkbox"/> AP
Definición de los términos	<i>Seguimiento del tratamiento con insulina:</i> control de la glicemia y/o revisión de la libreta de autoanálisis <i>Diagnóstico principal de Diabetes mellitus tipo II (códigos CIE-9-CM):</i> 250.XX <i>Diagnóstico principal de Diabetes mellitus tipo II (códigos CIE-10-CM):</i> E11.X
Variables y origen	<i>Numerador:</i> tabla aud-DM-4 <i>Denominador:</i> tabla AE-DM-1

Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: <ul style="list-style-type: none"> - Wegner N, Young R. Quality Indicators of Continuity and Coordination of Care for Vulnerable Elder Persons. RAND; 2004. - Wenger N, Young R. Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. J Am Geriatr Soc 2007 Oct;55 Suppl 2:S285-S292. - Manel Mata, Francesc Xavier Cos, Rosa Morros, et al. Abordatge de la diabetis <i>mellitus</i> tipus 2 Barcelona: Institut Català de la Salut, 2010. Guies de pràctica clínica, núm. 15. Disponible en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/diabetis/diabetis.htm
Obtención del indicador	Auditoría

Adecuación de la derivación

Indicador GA1: Pacientes con IC correctamente derivados de manera no urgente desde AP a cardiología o medicina interna

Indicador GA1: Pacientes con IC correctamente derivados de manera no urgente desde AP a AE a cardiología o medicina interna	
Enunciado del indicador	Porcentaje de pacientes con IC correctamente derivados de manera no urgente desde AP a cardiología o medicina interna
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> Pacientes diagnosticados de IC y derivados correctamente a cardiología o medicina interna en el último año <i>Denominador:</i> Pacientes diagnosticados de IC que en el último año han sido derivados desde la AP a cardiología o medicina interna
Población	Pacientes con IC descompensada
Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (adecuación de la derivación) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AP → <input checked="" type="checkbox"/> AE (consulta externa)
Definición de los términos	<i>Pacientes correctamente derivados desde AP a cardiología o medicina interna de manera no urgente:</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aparición de la enfermedad antes de los 60 años 2. Sospecha o confirmación de etiología isquémica o valvular 3. Dudas diagnósticas o terapéuticas 4. Pacientes con NYHA>II (al menos una valoración por cardiólogo) 5. Pacientes con NYHA II que no mejoran después de ajustar el tratamiento oral 6. Revisiones periódicas de pacientes estables, según el consenso local (NYHA I/II anual, NYHA III/IV semestral) 7. Progresión en pacientes con tratamiento adecuado, sin factores precipitantes 8. Más de tres visitas trimestrales a urgencias por IC 9. Más de tres ingresos anuales por IC 10. Candidatos a trasplante cardíaco o resincronización 11. Contraindicaciones o intolerancia a IECA, ARAlI, y BB, para valorar la introducción de tratamiento con hidralazina-nitratos 12. Paciente que quiera quedarse embarazada, para consejo o control del tratamiento 13. Falta de accesibilidad a pruebas diagnósticas. <p><i>Diagnóstico de Insuficiencia cardíaca asociado a orden médica (códigos CIE-9-CM):</i> 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.xx</p> <p><i>Diagnóstico de Insuficiencia cardíaca asociado a orden médica (códigos CIE-10-CM):</i> I11.0, I13.0, I13.2, I50</p>
Variables y origen	<i>Numerador:</i> tabla aud-IC-1 <i>Denominador:</i> tabla AP-IC-1

Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: - Verdú Rotellar JM., Pacheco Huergo V., Amado Guirado E., et al. Insuficiència cardíaca [En línia] Barcelona: Institut Català de la Salut, 2008. Guies de pràctica clínica, núm. 12. Disponible en: http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/insuficiencia_cardiaca/insuficiencia_cardiaca.htm
Obtención del indicador	Auditoría

Indicador GA2: Pacientes con DM correctamente derivados de manera no urgente desde la AP a endocrinología, nefrología u oftalmología

