

CMBD 2016 y 2017 CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS HOSPITALIZACIÓN

Registro de las altas de hospitalización (hospital convencional y a domicilio) producidas en el período.

Estructura:

Nombre del campo	Tipo	Ancho
CENTRO	Carácter	6
ID_ANONIMO-HOSPITAL	Carácter	9
TIP_CIP	Carácter	1
ID_ANONIMO-CM	Numérico	Entero largo
FECNAC	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
SEXO	Carácter	1
PAIS_NAC	Carácter	3
REGFIN	Carácter	3
CIAS_PRO	Carácter	6
PROCED	Carácter	1
HOSPROC	Carácter	6
FECURG	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
FECING	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
TIPING	Carácter	1
SERVING	Carácter	3
SERVALT	Carácter	3
FECALT	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
TIPALT	Carácter	2
FECINT	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
FECINT2	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
M1 a M7	Carácter	7
C1	Carácter	8
POAC1	Carácter	1
CE1	Carácter	8
POACE1	Carácter	1
C2 a C20	Carácter	8
POAC2 a POAC20	Carácter	1
P1-P22	Carácter	7
P1_EXT-P6_EXT	Carácter	7
FECPART	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
SEMGEST	Carácter	2

RNVIVOS	Numérico. Byte	1
MORTINATO	Numérico. Byte	1
FECTRAS1	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
SERVTRAS1	Carácter	3
FECTRAS2	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
SERVTRAS2	Carácter	3
FECTRAS3	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
SERVTRAS3	Carácter	3
FECTRAS4	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
SERVTRAS4	Carácter	3
FECTRAS5	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
SERVTRAS5	Carácter	3
FECTRAS6	Fecha / hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
SERVTRAS6	Carácter	3
FECTRAS7	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
SERVTRAS7	Carácter	3
FECTRAS8	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
SERVTRAS8	Carácter	3
COD_POSTAL	Carácter	5
MUNICIPI	Carácter	6
HOSPDEST	Carácter	6
CIE	Carácter	2

- Los campos fecha/hora, tendrán formato 24 horas.

Definición de los campos:

CENTRO: Código de identificación del centro del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad de Madrid (Tabla).

ID_ANONIMO_HOSPITAL: Código anónimo del paciente en el hospital

TIP_CIP: Tipo de código de Identificación Personal.

Esta variable indica qué código se utiliza para la identificación personal del paciente.

Las categorías posibles de esta variable son:

- 1) Código de identificación personal de la de la Tarjeta Sanitaria Individual de la Comunidad de Madrid. **Se utiliza siempre que el paciente tenga CIPA, tenga o no CIP**
- 2) Código de identificación personal único del Sistema Nacional de Salud incluido en la Tarjeta Sanitaria Individual (**CIP**). **Se utiliza cuando el paciente tenga CIP pero no CIPA.**

- 3) Código de Identificación de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y de la Mutualidad General Judicial (MUGEJU).
- 4) Código de Identificación de la Tarjeta Sanitaria Europea (**TSE**).
- 5) Documento Nacional de Identidad (**DNI/NIE**).
- 6) Pasaporte

ID_ANONIMO_CM: Código anónimo del paciente para la Comunidad de Madrid.

FECNAC: Fecha de nacimiento

SEXO:

1. Hombre
2. Mujer
3. Estados intersexuales o indeterminados

PAIS_NAC: Esta variable se refiere al país de nacimiento del paciente. Para su cumplimentación se utilizará el Código ISO del país correspondiente. (Tabla)

REGFIN: Entidad o Institución que financia el episodio del paciente.
Se codificará:

SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y OTROS

Incluye:

- A) Episodios financiados por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que no procede reclamarlo a un tercero obligado al pago.
- B) Los episodios correspondientes a extranjeros que tengan cubierta la asistencia sanitaria por Convenios Internacionales a nivel estatal o Acuerdos Internacionales bilaterales de la Comunidad de Madrid y Asociaciones de Ayuda Humanitaria o por pertenecer a la Comunidad Europea.
- C) Los episodios correspondientes a la asistencia prestada a reclusos con cargo a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Se utilizarán la siguiente relación de códigos:

101 Asistencia realizada en hospitales públicos de la Comunidad de Madrid a **pacientes residentes** con derecho a asistencia sanitaria pública en la Comunidad Autónoma de Madrid o la **asistencia concertada** por el SERMAS con centros privados.

