

guía para el Informes de instalaciones de diálisis para Año fiscal 2024:

Descripción general, metodología e interpretación

julio 2023

BORRADOR: Guía de informes de centros de diálisis para el año fiscal 2024 para pacientes
de diálisis:
Descripción general, metodología e interpretación

Tabla de contenido

I. OBJETIVO DE ESTA GUÍA Y DE LOS INFORMES DEL CENTRO DE DIÁLISIS	1
Novedades del DFR para el año fiscal 2024	1
II. DESCRIPCIÓN GENERAL.....	2
III. ASIGNACIÓN DE PACIENTES A CENTROS.....	4
Criterios generales de inclusión para pacientes en diálisis.....	5
Identificación de los pacientes tratados en cada centro	5
Métodos de asignación de pacientes para medidas EQRS.....	6
IV. RESÚMENES DE TODOS LOS PACIENTES EN DIÁLISIS TRATADOS AL 31 DE DICIEMBRE DE CADA AÑO,	
2019-2022.....	6
Pacientes tratados el 12 /31 del Año (1a).....	7
Edad (1b, 1c).....	7
Mujer (1d).....	7
Carrera (1e).....	7
Etnia (1f)	7
Causa principal de ESRD (1g).....	7
Duración de la ESRD (1h, 1i)	7
Pacientes de residencias de ancianos (1j).....	7
Modalidad (1k).....	7
V. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES NUEVOS EN DIÁLISIS, 2019-2022 (FORMULARIO CMS-2728).....	8
Características del paciente (2a-2m).....	8
Valores promedio de laboratorio antes de la diálisis (2n-2q)	8
Atención antes del inicio de la terapia de ESRD (2r, 2s).....	8
Opciones de trasplante de riñón (2t-2v)	8
Condiciones comórbidas (2 semanas, 2 veces)	9
VI. RESUMEN DE MORTALIDAD DE TODOS LOS PACIENTES EN DIÁLISIS (2019-2022) Y NUEVOS PACIENTES EN DIÁLISIS (2019-2021).....	9
Exclusiones de datos de COVID-19.....	10
Principales diferencias entre los cálculos de mortalidad prevalente y de primer año.....	10
Colocación del paciente Resúmenes de mortalidad para todos los pacientes en diálisis (3a-3k).....	10
Pacientes (3a).....	10
Años de pacientes en riesgo (3b)	11
Muertes (3c).....	11
Muertes esperadas (3d).....	11
Categorías de Muerte (3e-3g)	11
Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) (3h).....	12
Valor P (3i)	13
Intervalo de confianza para SMR (3j).....	13

Percentiles SMR para esta instalación (3k)	14
Resúmenes de mortalidad de pacientes nuevos en diálisis (3l-3u)	15
Pacientes para Mortalidad en el Primer Año (3l).....	15
Años-paciente en riesgo de Mortalidad en el primer año (3 millones).....	15
Muertes en el primer año (3n).....	15
Muertes esperadas en el primer año (3o).....	15
Pacientes Nuevos: Categorías de Muerte (3p, 3q).....	15
Tasa de mortalidad estandarizada (SMR) del primer año (3r).....	16
P (3s).....	16
Intervalo de confianza para la SMR del primer año (3t)	17
Percentiles de SMR del primer año para esta instalación (3u)....	17

VII. RESUMEN DE HOSPITALIZACIÓN PARA PACIENTES EN DIÁLISIS DE MEDICARE,

2019-2022.....	17	Resumen: Resúmenes de hospitalización para pacientes en diálisis (SHR (días/ingresos), SEDR) 17 Resumen: Proporción estandarizada de encuentros ocurridos en el departamento de emergencias dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria (ED30).....	18
Descripción general: Resumen de reingreso hospitalario para diálisis Pacientes (SRR)	19	Identificación de los pacientes tratados en cada centro	20
Exclusiones de datos de COVID-19.....	21	Pacientes de diálisis de Medicare (4a)	21
Años de pacientes en riesgo (4b)	21	Estadísticas de 21 Días de Hospitalización (4c-4h).....	21
Días totales de hospitalización (4c)	21	Total de días de hospitalización esperados (4d)	22
Índice de hospitalización estandarizado (SHR) por días (4e).....	22	Valor P (4f)	22
Intervalo de confianza para SHR (días) (4g)	23	Percentiles SHR (días) para esta instalación (4h).....	23
Hospitales Estadísticas de admisión (4i-4r).....	23	Admisiones totales (4i).....	23
Ingresos Totales Esperados (4j).....	23	Ratio estandarizado de hospitalización (SHR) para admisiones (4k).....	24
Valor P (4l)	24	Intervalo de confianza para SHR (Admisiones) (4m)	25
Percentiles SHR (Admisiones) para este centro (4n).....	25	Diagnósticos asociados a la hospitalización (4o)	25
Un día Admisiones (4p)	25	Duración media de la estancia (4q).....	25
Admisiones que se originaron en el servicio de urgencias (4r).....	25	Estadísticas del Departamento de Emergencias (DE) (4s- 4ac).....	26
Eventos del departamento de emergencias (4s).....	26	Número esperado de eventos en el departamento de emergencias (4t)	26
Ratio estandarizado del departamento de urgencias (SEDR) (4u).....	26	Valor P para SEDR (4v)	26
Intervalo de confianza para SEDR (4 semanas).....	27	Descargas índice (4x).....	27
Total de visitas al servicio de urgencias dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria (4 años)	27	Visitas totales esperadas al servicio de urgencias dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria (4z).....	27
Relación ED30 (4aa).....	27	Valor P para la relación ED30 (4ab)....	27