Indicador GA2: Pacientes con DM correctamente derivados de manera no urgente desde la AP a endocrinología, nefrología u oftalmología	
Enunciado del indicador	Porcentaje de pacientes con DM correctamente derivados de manera no urgente desde AP a endocrinología, nefrología u oftalmología
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> Pacientes diagnosticados de DM y derivados correctamente a endocrinología, nefrología y oftalmología en el último año <i>Denominador:</i> pacientes diagnosticados de DM que en el último año han sido derivados a endocrinología, nefrología u oftalmología
Población	Pacientes diagnosticados de DM
Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (adecuación de la derivación) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AP → <input checked="" type="checkbox"/> AE (consulta externa)
Definición de los términos	<i>Pacientes correctamente derivados desde AP a endocrinología, nefrología u oftalmología de manera no urgente:</i> - A endocrinología 1. Pacientes con diabetes que presenta dudas en la clasificación diagnóstica 2. Paciente gestante con diabetes o paciente diabética que quiere iniciar gestación 3. Paciente con DM2, con mal control metabólico y en quien el tratamiento intensivo puede mejorar la calidad y la expectativa de vida. - A nefrología 1. Creatinina > 2 mg/dl (176 micromoles/L) 2. Hipertensión arterial resistente (mal control confirmado por la automedicación de la PA, a pesar del tratamiento con tres fármacos o más, uno de ellos, un diurético) 3. Proteinuria > 1,5 g/día 4. Sospecha que la nefropatía no es de origen diabético 5. Filtración glomerular > 30 ml/min 6. Filtración glomerular entre 30 y 60 ml/min que empeora rápidamente o con hiperkalemia o hemoglobina < 10 gr/dl, sin otras causas de anemia. -A oftalmología 1. Se debe derivar en el momento del diagnóstico o al menos cada 2 años para realizar fondo de ojo si no se dispone de programa de cribado de retinografía o cuando en la retinografía periódica se detecte alguna patología. En casos de retinopatía, las exploraciones oftalmológicas han de ser más frecuentes. 2. Disminución de la agudeza visual o ceguera súbita (derivación urgente) 3. Gestación en mujeres diabéticas. <i>Diagnóstico de Diabetes mellitus tipo II asociado a orden médica (códigos CIE-9-CM):</i> 250.XX <i>Diagnóstico de Diabetes mellitus tipo II asociado a orden médica (códigos CIE-10-CM):</i> E11.X
Variables y origen	<i>Numerador:</i> tabla aud-DM-1 <i>Denominador:</i> tabla AP-DM-1

Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: - Manel Mata, Francesc Xavier Cos, Rosa Morros, et al. Abordatge de la diabetis <i>mellitus</i> tipus 2 Barcelona: Institut Català de la Salut, 2010. Guies de pràctica clínica, núm. 15. Disponible en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/diabetis/diabetis.htm
Obtención del indicador	Auditoría

Indicador GA3: Pacientes con reagudización de la IC que han sido correctamente derivados a urgencias desde la AP

Indicador GA3: Pacientes con reagudización de la IC que han sido correctamente derivados a urgencias desde la AP	
Enunciado del indicador	Porcentaje de pacientes con reagudización de la IC que han sido correctamente derivados a urgencias desde la AP
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> Pacientes con descompensación de IC y derivados correctamente a urgencias hospitalarias <i>Denominador:</i> Pacientes que acuden a urgencias por descompensación de IC derivados desde AP
Población	Pacientes con descompensación de la IC
Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (adecuación de la derivación) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AP → <input checked="" type="checkbox"/> AE (urgencias)
Definición de los términos	<i>Pacientes con IC correctamente derivados desde AP a urgencias hospitalarias:</i> 1. Manifestaciones severas (aparición de disnea de mínimos esfuerzos o de reposo, edema generalizado, etc.) 2. Pacientes en NYHA III/IV inicial o descompensación en estos pacientes 3. Pacientes en NYHA II descompensados, que empeoran o que no mejoran después de ajustar el tratamiento oral (sin respuesta a dosis máxima de diuréticos) 4. Enfermedad grave concomitante: a. Infección respiratoria o de otra localización, que requiere tratamiento hospitalario, b. IAM o angina inestable, c. ACxFA rápida a o arritmia descompensada, d. Sospecha de tromboembolismo pulmonar, e. Síncope, f. Insuficiencia renal aguda 5. Sospecha de intoxicación digitálica. <i>Diagnóstico principal de Insuficiencia cardíaca (códigos CIE-9-CM):</i> 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.xx <i>Diagnóstico principal de Insuficiencia cardíaca (códigos CIE-10-CM):</i> I11.0, I13.0, I13.2, I50
Variables y origen	<i>Numerador:</i> tabla aud-IC-2 <i>Denominador:</i> tabla AP-IC-1
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: - Verdú Rotellar JM., Pacheco Huergo V., Amado Guirado E., et al. Insuficiència cardíaca. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2008. Guies de pràctica clínica, núm. 12. Disponible en: http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/insuficiencia_cardiaca/insuficiencia_cardiaca.htm
Obtención del indicador	Auditoría

Indicador GA4: Pacientes con reagudización de EPOC que han sido correctamente derivados a urgencias desde la AP

Indicador GA4: Pacientes con reagudización de la EPOC que han sido correctamente derivados a urgencias desde la AP