Con la red sanitaria. (*)

- 102** Cataluña
- 103** País Vasco
- 104** Navarra
- 105** Andalucía
- 106** Galicia

- 107 Canarias
- 108 Valencia
- 109 Convenios Internacionales
- 110 Dirección General de Instituciones Penitenciarias
- 111 Aragón
- 112 Asturias
- 113 Baleares
- 114 Cantabria
- 115 Castilla La Mancha
- 116 Castilla León
- 117 Extremadura
- 118 Murcia
- 119 Rioja (La)
- 120 Instituto de Gestión sanitaria (INGESA, Ceuta y Melilla)
- 121 Instituto Social de la Marina (ISM)
- 122 Comunidad Europea
- 123 Cooperación Internacional (Acuerdos bilaterales de la Comunidad de Madrid y Ayuda Humanitaria)

(*) Para los siguientes hospitales: Hospital Infanta Sofía, Hospital del Henares, Hospital Infanta Leonor, Hospital del Sureste, Hospital del Tajo, Hospital Infanta Cristina, Fundación Hospital de Alcorcón, Fundación Hospital de Fuenlabrada y Hospital de Torrejón, el código 101 se desdobra en:

- 171 Madrid concierto sustitutorio y adicional/asistencia sanitaria
- 181 Madrid cama de apoyo
- 191 Madrid Plan integral de reducción de LEQ

MUTUALIDADES PÚBLICAS DE FUNCIONARIOS

Incluye la asistencia sanitaria prestada a los asegurados o beneficiarios pertenecientes a la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y La Mutualidad Judicial (MUGEJU).

Se diferenciarán los siguientes códigos:

- 201 MUFACE adscritos a recibir asistencia sanitaria una Entidades Sanitarias Privadas
- 202 MUFACE adscritos a los distintos Servicios de Salud de las CCAA.
- 203 MUGEJU Entidades Sanitarias Privadas
- 204 MUGEJU Servicios de Salud de las CCAA
- 205 ISFAS Sanidad Militar
- 206 ISFAS Entidades Sanitarias Privadas
- 207 ISFAS Servicios de Salud de las CCAA

400 MUTUAS DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Incluye la asistencia sanitaria prestada en los supuestos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, cuando ésta esté concertada con una Mutua.

COMPAÑÍAS O ENTIDADES DE SEGURO DE ACCIDENTES DE TRÁFICO Y OTROS SEGUROS OBLIGATORIOS.

Incluye la asistencia prestada a los pacientes como consecuencia de un accidente de tráfico, escolar..... y por tanto la financiación del episodio corre a cargo de una entidad aseguradora de accidentes.

Se diferenciarán los siguientes códigos:

501 Seguro obligatorio de vehículos de motor (Accidentes de tráfico)

502 Seguro obligatorio escolar

503 Seguro obligatorio de los deportistas federados y profesionales (Excluye el 506)

504 Seguro obligatorio de viajeros

505 Seguro obligatorio de caza

600 PARTICULARES: Se incluirán en este concepto aquellos episodios en los que el paciente independientemente de que tenga otros medios de financiación, paga directamente su asistencia.

601 Asistencia sanitaria programada, prestada a pacientes cuyo estado de afiliación sea otro estado miembro de la Unión Europea en aplicación del derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza. Real Decreto 81/2014

700 ASEGURADORAS PRIVADAS

Se incluirán en este concepto aquellos episodios financiados por una entidad de seguro libre.

800 OTROS FINANCIADORES PÚBLICOS.

Los centros privados en caso de utilizar este código, usarán el 800, exclusivamente.