Intervalo de confianza para la relación ED30 (4ac).....	28
Estadísticas de readmisión (4aa-4af).....	28
Descargas de índice (4aa).....	28
Total de reingresos (4ab)	28
Reingresos totales esperados (4ac).....	29
Tasa de readmisión estandarizada (SRR) (4ad) ..	29
Valor P para SRR (4ae).....	29
Intervalo de confianza para SRR (4af)	30

VIII. RESUMEN DE TRASPLANTE PARA PACIENTES EN DIÁLISIS MENORES DE 75 AÑOS,

2019-2022.....	30	Pacientes elegibles
(5a).....	30	Trasplantes
(5b).....	31	Tipo de donante
(5c).....	31	Pacientes elegibles
(5d).....	31	Años de pacientes en riesgo
(5e).....	31	Primeros trasplantes reales
(5f).....	31	Primeros trasplantes esperados (5
g) ..	31	Proporción de trasplante estandarizada
(5h)	31	Valor P
(5i)	32	Intervalos de confianza para STR
(5j).....	32	Percentil STR para esta instalación
(5k)	32	

IX. RESUMEN DE LA LISTA DE ESPERA PARA TODOS LOS PACIENTES DE DIÁLISIS (2019-2022) Y PACIENTES NUEVOS

(2019-2020) MENORES DE 75 AÑOS	33	Exclusiones de datos de
COVID-19.....	33	por ciento en lista de espera entre los pacientes
prevalentes en diálisis (6a-6g).....	33	Pacientes elegibles y meses-paciente en riesgo
(6a-6b).....	34	Porcentaje de meses-paciente en la lista de espera (6c)
Características del paciente (6d)	34	Porcentaje de meses-paciente en lista de
espera ajustado por edad (6e)	34	Valor P para el porcentaje ajustado por edad en lista de espera
(6f).....	34	Intervalo de confianza para el porcentaje ajustado por edad en lista de espera
(6g)	35	Proporción estandarizada de la lista de espera para el primer trasplante de riñón (SWR;
6h-6n).....	35	Pacientes elegibles (6h).....
Años-paciente en riesgo (6i).....	35	Primeros eventos de la lista de
espera (6j).....	35	Primeros eventos esperados en la lista de espera
(6k).....	35	Proporción de lista de espera estandarizada (SWR)
(6l)	35	Valor P para ROE (6 m)
Intervalo de confianza para ROE (6n).....	36	

X. RESUMEN DE VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA PARA TODOS LOS PACIENTES EN DIÁLISIS, TEMPORADAS DE GRIPE AGOSTO 2019-DICIEMBRE 2022

.....	37	Pacientes elegibles el 31 de diciembre
(7a).....	37	Pacientes excluidos por contraindicación médica
(7b).....	37	Temporada completa de gripe (del 1 de agosto al 31 de marzo del año siguiente)
(7c-7e).....	37	Pacientes vacunados entre el 1 de agosto y el 1 de marzo. 31 del año siguiente
(% de 7a) (7c).....	37	Valor P para 7c comparado con el valor estadounidense (7d).....
Motivo de no vacunación (% de 7a) (7e).....	38	

Media temporada de gripe (del 1 de agosto al 31 de diciembre)

(7f-7h).....	38	Pacientes vacunados entre el 1 de agosto y Dic. 31
(% de 7a) (7f).....	38	Valor P para 7f comparado con el valor estadounidense
(7g).....	38	Pacientes vacunados por subgrupo (%) (7h).....

XI. RESÚMENES DEL MANEJO DE LA ANEMIA PARA PACIENTES ADULTOS EN DIÁLISIS,

2019-2022.....	38	Información sobre hemoglobina y ESA
(8a-8j).....	38	Pacientes elegibles para hemodiálisis y meses-paciente
(8a-8b).....	38	Hemoglobina (HD; 8c-8d).....
prescritos (HD; 8e).....	39	Pacientes elegibles para diálisis peritoneal y meses-paciente (8f-8g).....
39	Hemoglobina (PD;	
8h-8i).....	39	ESA prescrita (PD;
8j).....	39	Resumen de transfusiones para pacientes adultos de diálisis de Medicare: descripción general (8k-8p).....
39	Exclusiones de datos de COVID-19.....	
41	Pacientes adultos de diálisis de Medicare (8k).....	
41	Años de pacientes en riesgo (8l).....	
41	Total de eventos de transfusión (8m).....	
42	Eventos de transfusión totales esperados (8n).....	
42	Relación de transfusión estandarizada (STRR) (8o).....	
43	Intervalo de confianza (rango de incertidumbre) para STRR (8o).....	
43	Valor P para STRR (8p).....	43

XII. RESÚMENES DE ADECUACIÓN DE DIÁLISIS PARA TODOS LOS PACIENTES EN DIÁLISIS,

2019-2022.....	43	Exclusiones de datos de COVID-19.....
44	Adecuación de la hemodiálisis (HD) (9a-9k).....	
44	Pacientes adultos elegibles en HD (9a-9b).....	
44	Albúmina sérica para pacientes adultos en HD (9c-9e).....	
44	Tasa de ultrafiltración para pacientes adultos en HD (UFR ; 9f-9g).....	
44	Kt/V para pacientes adultos en HD (9h-9k).....	44
45	Adecuación de la diálisis Determinación de la diálisis tres veces por semana.....	
46	Pacientes adultos con EP elegibles peritoneal (DP) (9l- 9r).....	
46	Kt/V para pacientes adultos con EP (9l-9m).....	
46	Albúmina sérica para pacientes adultos con EP (9n-9o).....	
47	(9p-9r).....	47