Enunciado del indicador	Porcentaje de pacientes con reagudización de la EPOC que han sido correctamente derivados a urgencias desde la AP
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> Pacientes con reagudización de la EPOC y derivados correctamente a urgencias hospitalarias <i>Denominador:</i> Pacientes que acuden a urgencias por reagudización de la EPOC derivados desde AP
Población	Pacientes con reagudización de la EPOC
Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (adecuación de la derivación) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AP → <input checked="" type="checkbox"/> AE (urgencias)
Definición de los términos	<i>Pacientes con IC correctamente derivados desde AP a urgencias hospitalarias:</i> 1. Aparición de criterios de gravedad: a) EPOC grave y muy graves; b) Cianosis intensa o hipoxemia grave (sat O ₂ < 90%); c) disnea de mínimos esfuerzos o de reposo; d) Obnubilación o síntomas neurológicos; e) Frecuencia respiratoria > 25 por minuto; f) Frecuencia cardíaca > 110 por minuto; g) Respiración paradójica; h) Uso de musculatura accesoria o fracaso muscular 2. Mala respuesta a tratamiento correcto 3. Trastornos cardiovasculares: a) Insuficiencia cardíaca; b) Arritmias; c) Hipotensión; d) Shock 4. Sospecha de enfermedades asociadas potencialmente graves: a) Neumonía; b) Pneumotórax; c) Tromboembolismo pulmonar; d) Derrame pleural; e) Anemia <i>Diagnóstico de EPOC asociado a orden médica (códigos CIE-9-CM):</i> 491.2X, 492.X, 494.X i 496 <i>Diagnóstico de EPOC asociado a orden médica (códigos CIE-10-CM):</i> J41.X, J42.X, J43.X, J.44.X, J.47.X
Variables y origen	<i>Numerador:</i> tabla aud-EPOC-3 <i>Denominador:</i> tabla AP-EPOC-1
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: -C arme Anguera, Jacint Caula, José antonio Castillo, et al.Malaltia pulmonar obstructiva crònica. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2010. Guies de pràctica clínica, núm. 16. Disponible en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/mpoc/mpoc.htm
Obtención del indicador	Auditoría

Trayectoria diagnóstica completada

Indicador GN1: Pacientes con IC diagnosticado en el último año a los que se les han realizado un ecocardiograma como parte del proceso diagnóstico

Indicador GN1: Pacientes con IC diagnosticado en el último año a los que se les han realizado un ecocardiograma como parte del proceso diagnóstico	
Enunciado del indicador	Porcentaje de pacientes diagnosticados de IC en el último año a los que se les han realizado un ecocardiograma como parte del proceso diagnóstico
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> Pacientes diagnosticados de IC a los que se les ha realizado un ecocardiograma <i>Denominador:</i> Total de pacientes diagnosticados de IC en el último año
Población	Pacientes con diagnóstico de IC
Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (trayectoria diagnóstica completada) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AP → <input checked="" type="checkbox"/> AE

Definición de los términos	<i>Diagnóstico de Insuficiencia cardíaca asociado a orden médica (códigos CIE-9-CM):</i> 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.xx <i>Diagnóstico de Insuficiencia cardíaca asociado a orden médica (códigos CIE-10-CM):</i> I11.0, I13.0, I13.2, I50
VARIABLES Y ORIGEN	<i>Numerador:</i> AP-IC-1 <i>Denominador:</i> AP-IC-1
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: -Verdú Rotellar JM., Pacheco Huergo V., Amado Guirado E., et al. Insuficiència cardíaca. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2008. Guies de pràctica clínica, núm. 12. Disponible en: http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/insuficiencia_cardiaca/insuficiencia_cardiaca.htm
Obtención del indicador	Cruce de bases de datos

Accesibilidad entre niveles de atención

Indicador GN2: Tiempo medio transcurrido desde que un paciente con IC es derivado de forma no urgente ni preferente desde la AP a cardiología hasta que es atendido

Indicador GN2: Tiempo medio transcurrido desde que un paciente con IC es derivado de forma no urgente ni preferente desde la AP a cardiología hasta que es atendido	
Enunciado del indicador	Tiempo medio transcurrido desde que un paciente con IC es derivado de forma no urgente ni preferente desde la AP a cardiología hasta que es atendido
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> Sumatorio de los días transcurridos desde que un paciente con IC es derivado en AP de forma no urgente ni preferente en AP a cardiología hasta que es atendido <i>Denominador:</i> Total de pacientes con IC que son derivados de forma no urgentes ni preferentes en AP a cardiología * Cálculo adicional de la mediana, desviación estándar, máximo y mínimo
Población	Pacientes con diagnóstico de IC
Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (accesibilidad entre niveles) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AP → <input checked="" type="checkbox"/> AE (consultas externas)
Definición de los términos	<i>Diagnóstico de Insuficiencia cardíaca asociado a orden médica (códigos CIE-9-CM):</i> 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428.xx <i>Diagnóstico de Insuficiencia cardíaca asociado a orden médica (códigos CIE-10-CM):</i> I11.0, I13.0, I13.2, I50
VARIABLES Y ORIGEN	<i>Numerador:</i> AE-IC-1 <i>Denominador:</i> AP-IC-1
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: -Verdú Rotellar JM., Pacheco Huergo V., Amado Guirado E., et al. Insuficiència cardíaca [En línia] Barcelona: Institut Català de la Salut, 2008. Guies de pràctica clínica, núm. 12. Disponible en: http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/insuficiencia_cardiaca/insuficiencia_cardiaca.htm
Obtención del indicador	Cruce de bases de datos