Se excluyen los descritos a continuación en virtud del Real Decreto Ley 16/2012.

REAL DECRETO LEY 16/2012, DE 20 DE ABRIL, DE MEDIDAS URGENTES PARA GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE SUS PRESTACIONES

850 TIR Transeúnte sin permiso de residencia: **Episodios facturables**

851 NTD Menores sin permiso de residencia

852 ATE Embarazada sin permiso de residencia: **Episodios no facturables**

Incluye:

- Procesos ligados al embarazo
- Urgencias
- Proceso de Salud Pública < 1 año
- Proceso anterior al 01/09/2012

En caso de duda de si el proceso es o no facturable se descargará este código.

853 ATQ Asilo político

854 ATT Trata

855 TIR Transeúnte sin permiso de residencia: **Episodios no facturables**

Incluye:

- Urgencias
- Proceso de Salud Pública < 1 año
- Proceso anterior al 01/09/2012

856 ATE Embarazada sin permiso de residencia: **Episodios facturables**

Incluye

- Proceso no ligado al embarazo, posterior al 01/09/2012
- Proceso de Salud Pública > 1 año

899 TIR Transeúnte sin permiso de residencia: **Episodios Revisables**

Cuando se desconozca si el episodio es o no facturable.

Situación provisional hasta que se caracterice definitivamente el episodio.

(En el caso de embarazada sin permiso de residencia –ATE- se descargará el código 852 cuando haya dudas sobre si el proceso es o no facturable)

900 OTROS FINANCIADORES PRIVADOS

Se incluirán en este grupo cualquier modalidad de financiación privada no descrita en las anteriores categorías.

CIAS_PRO Código de identificación de asistencia sanitaria

No obligatorio para centros privados.

Se cumplimentará con los 6 primeros dígitos del código CIAS del médico de cabecera del paciente (recogido en el reverso de la tarjeta sanitaria y compuesto por 10 dígitos más una letra).

Se cumplimentará en todos los casos, incluso si el paciente tiene la asistencia especializada asignada en el hospital.

Para los pacientes procedentes de la Comunidad de Madrid es obligatoria la identificación correcta de los seis dígitos.

Cuando el paciente pertenezca a una Comunidad Autónoma distinta a la de Madrid se anotará el código de la Comunidad Autónoma seguido de cuatro ceros.

Cuando el paciente sea extranjero sin residencia habitual en España, se anotará 53 seguido de cuatro ceros.

PROCED: Identifica el origen del ingreso. Esta variable podrá contener sólo uno los valores de la tabla siguiente:

- 1 Urgencias
- 2 Procedente de Cirugía Ambulatoria.
Lista de Espera Quirúrgica, Identificará a todos los pacientes procedentes de LEQ que acuden en la fecha programada. Si la programación fue para una Cirugía ambulatoria y precisa ingreso, también se usará este código.
- 3 Urgencias en paciente incluido en Lista de Espera Quirúrgica por ese proceso. Identificará a todos los pacientes procedentes de LEQ, que acuden antes de la fecha de programación.
- 4 Consultas (incluyendo las de Pruebas Diagnósticas y/o terapéuticas)
- 5 Técnica diagnóstica y/o terapéutica especial listada y programada como ambulatoria (TIPVIS 2 del fichero AAE)
- 6 Hospital de día médico
- 7 Hospital a domicilio
- 8 Recién nacido en el Hospital que requiere ser ingresado
- 9 Otro hospital
- 10 Orden judicial

HOSPROC: Hospital de donde procede el paciente. Si se trata de un centro de la Comunidad de Madrid, se utilizará el código del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, en caso contrario, se utilizará el código del Catálogo Nacional de hospitales del Ministerio de Sanidad.

Si el paciente es enviado desde otro país, el código será 530 **seguido del código ISO del país y si se desconoce el país de origen, se anotará 530000 (Tabla de países)**

FECURG: Fecha y hora de llegada al servicio de urgencias

FECING: Fecha y hora del ingreso hospitalario

TIPING: Circunstancias del ingreso:

- 1 Urgente (incluye el parto no programado, el recién nacido patológico y el judicial). Se realiza con una orden de ingreso urgente.