XIII. METABOLISMO MINERAL PARA TODOS LOS PACIENTES ADULTOS EN DIÁLISIS,

2019-2022.....	47	Exclusiones de datos de COVID-19.....
47	Pacientes elegibles y meses-paciente (10a-10b)	
47	Fósforo (10c-10d).....	48
48	Promedio de calcio sérico o plasmático no corregido > 10,2 mg/dL (10 g).....	48

XIV. INFORMACIÓN DE ACCESO VASCULAR PARA TODOS LOS PACIENTES DE DIÁLISIS E INFECCIÓN RELACIONADA CON EL ACCESO PARA TODOS LOS PACIENTES DE DIÁLISIS DE MEDICARE, 2019 –

2022	48	Información sobre el acceso vascular (11a-11j).....
49		

Exclusiones de datos de COVID-19.....	49	Pacientes
adultos prevalentes en hemodiálisis (11a).....	49	Meses de pacientes
adultos prevalentes en hemodiálisis (11b).....	49	Tipo de acceso vascular
(11c).....	49	Tasa estandarizada de fístulas (SFR)
(11d).....	50	Valor P para SFR
(11e).....	50	Intervalo de confianza (rango de
incertidumbre) para SFR (11f).....	51	Tasa de catéter a largo plazo (11
g).....	51	Pacientes Incidentes en Hemodiálisis
(11h).....	51	Tipo de acceso vascular en uso
(11i).....	51	Fístulas arteriovenosas (AV) colocadas
(11j).....	51	Resumen de infecciones relacionadas con el acceso
(11k-11n).....	52	COVID- 19 Exclusiones de
datos.....	52	Infección: Diálisis Peritoneal (DP)
(11k-11l).....	52	Tasa de infección del catéter de DP por 100 meses-
paciente de DP (11 m).....	52	Valor P (comparado con el valor estadounidense)
(11n).....	53	
 XV. COMORBIDADES INFORMADAS EN RECLAMOS DE MEDICARE PARA MEDICARE		
PACIENTES EN DIÁLISIS TRATADOS AL 31 DE DICIEMBRE DE CADA AÑO		
2019-2022.....	53	Pacientes tratados el 31/12 del año
(12a).....	53	Condiciones comórbidas
(12b).....	53	Número promedio de condiciones comórbidas
(12c).....	54	
 XVI. INFORMACIÓN DE INSTALACIONES, 2022.....		
instalación (13a-13i).....	54	Información de la
plazo (13j-13k).....	54	Atención a largo
paciente (13l-13p).....	54	Colocación del
(13q-13u).....	54	Encuesta y Certificación
 XVII. MEDIDAS SELECCIONADAS PARA PACIENTES DE DIÁLISIS MENORES DE 18 AÑOS (2019 -		
2022).....	55	
 XVIII. MEDIDAS SELECCIONADAS PARA PACIENTES EN DIÁLISIS EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS (2019 -		
2022).....	55	
 XIX. COVID EN PACIENTES EN DIÁLISIS DE MEDICARE (C1) Y PACIENTES EN DIÁLISIS DE		
MEDICARE TRATADOS EN INSTALACIONES DE HOGARES DE ANCIANOS (C2)...	56	
 XX. POR FAVOR DANOS TUS COMENTARIOS.....		
REFERENCIAS.....	57	

I. Propósito de esta Guía y de los Informes del Centro de Diálisis

Esta guía explica en detalle el contenido de los Informes de centros de diálisis del año fiscal 2024 que se prepararon para cada centro de diálisis bajo contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Aquí se incluyen los objetivos de los informes, discusiones de cuestiones metodológicas relevantes para secciones particulares de cada informe (p. ej., mortalidad, hospitalización y trasplante) y descripciones de cada resumen de datos.

Con el fin de estimular los esfuerzos de mejora de la calidad y facilitar el proceso de mejora de la calidad, los Informes de los centros de diálisis ponen información a disposición de aquellos de ustedes involucrados en la atención de diálisis y el aseguramiento de su calidad. Este informe le permite comparar las características de los pacientes de un centro, los patrones de tratamiento y los patrones de trasplante, hospitalización y mortalidad con los promedios locales y nacionales. Estas comparaciones le ayudan a evaluar los resultados de los pacientes y a tener en cuenta diferencias importantes en la combinación de pacientes, incluida la edad, el sexo, la raza y el estado diabético de los pacientes.

lo que a su vez mejora la comprensión de cada centro sobre la experiencia clínica en relación con otros centros en el estado, la red y la nación.

Novedades del DFR para el año fiscal 2024

Como parte de un esfuerzo continuo para mejorar la calidad y relevancia de este informe para su instalación, se han incorporado los siguientes cambios al DFR para el año fiscal 2024: (1) El índice de transfusión estandarizado (STRR) reportado en la Tabla 8 ahora incluye un ajuste por COVID-19; y (2) La medida del departamento de emergencias (DE): índice de hospitalización estandarizada (SHR) informada en la Tabla 4 se reemplazó con las siguientes dos medidas respaldadas por el NQF: índice estandarizado de encuentros en el departamento de emergencias (SEDR) y índice estandarizado de encuentros en el departamento de emergencias que ocurrieron dentro de 30 Días de Alta Hospitalaria (ED30).