Indicador GN3: Tiempo transcurrido desde la derivación de un paciente con sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga y próstata) hasta la primera consulta en la atención

especializada

Indicador GN3: Tiempo transcurrido desde la derivación de un paciente con sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga y próstata) hasta la primera consulta en la atención especializada	
Enunciado del indicador	Tiempo medio en días transcurrido desde la derivación de un paciente por sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata) desde la atención primaria hasta la primera consulta en la atención especializada
Fórmula operativa	<p><i>Numerador:</i> Sumatorio de los días transcurrido desde la derivación de un paciente por sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata) desde la atención primaria hasta la primera consulta en el programa de diagnóstico rápido</p> <p><i>Denominador:</i> Total de pacientes derivados desde atención primaria a la atención especializada por sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata)</p> <p>* Cálculo adicional de la mediana, la desviación estándar, máximo y mínimo</p> <p>* Se calculará para cada tipo de cáncer por separado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicador GN3a: cáncer de pulmón - Indicador GN3b: cáncer colorrectal - Indicador GN3c: cáncer de mama - Indicador GN3d: cáncer de vejiga - Indicador GN3e: cáncer de próstata
Población	Pacientes con sospecha de de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata)
Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (accesibilidad entre niveles) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AP → <input checked="" type="checkbox"/> AE
Definición de los términos	-
Variables y origen	<i>Numerador:</i> AE- sospecha de cáncer <i>Denominador:</i> AP-sospecha de cáncer
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. CatSalut. Instrucció 04/2005 y 02/2007 acerca del Circuito de diagnóstico rápido (CDR) de cáncer de pulmón, colorrectal, mama, vejiga y próstata
Obtención del indicador	Cruce de bases de datos

Indicador GN4: Tiempo transcurrido desde la derivación de un paciente con sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga y próstata) hasta el diagnóstico de cáncer

Indicador GN4: Tiempo transcurrido desde la derivación de un paciente con sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga y próstata) hasta el diagnóstico de cáncer	
Enunciado del indicador	Tiempo medio en días transcurrido desde la derivación de un paciente por sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga y próstata) desde la atención primaria hasta el diagnóstico de cáncer

Fórmula operativa	<p><i>Numerador:</i> Sumatorio de los días transcurrido desde la derivación de un paciente por sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga y próstata) desde la atención primaria hasta el diagnóstico de cáncer</p> <p><i>Denominador:</i> Total de pacientes con sospecha de cáncer iniciada en la atención primaria (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga y próstata) y con diagnóstico posterior de cáncer</p> <p>* Cálculo adicional de la mediana, la desviación estándar, máximo y mínimo</p> <p>* Se calculará para cada tipo de cáncer por separado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicador GN4a: cáncer de pulmón - Indicador GN4b: cáncer colorrectal - Indicador GN4c: cáncer de mama - Indicador GN4d: cáncer de vejiga - Indicador GN4e: cáncer de próstata
Población	Pacientes con diagnóstico de de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata)
Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (accesibilidad entre niveles) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AP → <input checked="" type="checkbox"/> AE
Definición de los términos	-
Variables y origen	<i>Numerador:</i> AE- sospecha de cáncer <i>Denominador:</i> AP-sospecha de cáncer
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: - Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. CatSalut. Instrucció 04/2005 y 02/2007 acerca del Circuito de diagnóstico rápido (CDR) de cáncer de pulmón, colorrectal, mama, vejiga y próstata
Obtención del indicador	Cruce de bases de datos

Indicador GN5: Tiempo transcurrido desde la derivación de un paciente con sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga y próstata) hasta el inicio del tratamiento del cáncer (cirugía y/o quimioterapia y/o radioterapia)

Indicador GN5: Tiempo transcurrido desde la derivación de un paciente con sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga y próstata) hasta el inicio del tratamiento del cáncer (cirugía y/o quimioterapia y/o radioterapia)	
Enunciado del indicador	Tiempo transcurrido desde la derivación de un paciente con sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga y próstata) hasta el inicio del tratamiento del cáncer (cirugía y/o quimioterapia y/o radioterapia)