- 2 Programado (se considera ingreso programado el concertado con fecha anterior al mismo, cualquiera que sea la procedencia del enfermo, consultas externas, hospitalización previa en el mismo hospital o en otro, etc. y al margen de si proceden de lista de espera o de un servicio sin demora de ingreso). Se realiza con orden de ingreso programada.
- 3 Ingreso tras la realización de un procedimiento de Cirugía Ambulatoria (CA), una Técnica Especial (TE) listada en el fichero de Asistencia Ambulatoria Especializada (AAE) o un tratamiento en Hospital de día u otros tratamientos diurnos.

SERVING: Servicio donde ingresa al paciente (**Tabla**)

SERVALT: Servicio que da el alta al paciente. (**Tabla**)

En caso de alta voluntaria, defunciones o fugas, figurará el último servicio donde el paciente estuvo ingresado.

FECALT: Fecha y hora del alta

TIPALT: Circunstancias del alta y continuidad asistencial:

- 1 Domicilio. Cuando el paciente se va a su domicilio habitual o cuando se va a un centro donde reside habitualmente.
1A: Alta con seguimiento en consulta hospitalaria
1B: Alta con seguimiento en Atención Primaria
1C: Alta con seguimiento en HDD
1D: Alta sin necesidad de seguimiento
- 2 Traslado a otro hospital.
- 3 Alta voluntaria. Cuando el alta se produce a instancias del propio paciente, comunicada o no
- 4 Exitus
- 5 Traslado a centro socio-sanitario (se considera centro socio-sanitario aquel centro que sustituye al propio domicilio y que se destina a acoger a personas de más de 60 años y/o a aquellos colectivos de edad inferior que presentan falta de recursos sociales, problemas sanitarios no agudos pero con un grado de patología que requiere tratamiento preventivo o de rehabilitación permanente, así como control médico o farmacéutico continuo
- 6 Fuga. El paciente abandona el centro donde estaba ingresado bajo "custodia" por orden Judicial, sin que exista autorización del Organismo Competente, ni indicación médica.
- 7 Hospitalización a domicilio

FECINT: Sólo debe cumplimentarse en el caso de que al paciente se le haya practicado una intervención quirúrgica o cualquier procedimiento

realizado en quirófano, incluidas las cesáreas. Si hubiese más de una intervención en este campo se registrará la fecha y hora de la primera.

FECINT2: Sólo debe cumplimentarse en el caso de que al paciente se le haya practicado MÁS de una intervención quirúrgica o cualquier procedimiento realizado en quirófano. En este campo, se registrará la fecha y hora de la última de ellas.

C1: Diagnóstico principal.

Es la afección que después del estudio necesario se establece que fue la causa del ingreso en el hospital de acuerdo con el criterio del Servicio clínico o facultativo que atendió al paciente, aunque durante su estancia hayan aparecido complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes.

Se codificará con la revisión y edición vigente en cada período de la CIE10ES

CE1: Esta variable (CE1) se utilizará exclusivamente como información complementaria del diagnóstico principal para identificar la causa externa que lo ha motivado. Su cumplimentación es obligatoria en esos casos.

Si fuese necesario incluir otro código de causa externa para informar el diagnóstico principal, se hará en el campo C2. Si el diagnóstico principal, no precisa código de causa externa, se quedará vacío.

POA Diagnóstico existente o presente al ingreso o al inicio del contacto (POAC1 a POAC20 y POACE1)

- Esta variable identifica si los diagnósticos o las causas externas a los que acompaña están presentes en el momento en que se genera el ingreso.
- Se codificará siguiendo las normas recogidas en el "Coding Clinic for ICD"
- Esta variable podrá contener únicamente uno de los valores de la tabla siguiente:

Valores	Descripción
S	Sí
N	No
D	Desconocido
I	Indeterminado clínicamente
E	Exento de codificación (Tabla con los códigos)

C2-20: Otros diagnósticos.