Estas medidas se ajustan a las comorbilidades prevalentes y excluyen a los pacientes con Medicare Advantage y a los pacientes de cuidados paliativos.

Limitaciones de datos en los DFR del año fiscal 2024

La política de datos de Excepción de Circunstancias Extraordinarias (ECE) de COVID de CMS restringe el uso y la disponibilidad de los datos de reclamaciones de marzo a junio de 2020 y los datos clínicos de EQRS de enero a junio de 2020.

Incorporación de exclusiones de datos de COVID-19

Los datos de enero de 2020 a junio de 2020 se excluyeron de todos los cálculos. Esto afecta los resúmenes de medidas tanto para adultos como para niños, según corresponda: vacunación contra la influenza (Tabla 7); Manejo de la anemia: hemoglobina (Tabla 8); Adecuación de la Diálisis (Tabla 9); Metabolismo Mineral (Tabla 10); y Acceso Vascular (Tabla 11).

No se informarán resúmenes durante el período marzo de 2020 – junio de 2020 para las medidas restantes. Esto incluye resúmenes de medidas tanto para adultos como para niños, según corresponda: Mortalidad (Tabla 3); Hospitalización, incluidas estadísticas del Departamento de Emergencias y Readmisiones (Tabla 4); Trasplante (Tabla 5); Lista de espera (Tabla 6); Manejo de la Anemia - STRR (Tabla 8); y Acceso Vascular – Infección por EP (Tabla 11).

Los datos de reclamaciones de marzo de 2020 a junio de 2020 se utilizarán para determinar las comorbilidades, el estado de cuidados paliativos y la elegibilidad para Medicare. Esto afecta a SHR, SRR, STRR, SFR, y Comorbilidades Prevalentes. Los resúmenes de PD Kt/V (Tabla 9) y Tasa de catéter a largo plazo (Tabla 11) se calculan para octubre-diciembre de 2020 solo debido a los períodos retrospectivos.

II. Descripción

El Centro de costos y epidemiología renal de la Universidad de Michigan (UM-KECC) ha elaborado los informes de centros de diálisis para el año fiscal 2024 con financiación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). El informe de cada centro se distribuye al centro en el sitio web seguro de Informes de Diálisis (www.Dialysisdata.org) cada julio. Las agencias estatales responsables de certificar los centros de diálisis también reciben los informes.

Cada informe proporciona datos resumidos sobre los pacientes de diálisis crónica de cada centro para los años 2019-2022. Estos resúmenes se compilan utilizando la base de datos de pacientes con ESRD de UM-KECC, que se deriva en gran medida del sistema final del Sistema de informes de calidad de enfermedades renales en etapa terminal (EQRS) de CMS, que incluye la Encuesta anual de instalaciones de CMS (formulario CMS-2744), la Encuesta médica de CMS Formulario de evidencia (formulario CMS-2728), base de datos de inscripción de Medicare (EDB) y formulario de notificación de defunción (formulario CMS-2746); Registros de diálisis y pagos hospitalarios de Medicare; datos de trasplantes de la Red de Trasplante y Adquisición de Órganos (OPTN), el Conjunto de Datos Mínimos de Hogares de Ancianos; y el Sistema de Evaluación y Mejora de la Calidad de Internet (iQES), que incluye datos del Sistema de Informe Mejorado de Proveedores de Encuestas y Certificaciones (CASPER). La base de datos es completa para los pacientes de Medicare. Los pacientes que no son de Medicare están incluidos en todas las fuentes, excepto en los registros de pagos de Medicare. EQRS proporciona seguimiento por proveedor de diálisis y modalidad de tratamiento para pacientes que no son de Medicare.

Este año se proporcionan informes para más de 8.000 centros de diálisis aprobados por Medicare en los Estados Unidos. Los informes no se crearon para centros exclusivos de trasplantes ni para EE. UU. Instalaciones exclusivas del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). En las tablas de mortalidad y trasplantes, el ratio estandarizado sólo se calcula si existen al menos tres eventos esperados para el período de tiempo. Además, la proporción estandarizada de trasplantes solo se informa para el período de cuatro años, ya que el número esperado de trasplantes es inferior a tres a nivel nacional. De manera similar, los índices estandarizados de hospitalización y el índice estandarizado de visitas al departamento de emergencias no se calculan si se basan en menos de cinco años-paciente en riesgo. Esto corresponde a aproximadamente 10 hospitalizaciones esperadas. La proporción estandarizada de readmisiones (SRR) y la proporción estandarizada de encuentros en el servicio de urgencias que ocurren dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria no se muestran si ocurren menos de 11 altas índice en el año. El índice de transfusión estandarizado (STRR) no se calcula si hay menos de 11 años-paciente en riesgo. Para el índice de lista de espera estandarizada, el resumen solo se informa para un período de tres años y no se muestra para un centro o estado con menos de 11 pacientes en riesgo o menos de dos eventos esperados durante el período del informe. El porcentaje de la lista de espera ajustado por edad no se informa si hay menos de 11 pacientes elegibles durante el período del informe. La tasa de fístula estandarizada (SFR) y la tasa de catéter a largo plazo (LTCR) no se calculan si hay menos de 11 pacientes adultos elegibles en el año.

Las estadísticas producidas para un grupo tan pequeño de pacientes pueden ser inestables y particularmente sujetas a variaciones aleatorias y, por tanto, difíciles de interpretar.

