

INSTRUCCIONES DEL RAE-CMBD

AÑO 2016

I. INTRODUCCIÓN

II. CUMPLIMENTACIÓN DE LAS VARIABLES

1. VARIABLES IDENTIFICATIVAS DEL PROVEEDOR
2. VARIABLES IDENTIFICATIVAS DEL PACIENTE
3. VARIABLES IDENTIFICATIVAS DEL EPISODIO ASISTENCIAL
4. VARIABLES DE INFORMACIÓN CLÍNICA

III. MODELO DE DATOS

29 de agosto de 2016

I. INTRODUCCIÓN

El 10 de febrero de 2015 se publicó el RD 69/2015 que regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE).

La publicación de este Registro fue consecuencia de años de trabajo del CT del CMBD y la UT de la CIE y la Sub-Comisión de SIS, como grupos de trabajos del CISNS, que en base al CMBD existente concibieron un Registro de mayor alcance adaptado a los cambios de la práctica clínica de los últimos años.

El objetivo del RAE es ampliar el alcance del anterior CMBD en términos de contenidos, cobertura y finalidades, abarcando con un mismo instrumento diferentes productos de información y estadísticos y convirtiendo el registro en un referente y fuente de datos para la planificación y gestión sanitaria y la investigación clínica, epidemiológica y de servicios de salud, poniéndolo a disposición de los diferentes agentes del sistema y usuarios del Sistema de Información Sanitaria.

Posterior a su publicación, el RAE fue objeto de la publicación de una corrección de errores que afectaban al modelo de datos.

El documento actual abarca criterios comunes de consenso entre los responsables autonómicos y del ministerio sobre aspectos operativos de la información registrada y los procedimientos para su validación y envío de datos y tienen como objeto garantizar la normalización de la información contenida en el RAE Estatal.

Dichos criterios son de aplicación en el año 2016, primer año de aplicación del RAE, pudiendo ser posteriormente modificado en función del proceso de implementación.

El documento recoge el trabajo realizado por el Comité de revisión de las variables del RAE y los aspectos que se han considerado objeto de interés en cuanto a normalización. Al final del mismo se presenta el modelo de datos con las modificaciones consensuadas respecto al modelo publicado.

Como complemento a este documento se están preparando las tablas con los identificadores de los códigos de centro y las tablas de CCS con objeto de que puedan servir de referente para cirugía ambulatoria en el año 2016.

II. CUMPLIMENTACIÓN DE LAS VARIABLES

En este documento se presentan las variables del RAE clasificadas en función del tipo de información que proporcionan:

1. V. IDENTIFICATIVAS DEL PROVEEDOR

- CCAA
- Centro Sanitario

2. V. IDENTIFICATIVAS DEL PACIENTE

- Tipo de código de Identificación Personal
- Código de Identificación paciente
- NHC
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- País de nacimiento
- Código postal del domicilio habitual del paciente
- Municipio del domicilio habitual del paciente

3. V. IDENTIFICATIVAS DEL EPISODIO ASISTENCIAL

- Tipo de contacto
- Procedencia
- Circunstancias de la atención
- Régimen de financiación
- Tipo de visita
- Fecha y hora de inicio de atención
- Fecha y hora de orden de ingreso
- Fecha y hora de intervención
- Ingreso en Cuidados Intensivos
- Días de estancia en UCI
- Servicio Responsable de la atención
- Fecha y hora de finalización de la atención
- Tipo de alta
- Dispositivo de continuidad asistencial

4. V. DE INFORMACIÓN CLÍNICA

- Diagnóstico principal
- Marcado POA del diagnóstico principal
- Diagnósticos secundarios
- Marcado POA de los diagnósticos secundarios
- Códigos de morfología de neoplasias
- Procedimientos realizados en el centro
- Procedimientos realizados en otros centros

1. V. IDENTIFICATIVAS DEL PROVEEDOR

▪ Centro Sanitario

- **Ámbito de aplicación**
 - En el RAE se establece una implantación progresiva del Registro y se especifica el plazo de inicio del Registro para los distintos tipos de Centro sanitario y de contacto.
 - Los centros sanitarios que son ámbito de aplicación del RAE son Hospitales y Centros ambulatorios especializados.
 - Se acuerda asimilar los centros **C1.90** a los C1.1 y C1.2 como hospitales de agudos en lo que a RAE se refiere.
 - Sin perjuicio de que puedan incorporarse al RAE todos los hospitales que dispongan ya de dicho registro, en el año 2016 están obligados a su envío los hospitales de agudos.