Fórmula operativa	<p><i>Numerador:</i> Sumatorio de los días transcurridos desde la derivación de un paciente por sospecha de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata) iniciada en la atención primaria hasta el inicio del tratamiento por cáncer (cirugía y/o quimioterapia y/o radioterapia)</p> <p><i>Denominador:</i> Total de pacientes diagnosticados de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata) derivados al CDR desde AP y que inician tratamiento de cirugía, quimioterapia y/o radioterapia en el hospital al que fueron referidos desde la atención primaria</p> <p>* Cálculo adicional de la mediana, la desviación estándar, máximo y mínimo</p> <p>* Se calculará para cada tipo de cáncer por separado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicador GN5a: cáncer de pulmón - Indicador GN5b: cáncer colorrectal - Indicador GN5c: cáncer de mama - Indicador GN5d: cáncer de vejiga - Indicador GN5e: cáncer de próstata
Población	Pacientes con diagnóstico de de cáncer (de pulmón, colorrectal, mama, vejiga o próstata) que inician tratamiento de cirugía, quimioterapia y/o radioterapia en el mismo hospital al que fueron referidos desde la atención primaria
Tipo de indicador	- Coordinación de la gestión (accesibilidad entre niveles) - Indicador de proceso
Niveles asistenciales	<input checked="" type="checkbox"/> AP → <input checked="" type="checkbox"/> AE
Definición de los términos	-
Variables y origen	<i>Numerador:</i> AE- sospecha de cáncer <i>Denominador:</i> AP-sospecha de cáncer
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: - Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. CatSalut. Instrucció 04/2005 y 02/2007 acerca del Circuito de diagnóstico rápido (CDR) de cáncer de pulmón, colorrectal, mama, vejiga y próstata
Obtención del indicador	Cruce de bases de datos

3. Indicadores de resultado de la coordinación

Reingresos por EPOC e IC

Indicador R1: Reingresos urgentes por EPOC

Indicador R1: Reingresos urgentes por EPOC	
Enunciado del indicador	Porcentaje de reingresos urgentes por EPOC
Fórmula operativa	<p><i>Numerador:</i> Reingresos por EPOC urgentes a los 7 días <i>Denominador:</i> Total de ingresos por EPOC</p> <p><i>Numerador:</i> Reingresos por EPOC urgentes a los 30 días <i>Denominador:</i> Total de ingresos por EPOC</p> <p><i>Numerador:</i> Reingresos por EPOC urgentes a los 180 días <i>Denominador:</i> Total de ingresos por EPOC</p>
Población	Pacientes con diagnóstico de EPOC y asignados a las ABS de estudio.
Tipo de indicador	- Indicador de resultado

Definición de los términos	<i>EPOC (códigos CIE-9-CM): 518.81, 518.84, 491.2, 492.8, 493.2, 494 i 496</i> <i>EPOC (códigos CIE-10-CM): J41, J41.0, J41.1, J41.8, J42, J43, J43.0, J43.1, J43.2, J43.8, J43.9, J44, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9, J47</i>
VARIABLES Y ORIGEN	Obtener a partir del conjunto de indicadores de <i>Benchmarking de l'activitat dels hospitals d'aguts de Catalunya</i> <i>Numerador y denominador: AE-EPOC-1</i>
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: - Indicadors de reingressos relacionats clínicament. Any 2011. <i>Benchmarking de l'activitat dels hospitals d'aguts de Catalunya</i> . Divisió de Registres de Demanda i Activitat Maig 2012. - Informe d'avaluació sanitària del projecte per a la implantació d'un sistema de compra de base poblacional. Catsby. Departament de Salut - Central de Resultats Observatori del sistema de salut de Catalunya. Quart informe. Àmbit Hospitalari. Juliol de 2012
Obtención del indicador	Base de datos hospitalaria

Indicador R2: Reingresos urgentes por IC

Indicador R2: Reingresos urgentes por IC	
Enunciado del indicador	Porcentaje de reingresos urgentes por IC
Fórmula operativa	<i>Numerador: Reingresos por IC urgentes a los 7 días</i> <i>Denominador: Total de ingresos por IC</i> <i>Numerador: Reingresos por IC urgentes a los 30 días</i> <i>Denominador: Total de ingresos por IC</i> <i>Numerador: Reingresos por IC urgentes a los 180 días</i> <i>Denominador: Total de ingresos por IC</i>
Población	Pacientes con diagnóstico de IC y asignados a las ABS de estudio.
Tipo de indicador	- Indicador de resultado
Definición de los términos	<i>Insuficiencia cardíaca (códigos CIE-9-CM): 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428, 428.0, 428.1, 428.2, 428.3, 428.4, 428.9</i> <i>Insuficiencia cardíaca (códigos CIE-10-CM): I11.0, I12.0, I13.0, I13.2, I50, I50.0, I50.1, I50.9</i>
VARIABLES Y ORIGEN	Obtener a partir del conjunto de indicadores de <i>Benchmarking de l'activitat dels hospitals d'aguts de Catalunya</i> <i>Numerador y denominador: AE-IC-2</i>
Origen del indicador	Adaptado por el equipo investigador a partir de la bibliografía: - Indicadors de reingressos relacionats clínicament. Any 2011. <i>Benchmarking de l'activitat dels hospitals d'aguts de Catalunya</i> . Divisió de Registres de Demanda i Activitat Maig 2012. - Informe d'avaluació sanitària del projecte per a la implantació d'un sistema de compra de base poblacional. Catsby. Departament de Salut - Central de Resultats Observatori del sistema de salut de Catalunya. Quart informe. Àmbit Hospitalari. Juliol de 2012
Obtención del indicador	Base de datos hospitalaria