Este es el vigésimo octavo de esta serie de informes individualizados. Agradecemos su participación y comentarios sobre la claridad, utilidad, limitaciones y precisión de este informe. Encontrará información sobre cómo enviarnos comentarios directamente en el UM-KECC en la Sección XX.

Esta guía analiza el significado de los resúmenes de datos que proporciona cada informe y describe la metodología utilizada para calcular cada resumen. La Sección III describe los algoritmos de asignación de pacientes de UM-KECC utilizados para algunas de las medidas informadas en todo el DFR.

Las Secciones IV a XVIII están organizadas según el orden de los resúmenes en el Informe del Centro de Diálisis y pueden servir como referencia para su interpretación. La Sección XIX describe los resúmenes relacionados con COVID en las Tablas C1 y C2. Esta es la única sección en la que el orden de las tablas que se encuentran en el DFR no se corresponde con el orden de las secciones. Estas tablas se presentan después de las páginas introductorias y se encuentran antes de la Tabla 1.

Las páginas iniciales proporcionan el propósito y la descripción general del informe, las novedades, la disponibilidad de datos y cómo enviar comentarios. Las siguientes cuatro páginas incluyen aspectos destacados de la instalación, seguidos de tablas que contienen información detallada de la instalación. La siguiente página proporciona recuentos de pacientes, muertes y hospitalizaciones entre los pacientes de diálisis de Medicare.

(Tabla C1) y entre pacientes de diálisis en hogares de ancianos (NH) de Medicare (Tabla C2). Se informan resúmenes anuales para 2021-2022 y resúmenes trimestrales para 2022, con promedios regionales presentados para el cuarto trimestre (octubre de 2022 – diciembre de 2022). Las características de los pacientes del centro se informan en las Tablas 1 (todos los pacientes) y 2 (pacientes nuevos) cada año desde 2019-2022, así como promedios regionales para 2022 para comparar. Para proporcionar estimaciones más estables de los resultados de los pacientes, combinamos la mortalidad general (primera mitad de la Tabla 3), la información de hospitalización (Tabla 4) y la información de trasplantes (Tabla 5) durante un período de cuatro años. período, 2019-2022. De manera similar, combinamos la información de mortalidad del primer año (segunda mitad de la Tabla 3) y la proporción estandarizada de la lista de espera (segunda mitad de la Tabla 6) durante un período de tres años. período, 2019-2021. Las estimaciones separadas proporcionadas para cada año tienen en cuenta los cambios a lo largo del tiempo en las tasas nacionales de mortalidad, hospitalización y lista de espera de incidentes y le permiten evaluar las tendencias de tiempo de las instalaciones diferentes de la tendencia promedio de EE. UU. Tenga en cuenta que para los resúmenes de tres y cuatro años, los pacientes individuales suelen aportar datos de más de un año.

Las tablas restantes brindan información para la instalación cada año desde 2019-2022, así como promedios regionales para 2022 para comparar. La Tabla 6 proporciona resúmenes de los pacientes prevalentes e incidentes en la lista de espera de trasplantes y la Tabla 7 informa las estadísticas de vacunación contra la influenza. Las tablas 8 a 10 informan resúmenes del manejo de la anemia, la adecuación de la diálisis y el metabolismo mineral, respectivamente. El tipo de acceso vascular y la información sobre infecciones relacionadas con el acceso se presentan en la Tabla 11. Las comorbilidades de las reclamaciones de Medicare se informan en la Tabla 12. La Tabla 13 proporciona información general sobre el centro; resúmenes de colocación de pacientes y elegibilidad de Medicare de la Encuesta Anual de Instalaciones; e información básica sobre la última encuesta en esta instalación. En la Tabla 14 se proporcionan medidas seleccionadas para pacientes en diálisis menores de 18 años para centros que tratan al menos a cinco de estos pacientes durante el período de informe de cuatro años. Se proporcionan medidas seleccionadas para pacientes de hogares de ancianos en

Tabla 15 para instalaciones que tienen más de diez pacientes que, en algún momento durante 2022, estuvieron en un hogar de ancianos un día o más y estaban activos en la instalación el 31 de diciembre de 2022.

Cada fila de una tabla del informe resume un elemento. El centro tiene una columna para cada período de tiempo y, en la mayoría de los casos, tres columnas para los resúmenes geográficos correspondientes, incluidos los promedios del estado del centro, su red ESRD y toda la nación. Siempre que la estadística reportada fue un conteo (n), calculamos los promedios regionales y nacionales tomando el conteo promedio de todas las instalaciones en esa área. Cuando la estadística reportada para un período incluía más de un año, anualizamos los valores regionales y nacionales para hacerlos comparables con un período de un solo año. Cuando una estadística era un porcentaje, tasa o proporción, calculamos resúmenes regionales y nacionales agrupando a todos los pacientes individuales en esa área para obtener una estimación para esa área como si fuera una instalación grande. No informamos datos resumidos estatales para centros de diálisis en estados o territorios de EE. UU. con solo una o dos unidades de diálisis, con la excepción de los datos de la Encuesta anual de centros, que es información pública. Proporcionamos resúmenes del agregado geográfico de la Red ESRD y la nación para las instalaciones en estos estados o territorios.

III. Asignación de pacientes a instalaciones La sección describe

los métodos que utilizamos para asignar pacientes a una instalación para calcular los resúmenes que aparecen en las Tablas 1, 3-5, 8 y 12, seguidos de los métodos utilizados para asignar pacientes para calcular las medidas EQRS reportado en las Tablas 7-11. La asignación de pacientes para cada una de las tablas DFR restantes, así como la segunda mitad de la Tabla 3, se describen en la sección específica de esa tabla.