Son aquellos que coexisten con el principal en el momento del ingreso o se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria, que influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior y que no tienen que ver con el que ha ocasionado el actual ingreso.

Se codificará con la revisión y edición vigente en cada período de la CIE10ES.

En la estructura, el orden de los diagnósticos y de los POA será el siguiente:

C1
POAC1
C2
POAC2
.....
C20
POAC20

M1- M7: Códigos de morfología de las neoplasias. Son obligatorios.

Se codificarán con la 3ª edición en castellano de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. (CIE-O-3.1)

P1-P22

- Procedimientos quirúrgicos y/u obstétricos y otros procedimientos
- Los procedimientos obstétricos pueden realizarse en quirófano (cesáreas) o en salas de partos, en este último caso no se trataría de un procedimiento quirúrgico.
- Otros procedimientos son aquellos procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieren recursos materiales y humanos especializados e implican un riesgo para el paciente.

Se codificará con la revisión y edición vigente en cada período de la CIE10ES

Procedimientos realizados en otros centros.

Al alta del paciente se codificarán los procedimientos realizados en los servicios de referencia o en otros centros si se cumplen las siguientes condiciones:

- Durante la realización del procedimiento el enfermo consta administrativamente como ingresado en el hospital de origen, por lo que tras su realización, vuelve al mismo.
- No genera ingreso en el centro donde se realice el procedimiento.

- Cuando han pasado 24 horas del traslado y aún no ha vuelto al hospital de origen será dado de alta en este centro. (Tipo de alta: 2 traslado a otro hospital)

P1_EXT-P6_EXT: Procedimientos realizados en otros centros sin que se haya producido el alta administrativa en su hospital de origen y sin haber cursado ingreso en el centro donde se le realizan estos procedimientos.

En el caso de que el paciente haya permanecido en el centro sanitario de destino durante más de veinticuatro horas será dado de alta en el centro de origen.

FECPART: Se cumplimentará siempre que en cualquier campo diagnóstico se haya codificado un parto por vía vaginal.

SEMGEST: Tiempo de gestación

Identifica el número de semanas completas de gestación. Esta información se incluirá en los partos vaginales y en las cesáreas.

RNVIVOS: Número de recién nacidos vivos.

Esta información se incluirá en los partos vaginales y en las cesáreas.

MORTINATOS: Número de recién nacidos muertos.

Esta información se incluirá en los partos vaginales y en las cesáreas.

FECTRAS1-FECTRAS8: Fecha y hora del traslado

Se refiere a la fecha y hora en la que se realiza el traslado del paciente desde un servicio o sección a otro servicio o sección del mismo hospital.

Cuando se lleve a cabo más de un traslado se recogerán correlativamente en el tiempo hasta un máximo de 8 traslados.

SERVTRAS1-SERVTRAS8: Identificación del servicio de traslado

Es el servicio responsable de la asistencia del paciente una vez producido un traslado interservicio dentro del centro.

En el caso de haberse realizado más de un traslado interservicio se recogerán correlativamente en el tiempo hasta un máximo de 8 traslados.

COD_POSTAL: Código postal del domicilio habitual del paciente. Esta variable se refiere al código postal del domicilio habitual del paciente y se cumplimenta en función del país de residencia.

Residentes en España: Será de elección el lugar donde reside seis meses o más y alternativamente el lugar de empadronamiento. Si no es posible cumplimentar la

variable con ninguna de las opciones previas se informará de la provincia cumplimentando las dos primeras cifras correspondientes a la provincia (código INE) seguida de tres ceros.

Residentes en países extranjeros: Se utilizará 53 seguido del código ISO del país y si se desconoce el país de residencia se anotará 53000.

MUNICIPI: Municipio del domicilio habitual del paciente. Esta variable se cumplimenta mediante el código INE correspondiente al municipio del domicilio habitual del paciente, tanto si reside en la Comunidad de Madrid como si lo hace fuera de ella.