Hospitalizaciones evitables

Indicador R3: Hospitalizaciones evitables por IC

Indicador R3: Hospitalizaciones evitables por IC
--

Enunciado del indicador	Porcentaje de hospitalizaciones evitables por IC
Fórmula operativa	<i>Numerador:</i> Pacientes con hospitalización evitable por IC <i>Denominador:</i> Pacientes con diagnóstico de IC
Población	Pacientes con diagnóstico de IC y asignados a las ABS de estudio
Tipo de indicador	- Indicador de resultado
Definición de los términos	<i>Insuficiencia cardíaca (códigos CIE-9-CM):</i> 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428, 428.0, 428.1, 428.2, 428.3, 428.4, 428.9 <i>Insuficiencia cardíaca (códigos CIE-10-CM):</i> I11.0, I12.0, I13.0, I13.2, I50, I50.0, I50.1, I50.9 <i>Hospitalización evitable:</i> hospitalización convencional y cirugía mayor ambulatoria con diagnóstico principal definido como un <i>Ambulatory Care Sensitive Condition</i> u hospitalización evitable: - <i>Enfermedad cardíaca hipertensiva maligna con IC; CIE-9-CM: 402.01</i> - <i>Enfermedad cardíaca hipertensiva benigna con IC; CIE-9-CM: 402.11</i> - <i>Enfermedad cardíaca hipertensiva sin especificar con IC; CIE-9-CM: 402.91</i> - <i>Fallo cardíaco: CIE-9-CM:428</i> - <i>Edema agudo de pulmón, sin especificar; CIE-9-CM: 518.4</i>
Variables y origen	<i>Numerador y denominador:</i> AE-IC-2
Origen del indicador	- Central de Resultats. Segon informe Decembre de 2010. Departament de Salut - Caminal HJ, Starfield B, Sanchez RE, Hermosilla PE, Martin MM. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions en Cataluña. Rev Clin Esp 2001;201(9):501-7.
Obtención del indicador	Base de datos hospitalaria

BIBLIOGRAFÍA

ABIM Foundation, American College of Physicians, Society of Hospital Medicine, & The Physician Consortium for Performance Improvement 2009, *Care Transitions: Performance Measurement Set. Phase I: Inpatient Discharges & Emergency Department Discharges*, American Medical Association.

American College of Physicians, Physician Consortium for Performance Improvement, & National Committee for Quality Assurance 2011, *Emergency medicine: physician performance measurement set*.

American College of Physicians, Physician Consortium for Performance Improvement, & National Committee for Quality Assurance 2010, *Melanoma II: physician performance measurement set*.

Bertrán, P. 2006, "Coordinación entre niveles asistenciales. Una propuesta para su evaluación", *Tesis del Máster de Salud Pública. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona*.

Bird, J. C., Beynon, G. J., Prevost, A. T. et.al. 1998, "An analysis of referral patterns for dizziness in the primary care setting", *Br.J.Gen.Pract.*, vol. 48, no. 437, pp. 1828-1832.

Coleman, E. A., Eilertsen, T. B., Magid, D. J. et.al. 2002, "The association between care coordination and emergency department use in older managed care enrollees", *Int.J.Integr.Care*, vol. 2, p. e03.

Contel JC 2002, "La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida.", *Atención Primaria*, vol. 29, no. 8, pp. 502-506.

Donabedian, A. 1980, "Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care", *Med.Care Rev.*, vol. 37, no. 7, pp. 653-698.

Gandara, E., Ungar, J., Lee, J. et.al. 2010, "Discharge documentation of patients discharged to subacute facilities: a three-year quality improvement process across an integrated health care system", *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, vol. 36, no. 6, pp. 243-251.

Glendinning, C., Jacobs, S., Alborz, A. et.al. 2002, "A survey of access to medical services in nursing and residential homes in England", *Br.J.Gen.Pract.*, vol. 52, no. 480, pp. 545-548.