Un propósito importante de este informe es proporcionar y solicitar retroalimentación sobre la calidad de estos datos. Gran parte de este informe se basa en una descripción razonablemente precisa y completa de los pacientes tratados en cada centro en un momento determinado. Creemos que los resultados generales garantizan un alto nivel de confianza en la asignación de pacientes a los proveedores. La UM-KECC continuará sus esfuerzos para medir y mejorar la calidad de todos los datos presentados en este informe mediante comparaciones con otras fuentes de datos disponibles.

Debido a que algunos pacientes reciben tratamiento de diálisis en más de un centro en un año determinado, utilizamos métodos estándar basados en la asignación de años-persona a un centro, en lugar de asignar todo el seguimiento de un paciente a un centro. Desarrollamos convenciones que definen el grupo de pacientes asignados a una instalación en cualquier momento durante el año en particular. Este método se describe en detalle a continuación. Se pueden encontrar detalles adicionales sobre la elegibilidad del paciente para cada tabla en la sección específica de esa tabla. Es importante señalar que estos métodos de asignación de pacientes no se aplican a las estadísticas de mortalidad del primer año que aparecen en la segunda mitad de la Tabla 3.

TABLA 1: Resúmenes de todos los pacientes en diálisis

TABLA 3: Resumen de mortalidad para todos los pacientes en diálisis (primera mitad de la tabla)

TABLA 4: Resumen de hospitalización para pacientes de diálisis de Medicare

TABLA 5: Resumen de trasplantes para pacientes en diálisis menores de 75 años

TABLA 8: Resúmenes de manejo de la anemia para pacientes adultos en diálisis: estandarizados
Relación de transfusión (STRR)

TABLA 12: Comorbilidades reportadas en reclamos de Medicare para pacientes de diálisis de Medicare

Criterios generales de inclusión para pacientes en diálisis

Sólo ingresamos en las tabulaciones el seguimiento de un paciente después de que ese paciente tuvo ESRD durante más de 90 días. Este período mínimo de 90 días garantiza que la mayoría de los pacientes sean elegibles para el seguro de Medicare, ya sea como su aseguradora primaria o secundaria. También excluye del análisis a los pacientes que murieron durante los primeros 90 días de ESRD.

Para excluir a los pacientes que solo recibieron terapia de diálisis temporal, asignamos a los pacientes a un centro solo después de haber estado en diálisis allí durante al menos 60 días. Este 60-

El período de días se utiliza tanto para pacientes que inician terapia de reemplazo renal por primera vez como para aquellos que regresaron a diálisis después de un trasplante. Es decir, las muertes y la supervivencia durante los primeros 60 días no afectan la SMR de esa instalación.

Identificación de pacientes tratados en cada centro

Para cada paciente, identificamos al proveedor de diálisis en cada momento utilizando una combinación de reclamaciones de diálisis de Medicare, el formulario de evidencia médica (formulario CMS-2728) y datos de EQRS. A partir del día 91 de ESRD, determinamos los historiales de tratamiento en el centro para cada paciente y luego enumeramos a cada paciente en un centro solo una vez que el paciente había sido tratado allí durante 60 días. Cuando un paciente es transferido de un centro, el paciente permaneció asignado a él en la base de datos durante 60 días. Esta tabulación continua del tiempo en riesgo durante 60 días después del traslado de un centro atribuye a un centro las secuelas del tratamiento allí, incluso cuando un paciente fue transferido a otro centro (como un centro hospitalario) después de que su condición empeorara. .

En particular, colocamos a los pacientes en su centro inicial el día 91 de ESRD una vez que ese centro los había tratado durante al menos 60 días. Si el día 91 un centro había tratado a un paciente durante menos de 60 días, esperábamos hasta que el paciente alcanzara el día 60 de tratamiento en ese centro antes de colocarlo allí. Los resúmenes estatales y de la red no incluyen pacientes que no fueron asignados a un centro; Sin embargo, estos pacientes están incluidos en los resúmenes de EE. UU.

Utilizando datos de EQRS y reclamaciones de diálisis para determinar si un paciente ha sido transferido a otro centro, atribuimos los resultados del paciente al centro original del paciente durante 60 días después de la transferencia. El día 61 después del traslado desde un centro, colocamos al paciente en el nuevo centro una vez que había sido tratado en el nuevo centro durante 60 días. Cuando un paciente no fue tratado en un solo centro durante un lapso de 60 días (por ejemplo, si hubo dos cambios con 60 días de diferencia entre sí), no atribuimos a ese paciente a ningún centro.

Los pacientes fueron retirados de las instalaciones al recibir los trasplantes. Los pacientes que se retiraron de la diálisis o recuperaron la función renal permanecieron asignados a su centro de tratamiento durante 60 días después de la retirada o la recuperación. Además, los pacientes para quienes la única evidencia de tratamiento de diálisis es la existencia de reclamos de Medicare se consideraron perdidos del seguimiento y eliminados del análisis de un centro un año después del último reclamo, si no había evidencia anterior de transferencia, recuperación o muerte. . En otras palabras, si pasó un período de un año sin reclamos de diálisis de Medicare ni información de EQRS que indique que un paciente estaba recibiendo tratamiento de diálisis, consideramos que el paciente se perdió durante el seguimiento y

no continuó incluyendo a ese paciente en el análisis. Si reaparecía evidencia de diálisis, el paciente ingresaba en análisis después de 60 días de terapia continua en un solo centro.