En función del país de residencia:

Residentes en España: Será de elección el lugar donde reside seis meses o más y, alternativamente, el lugar de empadronamiento. Si no es posible cumplimentar la variable con ninguna de las opciones previas se informará de la provincia cumplimentando las dos primeras cifras correspondientes a la provincia (código INE) seguida de tres ceros.

Residentes en países extranjeros: Se utilizará 530 seguido del código ISO del país y si se desconoce el país de residencia se anotará 530000

(Tabla de municipios y provincias)

HOSPDEST: Hospital de destino, código del hospital donde es remitido el paciente.

En el caso de los hospitales dependientes del Ministerio de Defensa se identificarán con el código que le corresponda según el Catálogo Nacional de Hospitales.

Si el paciente es enviado a otro país, el código será 530 **seguido del código ISO del país y si se desconoce el país de destino se anotará 530000 (Tabla de países)**

CIE: Cuando la opción sea 10, implica que:

- Para diagnósticos se usa CIE-10-ES diagnósticos
- Para procedimientos CIE-10-ES procedimientos
- Para morfología tumoral, CIE-O-3.1
- Y para los POA, la tabla de POA vigente en cada momento

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS AMBULATORIO

Registros correspondientes a las prestaciones ambulatorias que se definen en el campo "Tipo de visita" (TIPVIS)

Estructura:

Nombre del campo	Tipo	Ancho
CENTRO	Carácter	6
ID_ANONIMO-HOSPITAL	Carácter	9
TIP_CIP	Carácter	1
ID_ANONIMO-CM	Numérico	Entero largo
FECNAC	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
SEXO	Carácter	1
PAIS_NAC	Carácter	3
REGFIN	Carácter	3
PROCEDENCIA	Carácter	1
SERVIC	Carácter	3
SERVIC2	Carácter	3
TIPVIS	Carácter	2
FECINICONT	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
FECFINCONT	Fecha/hora	dd/mm/aaaa hh:mm:ss
DESTINO	Carácter	2
HOSPROC	Carácter	6
HOSPDEST	Carácter	6
M1 a M2	Carácter	7
C1	Carácter	8
POAC1	Carácter	1
CE1	Carácter	8
POACE1	Carácter	1
C2 a C5	Carácter	8
POAC2-POAC5	Carácter	1
P1	Carácter	7
P1 a P10	Carácter	7
CIAS_PRO	Carácter	6
COD_POSTAL	Carácter	5
MUNICIPI	Carácter	6

CIE	Carácter	2
-----	----------	---

Definición de los campos no coincidentes con el fichero de hospitalización:

PROCEDENCIA: Identifica el origen del episodio. Esta variable podrá contener sólo uno los valores de la tabla siguiente:

- 1 Atención Primaria
- 2 Lista de Espera Quirúrgica (Identificará a todos los pacientes procedentes de LEQ (tanto los de inclusión propia como los que provienen de otro Hospital), que acuden en la fecha programada
- 4 Servicios del propio hospital
- 7 Hospital a domicilio
- 9 Otro hospital

SERVIC: Servicio que da el alta al paciente.

En el tipo de visita 3 (Hospital de día y otros diagnósticos y tratamientos diurnos), se utilizarán los códigos específicos en los que se ha desagregado el servicio Hospital de día, (HDD): HDO, HDG, HDS, HDP y HDM, UDO todos ellos incluidos y descritos en la tabla.

En el campo SERVIC2 se incluirá el servicio que indicó el tratamiento en el HDD. **(Tabla)**

SERVIC2: Servicio clínico responsable de la enfermedad de base del paciente

TIPVIS: Tipo de visita

- 1 Cirugía ambulatoria:

Incluye los **procedimientos programados realizados en quirófano** de forma ambulatoria (sin ingreso pre ni postquirúrgico).