Henaó D, Vázquez ML, Vargas I et.al. 2007, "Coordinación asistencial en las organizaciones sanitarias integradas según directivos y profesionales", *Gac Sanit*, vol. 21, no. (Supl 2), p. 63.

Hermann, R. C., Palmer, H., Leff, S. et.al. 2004, "Achieving consensus across diverse stakeholders on quality measures for mental healthcare", *Med.Care*, vol. 42, no. 12, pp. 1246-1253.

Hermens, R. P., Ouwens, M. M., Vonk-Okhuijsen, S. Y. et.al. 2006, "Development of quality indicators for diagnosis and treatment of patients with non-small cell lung cancer: a first step toward implementing a multidisciplinary, evidence-based guideline", *Lung Cancer*, vol. 54, no. 1, pp. 117-124.

Institute of Medicine 2001, *Envisioning the National Health Care Quality Report* National Academies Press, Washington, DC.

- Lee, D. S., Tran, C., Flintoft, V. et.al. 2003, "CCORT/CCS quality indicators for congestive heart failure care", *Can.J.Cardiol.*, vol. 19, no. 4, pp. 357-364.
- McDonald, K. M., Schultz, E., Albin, L., Pineda, N., Lonhart, J., Sundaram, V., Smith-Spangler, C., Brustom, J., & Malcom, E. 2010, *Care Coordination Measures Atlas*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, AHRQ Publication No. 11-0023-EF.
- McDonald, K., Sundaram, V., Bravata, D., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S., McKinnon, M., Paguntalan, H., & Owens, D. 2007, *Care Coordination. Vol 7. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies.*, Technical Review 9. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- National Quality Forum 2010, *Preferred practices and performance measures for measuring and reporting care coordination. A consensus report*, NQF, Washington.
- Ortún V. 1998, "La articulación entre niveles asistenciales: Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos," Masson, Barcelona, pp. 349-357.
- Ouwens, M. M. M. T., Hermens, R. R. P. M., Hulscher, M. M. E. J. et.al. 2009, "Impact of An Integrated Care Program for Patients with Head and Neck Cancer on the Quality of Care", *Head and Neck-Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck*, vol. 31, no. 7, pp. 902-910.
- Ovretveit, J. 1995, *Purchasing for health* Open University Press, Buckingham.
- Øvretveit, J. 2009, *Does improving quality save money?*, Health Foundation, London.
- Reid, R., Haggerty, J., & McKendry, R. 2002, *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare* Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa.
- Sharma, G., Fletcher, K. E., Zhang, D. et.al. 2009, "Continuity of outpatient and inpatient care by primary care physicians for hospitalized older adults", *JAMA*, vol. 301, no. 16, pp. 1671-1680.
- Shortell, S., Gillies, R., Anderson, D., Morgan, K., & Mitchell, J. 1996, *Remaking health care in America*, 1^a edn, San Francisco: Tje Jossey-Bass health care series.
- Starfield, B. 2002, "Coordinación de la atención en salud," in *Atención primaria.*, Starfiel B, ed., Masson, Barcelona, pp. 233-265.
- Sytma, S., Micciolo, R., & Tansella, M. 1997, "Continuity of care for patients with schizophrenia and related disorders: a comparative south-Verona and Groningen case-register study", *Psychol.Med.*, vol. 27, no. 6, pp. 1355-1362.
- Terraza, R., Vargas, I., & Vázquez, M. 2006, "La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas", *Gac Sanit*, vol. 20, no. 6, pp. 485-95.
- Thomas, R. J., King, M., Lui, K. et.al. 2007, "AACVPR/ACC/AHA 2007 performance measures on cardiac rehabilitation for referral to and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention services", *Circulation*, vol. 116, no. 14, pp. 1611-1642.
- Thomas, R. J., King, M., Lui, K. et.al. 2010, "AACVPR/ACCF/AHA 2010 update: performance measures on cardiac rehabilitation for referral to cardiac rehabilitation/secondary prevention services: a report of the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Clinical Performance Measures for

Cardiac Rehabilitation)", *Circulation*, vol. 122, no. 13, pp. 1342-1350.

Tu, J. V., Khalid, L., Donovan, L. R. et.al. 2008, "Indicators of quality of care for patients with acute myocardial infarction", *CMAJ*, vol. 179, no. 9, pp. 909-915.

van Walraven, C., Taljaard, M., Bell, C. M. et.al. 2010a, "A prospective cohort study found that provider and information continuity was low after patient discharge from hospital", *J.Clin.Epidemiol.*, vol. 63, no. 9, pp. 1000-1010.

van Walraven, C., Taljaard, M., Bell, C. M. et.al. 2010b, "A prospective cohort study found that provider and information continuity was low after patient discharge from hospital", *J.Clin.Epidemiol.*, vol. 63, no. 9, pp. 1000-1010.