- **Identificación del centro**
 - La variable centro sanitario se cumplimenta con el código del Catálogo Nacional de Hospitales (CNH) en los hospitales y con el Código del Registro General de Centros y Establecimientos sanitarios (REGCESS) en los centros ambulatorios especializados.
 - En el modelo de datos la longitud del **campo CEN_SAN** debe ser **10 dígitos**, longitud del código REGCESS.
 - Se proporcionarán las tablas correspondientes.

2. VARIABLES IDENTIFICATIVAS DEL PACIENTE

▪ Tipo de código de Identificación Personal

En el RAE se especifican 6 posibles códigos de identificación del paciente además del valor "9. Desconocido" que consta en el modelo de datos.

Se acuerda incluir **el valor "8. Otros"** a asignar en caso de pacientes para el que no apliquen los valores previos, como el caso de pacientes extranjeros que no presentan pasaporte sino carta o documento de identidad de su país.

▪ Código postal y municipio del domicilio habitual del paciente

Estas dos variables son identificativas de la residencia del paciente y aunque es deseable contar con ambas, es **preciso cumplimentar al menos una** de ellas, siendo el **código postal**, de uso actual más generalizado, **prioritario sobre el municipio**.

3. VARIABLES IDENTIFICATIVAS DEL EPISODIO ASISTENCIAL

▪ Tipo de contacto

La variable tipo de contacto es clave en el RAE para la identificación y caracterización de las diferentes modalidades asistenciales incluidas en el mismo. La ampliación de modalidades asistenciales en el nuevo Registro respecto al CMBD permite mayor conocimiento del proceso de atención, siendo de especial importancia la consideración y normalización de los aspectos relacionados con la continuidad de contactos a nivel cronológico.

El RAE establece la unificación de contactos ante la situación de contactos seguidos -desde una modalidad ambulatoria o domiciliaria a hospitalización- sin separación temporal entre ellos, con la excepción de que el motivo de la continuidad sea complicación.

En la tabla siguiente se recogen los aspectos de interés explícitos en el RAE en relación con contactos continuados.

Modalidad de procedencia	Número de episodios tras hospitalización	Observaciones/excepciones
<ul style="list-style-type: none">• H. a domicilio	<ul style="list-style-type: none">• Siempre 2 episodios	2 episodios siempre, independientemente de si la hospitalización es por complicación
<ul style="list-style-type: none">• H. día médico• Cirugía ambulatoria• Proc. alta complejidad	<ul style="list-style-type: none">• Si permanencia > 24h: se considera como 1 solo episodio de hospitalización	2 episodios en caso de complicación
<ul style="list-style-type: none">• Urgencias	<ul style="list-style-type: none">• Si permanencia > 24 h: se considera como 1 solo episodio de hospitalización• Si se indica ingreso y pasa a hospitalización: 1 solo episodio de hospitalización	

Respecto al **contacto de urgencias que finalmente es hospitalizado** se han hecho consideraciones en el Comité Técnico referidas a aspectos organizativos y de gestión propios de las diferentes comunidades y puntualizado que, al disponer en el RAE de la variable fecha/hora de orden de ingreso y de inicio de atención, es posible la individualización de los contactos. Se mantiene el criterio de **único episodio** independientemente de que el motivo de dicha hospitalización sea complicación.

Los **contactos de urgencias de > 24 horas** se aceptarán y no se hará cambio normalizador para los registros de 2016 en el tipo de contacto, siendo aceptados como contactos de esta modalidad los que lleguen registrados como tal, independientemente del tiempo pasado en dicha modalidad. Será, no obstante, objeto de valoración y análisis posterior.

- **Procedencia**

Esta variable permite ampliar información respecto a coordinación de niveles y dispositivos asistenciales.

Se ha acordado modificar la descripción del valor “28. Otros servicios” por la de **“28. Otros servicios del propio hospital”** para diferenciarlo del valor “80. Otros”.

- **Variables fecha y hora**

El formato de estas variables del modelo de datos del RAE es “ddmmaa hhmi”.

Se acuerda, en caso de que **se desconozca** la hora-minutos, cumplimentar **“hhmm”** con el **valor válido 0000**, en lugar del valor 9999 -imposible en dicho formato-.

- **Fecha y hora de intervención**

En el RAE se explicita su cumplimentación en caso de que durante el contacto se haya practicado una intervención quirúrgica u otro procedimiento en el que se haya requerido el uso de quirófano.

Se desestima por el momento, por las dificultades técnicas de descarga de los SIS, la propuesta de asimilar, respecto a esta variable, los procedimientos realizados en salas de especial complejidad (específicamente Hemodinámica) a los procedimientos realizados en quirófano.