- 2 Técnicas diagnósticas y terapéuticas especiales, son procedimientos realizados de forma ambulatoria y que requieren el uso de salas especiales, tales como las salas de hemodinámica cardíaca, radiología intervencionista, electrofisiología, etc.

Hemodinámica cardíaca

Cateterismo cardíaco y/o arteriografía coronaria

Angioplastia y valvuloplastia

Biopsia cardíaca

Malformaciones congénitas

Implantación, revisión y sustitución de marcapasos uni y bicameral

Estudios electrofisiológicos cardíacos Implante o sustitución de desfibrilador, sólo electrodos o generador del pulso

Holter implantable

Ablaciones

Radiocirugía estereotáxica.

Cuando el paciente haya sido trasladado de otro centro para realizar un procedimiento de forma ambulatoria y el paciente precise ingreso o permanezca más de 24 horas en el centro destino, en este se registrará un único episodio de hospitalización, Tipo de ingreso, 3 y procedencia, 9 Otro hospital.

3X Hospital de día y otros tratamientos diurnos o nocturnos

Incluye los registros correspondientes a la asistencia en los puestos destinados a tratamientos diurnos o nocturnos (< de 12 horas) de oncología, hematología, SIDA, geriatría, psiquiatría y otros diagnósticos y tratamientos médicos en hospital de día y en la **Unidad del dolor**

31: Contacto inicial

32: Contacto sucesivo

***En HDO se incluyen todos los tratamientos oncológicos sean o no hematológicos.**

Los tratamientos hematológicos no oncológicos, se incluirán en el HDM.

Cada vez que acude el enfermo al "hospital de día" genera un registro.

Si el paciente, por la causa que sea, tras la realización de cualquiera de las anteriores prestaciones y tras el tiempo de permanencia habitual para cada proceso, queda ingresado en el hospital, se generará únicamente un registro de hospitalización que se incluirá en ese fichero con el tipo de ingreso 1 y con el código de PROCEDENCIA correspondiente. En este caso se debe codificar la causa de la permanencia en el centro, sea o no clínica, como un diagnóstico secundario

C1: Diagnóstico principal

En el ámbito de la cirugía programada, es la afección que causa el episodio ambulatorio.

C2: Diagnóstico secundario

En el ámbito del Hospital de día, el campo C2, se utilizará **EXCLUSIVAMENTE** para incluir el código de la enfermedad de base

cuando éste no sea el diagnóstico principal según las normas de codificación.

Cuando la enfermedad de base sea el código incluido en C1, C2 estará vacío y en caso de incluir otros diagnósticos, se hará a partir de C3.

Ejemplo:

1) Admisión para quimioterapia en paciente con cáncer de mama en cuadrante superoexterno

C1: Z51.11 (Contacto para quimioterapia antineoplásica)

C2: C50.419 (Neoplasia maligna de cuadrante superior externo de mama femenina)

2) Paciente con esclerosis múltiple que acude para administración de pulso de corticoides.

C1: **G35** (Esclerosis múltiple)

C2: VACÍO

P1: esta variable registrará el procedimiento programado para este contacto ambulatorio.

P2-P10: otros procedimientos

FECINICONT: Fecha y hora de inicio del contacto.

Para los centros privados, es la única obligatoria.

FECFINCONT: Fecha y hora de fin de contacto.

DESTINO y continuidad asistencial: destino inmediato del paciente tras la realización del procedimiento ambulatorio e indicación de seguimiento de su proceso. (Continuidad)

1 Alta médica, sin necesidad de seguimiento posterior en el hospital
(No precisa continuidad)

3 Alta voluntaria

4 Éxito

5 Centro sociosanitario

6 Seguimiento en Consulta hospitalaria

7 Urgencias

8 Cirugía ambulatoria

9 Seguimiento en Atención primaria

10 Otro hospital (codificar el campo **HOSPDEST**)

11 Continuación de tratamiento en HDD. (Se utilizará este código en el caso de pacientes que acuden al hospital de día en sesiones programadas durante un período de tiempo determinado)

12 Hospitalización en domicilio