Vargas, I., Vázquez, M. L., Henao, D., & de Campos, C. 2012, *Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes Integradas de Servicios de Salud*, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington.

Vargas, I., Vázquez, M., Terraza, R. et.al. 2008, "El impacto de un sistema de compra caputivo en la coordinación asistencial", *Gac Sanit*, vol. 22, no. 3, pp. 218-226.

Vázquez ML & Vargas I 2009, *Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos*, Segunda edn, Consorci Hospitalari de Catalunya CHC, Barcelona.

Vázquez, M., Vargas, I., Unger, J. et.al. 2009, "Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis", *Revista Panamericana de Salud Publica*, vol. 26, no. 4, pp. 360-367.

Vergeles-Blanca JM 2002, "Relación entre atención primaria y especializada: El reto permanente", *Cuadernos de gestión*, vol. 8, no. 4, pp. 159-166.

Wegner, N. & Young, R. 2004, *Quality Indicators of Continuity and Coordination of Care for Vulnerable Elder Persons*, RAND.

ANEXO 1: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y RESULTADOS

1) MEDLINE-PUBMED; 19/05/2011

	Nº de referencias
1. Coordinación asistencial	
"Coordinated care" OR "coordination of care" OR "integrated care" OR "shared care" OR "transitional care" OR "continuity of care"	5.573
2. Entre niveles	
"Primary care" OR "family practice" OR "Generalist" OR "GP" OR "outpatient" OR "secondary care" OR "especialized" OR "impatient" OR "hospitalization" OR "hospitalisation" OR "care levels" OR "interface" OR "cross-level" OR "referral" OR "communication"	655.466
3. Indicadores	
measure OR measures OR indicator*	939.670
4. (1) AND (2) AND (3)	466

2) ISI WEB OF KNOWLEDGE; SOCIAL SCIENCE CITATION INDEX & SCIENCE CITATION INDEX 19/05/2011

	Nº de referencias
1. Coordinación asistencial	
"Coordinated care" OR "care coordination" OR "collaborative care" OR "integrated care" OR "shared care" OR "transitional care" OR "continuity of care" OR "care continuity" OR "informational continuity" OR "managerial continuity" OR "management continuity"	5.509
2. Entre niveles	
"Primary care" OR "family practice" OR "Generalist" OR "GP" OR "outpatient" OR "secondary care" OR "especialized" OR "especialised" OR "impatient" OR "hospitalization" OR "hospitalisation" OR "care levels" OR "interface" OR "cross-level" OR "referral" OR "communication"	>100.000
3. Indicadores	
measure OR measures OR indicator*	>100.000
4. (1) AND (2) AND (3)	500
Duplicados	266
TOTAL	234

3) ECONLIT; 19/05/2011

	Nº de referencias
1. Coordinación asistencial	
TX (Coordinated care) OR (care coordination) OR (collaborative care) OR (integrated care) OR (shared care) OR (transitional care) OR (continuity of care) OR (care continuity) OR (informational continuity) OR (managerial continuity) OR (management continuity)	129
2. Entre niveles	

TX (Primary care) OR (family practice) OR (Generalist) OR (GP) OR (outpatient) OR (secondary care) OR (especialized) OR (especialised) OR (inpatient) OR (hospitalization) OR (hospitalisation) OR (care levels) OR (interface) OR (cross-level) OR (referral) OR (communication)	25.224
3. Indicadores	
TX measure OR measures OR indicator*	51.184
4. (1) AND (2) AND (3)	4
Duplicados	3
TOTAL	1

4) CINAHL; 19/05/2011

	Nº de referencias
1. Coordinación asistencial	
AB (Coordinated care) OR (care coordination) OR (collaborative care) OR (integrated care) OR (shared care) OR (transitional care) OR (continuity of care) OR (care continuity) OR (informational continuity) OR (managerial continuity) OR (management continuity)	5.092
2. Entre niveles	
AB (Primary care) OR (family practice) OR (Generalist) OR (GP) OR (outpatient) OR (secondary care) OR (especialized) OR (especialised) OR (inpatient) OR (hospitalization) OR (hospitalisation) OR (care levels) OR (interface) OR (cross-level) OR (referral) OR (communication)	74.288
3. Indicadores	
AB measure OR measures OR indicator*	104.884
4. (1) AND (2) AND (3)	296
Duplicados	139
TOTAL	

5) LILACS; 19/05/2011

	Nº de referencias
((coordinación) OR (continuidad) OR (colaborativa) OR (transición) OR (compartido)) AND ((asistencial) OR (de la atención)) AND (indicador OR indicadores OR medida OR medición OR mediciones) [Palabras del resumen]	5
Duplicados	0
TOTAL	5

Documento de trabajo