- **Ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)**

En el RAE se especifican las Unidades que a efectos del Registro se consideran asimilables a UCI. Se ha valorado y desestimado la propuesta de incluir entre las mismas a las Unidades de Ictus.

- **Días de estancia en UCI**

En RAE se hace referencia a “los días que el paciente permanece en la UCI” y en el modelo de datos la variable se recoge con formato numérico de 3 dígitos.

Se acuerda cumplimentar esta variable **en días** con formato de número entero sin decimales y sin aplicar redondeo.

Específicamente una **estancia en la unidad de menos de 24 horas** se consignará como **0 días** de estancia, información que será complementaria a la cumplimentada como “SI” de la variable previa referente a ingreso en UCI.

4. VARIABLES DE INFORMACIÓN CLÍNICA

▪ Diagnóstico principal

La UT-CIE en colaboración con el CT-CMBD ha elaborado un listado, orientado a la extracción homogénea del RAE-CMBD, con los códigos diagnósticos no válidos como diagnóstico principal. El listado está ya a disposición de los miembros del Comité Técnico y será actualizado periódicamente con las directrices de codificación de US y las adaptaciones locales necesarias acordadas.

▪ Marcador POA del diagnóstico principal y diagnósticos secundarios

Al igual que respecto a códigos no válidos como diagnóstico principal, se ha elaborado un listado de códigos diagnósticos exentos de POA, que se encuentra disponible para los miembros del Comité.

Este marcador aplica en el tipo de contacto de hospitalización convencional.

▪ Códigos de morfología de neoplasias

La estructura del código de morfología es - - - - / - - , constando correctamente 7 posiciones de longitud del campo en el modelo de datos.

El 6º dígito (séptima posición) corresponde a un nuevo dígito que permite a los centros ampliar información respecto al grado de diferenciación. La información proporcionada por este dígito es muy específica por lo que es posible una baja cumplimentación del mismo.

▪ Procedimientos realizados en el centro y otros centros

- Específicamente respecto a la modalidad asistencial de **Cirugía ambulatoria** y para que puedan servir como referente de registro, se van a compartir las **tablas del sistema de clasificación de CCS**, actualizadas y traducidas para el SNS por Andalucía. Adicionalmente se facilitará una tabla de referencia para los procedimientos de seguimiento de lista de espera quirúrgica.
- Se adopta la recomendación elaborada por la UT-CIE10 de priorización de codificación de los procedimientos relevantes, recogida en el Acta de la 39ª reunión de la Unidad, celebrada en octubre de 2015. Dicha recomendación establece:
 - Con el fin de facilitar la codificación de los procedimientos en los episodios de **hospitalización de agudos**, la UT-CIE10ES recomienda que se priorice la codificación de procedimientos terapéuticos y dentro de los procedimientos diagnósticos aquellos que tengan un carácter invasivo.

- Las pruebas de imagen (Rx, TAC, RM, etc.) incluyendo las que precisan contraste, no son consideradas prioritarias, salvo en aquellos casos en los que supongan una especial relevancia o sean el único procedimiento asociado al diagnóstico.
 - Tampoco se consideran relevantes, los procedimientos de introducción y transfusión de la sección 3 de Administración (sueros, antibioterapia, oxigenoterapia transfusiones...etc.), excepto que estén vinculados directamente con el diagnóstico de ingreso, o sean fármacos y sustancias de especial relevancia (quimioterapia, proteína morfogenética, etc.).
 - El mismo criterio deberá aplicarse a los procedimientos incluidos en otras secciones y cuya codificación no aporte más que la realización de procedimientos y pruebas complementarias (ECG, EEG, saturación de O2, espirometrías, etc.).
- Finalmente, respecto a la situación de procedimientos múltiples, el tratamiento de la información se atenderá a la Norma de Codificación de la UT-CIE10 de octubre de 2015, en la que se establece codificar con un solo código el procedimiento que se realice repetidamente en una misma estructura anatómica.

III. MODELO DE DATOS DEL RAE-CMBD

Se han acordado las siguientes modificaciones del modelo de datos publicado en el BOE en relación con las instrucciones operativas previas:

- Campo Código Centro Sanitario: modificación de longitud y formato, pasando de ser campo de carácter de 9 dígitos a carácter de **10 dígitos**, siendo válido el 0.
- Campo Tipo de código de Identificación Personal: inclusión del nuevo valor **“8. Otros”**.
- Campo Procedencia: modificación del valor “28. Otros servicios” por **“28. Otros servicios del propio hospital”**.