Finalmente, todos los registros del EQRS que indicaban la continuación de la diálisis se ampliaron hasta la aparición de cualquier evidencia de recuperación, transferencia o muerte. En estos casos no se crearon períodos de pérdida de seguimiento, ya que las instrucciones para EQRS solo requieren verificar la precisión continua de los datos del paciente, pero no requieren actualización si no hay cambios.

Métodos de asignación de pacientes para medidas EQRS

Los métodos siguientes describen la asignación paciente-centro para los resúmenes de datos EQRS en las siguientes tablas:

TABLA 7: Resumen de vacunación contra la influenza para pacientes en diálisis de Medicare y todos
Pacientes en diálisis (la segunda sección)

TABLA 8: Resúmenes de manejo de la anemia para pacientes adultos en diálisis: hemoglobina y AEE para pacientes
adultos en hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (PD)

TABLA 9: Resúmenes de adecuación de la diálisis para todos los pacientes en diálisis

TABLA 10: Resúmenes del metabolismo mineral para pacientes adultos en diálisis

TABLA 11: Información sobre acceso vascular para todos los pacientes en diálisis

Para cada paciente, identificamos al proveedor de diálisis en cada momento utilizando principalmente datos de EQRS, el Formulario de evidencia médica (formulario CMS-2728) y los reclamos de diálisis de Medicare. Tanto la asignación de los pacientes al proveedor como la modalidad (ya sea hemodiálisis o diálisis peritoneal) se determinaron de acuerdo con la información reportada en las fuentes de datos mencionadas anteriormente. Para cada mes de informe, se requirió que los pacientes hubieran sido tratados por el centro durante el mes completo para poder ser incluidos en el denominador de estas medidas. Tenga en cuenta que el número de sesiones no se considera y es posible que el paciente no haya recibido tratamiento en el centro durante todo el mes que se incluirá. Por ejemplo, si un paciente está hospitalizado o viaja durante el mes, el paciente aún puede estar incluido en la medida del centro si está indicado como paciente del centro ese mes de acuerdo con los datos descritos anteriormente. Además, los pacientes para quienes la única evidencia de tratamiento de diálisis es la existencia de reclamos de Medicare se consideraron perdidos del seguimiento y eliminados del análisis de un centro un año después del último reclamo, si no había evidencia anterior de transferencia, recuperación o muerte. . En otras palabras, si transcurría un período de un año sin reclamaciones de diálisis de Medicare ni información del EQRS que indicara que un paciente estaba recibiendo tratamiento de diálisis, considerábamos que el paciente se había perdido durante el seguimiento y no lo usábamos en el análisis.

IV. Resúmenes de todos los pacientes en diálisis tratados al 31 de diciembre de cada año, 2019-2022

La Tabla 1 resume las características de los pacientes en diálisis atendidos al 31 de diciembre de 2019-2022 en el centro, con los valores promedio correspondientes para 2022 entre los pacientes del estado, la Red ESRD y los EE. UU.

Pacientes tratados el 31/12 del año (1a)

La fila 1a informa el número total de pacientes en diálisis tratados en el centro el 31 de diciembre de cada año de acuerdo con las convenciones descritas en la Sección III. Basamos los resúmenes de las características de los pacientes en la Tabla 1 en el recuento de la población de pacientes en esta fila.

Edad (1b, 1c)

Determinamos la edad al 31 de diciembre de cada paciente para cada año. Informamos la edad promedio y el porcentaje de pacientes en cada uno de varios rangos de edad.

Mujer (1d)

La fila 1d informa el porcentaje de pacientes mujeres.

Carrera (1e)

Establecimos la raza de cada paciente utilizando dos fuentes de información: el Formulario de Evidencia Médica y EQRS. Informamos el porcentaje de pacientes en cada una de las cinco categorías raciales: asiático/isleño del Pacífico (incluye el subcontinente indio), afroamericano, nativo americano (incluye nativos de Alaska), blanco (incluye árabe y del Medio Oriente) y un grupo combinado para otra/desconocida/raza faltante. La categoría 'otra/raza desconocida/perdida' incluye pacientes para quienes ninguna de las otras categorías raciales fue indicada en ninguna de las fuentes anteriores.

Etnicidad (1f)

Obtuvimos el origen étnico de los pacientes del Formulario de evidencia médica de CMS y lo complementamos con la muestra de datos de Medidas de desempeño clínico de ESRD cuando estuvo disponible. Informamos el porcentaje de pacientes en las categorías hispana, no hispana y desconocida.

Causa principal de ESRD (1g)

Determinamos la causa de ESRD de cada paciente utilizando dos fuentes de información: el Formulario de evidencia médica y EQRS. Informamos el porcentaje de pacientes en cada uno de los cinco grupos de causas principales: diabetes; hipertensión; glomerulonefritis; otro/desconocido; y causa faltante.

Duración de la ESRD (1h, 1i)

Calculamos el número de años transcurridos desde la primera terapia de reemplazo renal para cada paciente tratado en el centro el 31 de diciembre de cada año. La fila 1h informa el número promedio de años de tratamiento previo con ESRD. La fila 1i muestra rangos de años desde el inicio de ESRD y los porcentajes correspondientes de pacientes por rango.

Pacientes de residencias de ancianos (1j)

Obtuvimos el historial de los pacientes en centros de enfermería del Conjunto de datos mínimos de hogares de ancianos. Informamos el porcentaje de pacientes tratados el 31 de diciembre de cada año que también fueron tratados en un centro de enfermería en cualquier momento durante el año.

Modalidad (1k)

La fila 1k informa el porcentaje de pacientes en tratamiento de diálisis crónica en el centro (% de 1a) que reciben diálisis a través de las siguientes modalidades: hemodiálisis en el centro, hogar

hemodiálisis, diálisis peritoneal ambulatoria continua, diálisis peritoneal cíclica continua y otros. La categoría "Otra" modalidad incluye otras diálisis, modalidad incierta y pacientes que no están en diálisis pero que aún están asignados temporalmente al centro (diálisis interrumpida, función renal recuperada y pérdida del seguimiento).

V. Características de los pacientes nuevos en diálisis, 2019-2022 (formulario CMS-2728)

La Tabla 2 presenta datos detallados del Formulario de evidencia médica de ESRD (formulario CMS-2728) sobre las características de los pacientes nuevos en el centro por año. Los pacientes representados en esta tabla fueron pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal que iniciaron diálisis entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2022. Tenga en cuenta que colocamos a los pacientes incluidos aquí no de acuerdo con las convenciones descritas en la Sección III, sino más bien de acuerdo con Número de certificación de CMS que apareció en sus formularios de evidencia médica.

Para cada característica del paciente, presentamos el valor promedio del centro, así como los promedios estatales, de la red y de EE. UU. Excluimos de los cálculos los valores de pacientes individuales que estaban fuera de los rangos mostrados entre paréntesis [] en esta tabla porque los consideramos clínicamente improbables.

Características del paciente (2a-2m)

La fila 2a de esta tabla proporciona el número total de formularios presentados por la instalación durante el año. Las filas 2b-2m tratan de las características demográficas de los pacientes, incluida su edad, sexo, raza, origen étnico, causa principal de ESRD, cobertura médica, índice de masa corporal, empleo, modalidad primaria y tipo de acceso.

Valores de laboratorio promedio antes de la diálisis (2n-2q)

Las filas 2n-2q informan los valores de laboratorio antes del inicio de la ESRD. Estimamos la tasa de filtración glomerular (TFG) informada en la fila 2q utilizando una fórmula desarrollada por el Estudio de Modificación de la Dieta en Enfermedad Renal (MDRD) (Levey et al, 1999), una fórmula basada en la creatinina sérica antes de la primera diálisis, la edad y la raza. y género.

Atención antes del inicio de la terapia ESRD (2r, 2s)

La fila 2r informa el porcentaje de pacientes en 2a que habían recibido tratamiento con AEE antes del inicio del tratamiento de ESRD. La fila 2s informa el porcentaje de pacientes en 2a que habían estado bajo el cuidado de un nefrólogo antes del inicio del tratamiento de ESRD por categorías de tiempo (nunca, <6 meses, 6-12 meses, >12 meses) y de pacientes con ausencia. o información desconocida sobre la atención del nefrólogo antes del inicio de la terapia de ESRD.

Opciones de trasplante de riñón (2t-2v)

La fila 2t informa el porcentaje de pacientes en 2a que habían sido informados sobre las opciones de trasplante. La fila 2u muestra el recuento de pacientes que no fueron informados sobre sus opciones de trasplante. Las razones para no informar a los pacientes informados en 2u sobre sus opciones de trasplante (por no ser aptos médicamente, no aptos por edad, psicológicamente no aptos, rechazar la información o aún no haber sido evaluados) se informan en la fila 2v. Las categorías en la fila 2v

Es posible que la suma no sume 100% debido a pacientes para quienes se seleccionan múltiples motivos, o para quienes se selecciona "Otro" o ningún motivo.

Condiciones comórbidas (2 semanas, 2 veces)

La fila 2w informa el porcentaje de pacientes en el centro con cada una de las condiciones comórbidas (medidas antes del inicio de la diálisis) enumeradas. La fila 2x proporciona el número promedio de condiciones comórbidas reportadas por paciente nuevo en el centro, el estado, la red y la nación.

VI. Resumen de mortalidad para todos los pacientes en diálisis (2019-2022) y Nuevos Pacientes de Diálisis (2019-2021)

La primera mitad de la Tabla 3 (filas 3a-3k) proporciona información sobre la mortalidad de todos los pacientes de diálisis tratados en el centro. La segunda mitad de la Tabla 3 (filas 3l-3u) proporciona información sobre la mortalidad en el primer año de diálisis para los pacientes que inician diálisis por primera vez en el centro. Para cada sección de la tabla, hemos calculado una tasa de mortalidad relativa, o índice de mortalidad estandarizada (SMR), para los pacientes del centro. El SMR compara la tasa de mortalidad observada en el centro con la tasa de mortalidad esperada según las tasas de mortalidad nacionales durante ese año para pacientes con las mismas características que los

en la instalación (Wolfe, 1992). El SMR utiliza la mortalidad esperada calculada a partir de un modelo de Cox (SAS Institute Inc., 2000; Andersen, 1993; Collett, 1994), ajustando por año calendario, edad del paciente, raza, origen étnico, sexo, diabetes, duración de la ESRD y estado en una residencia de ancianos. , comorbilidades de los pacientes en el momento de la incidencia, índice de masa corporal (IMC) en el momento de la incidencia y tasas de mortalidad de la población.

A partir del año fiscal 2022, debido a la ECE y la pandemia de COVID-19, las muertes esperadas entre 2020 y 2022 se calculan en un modelo de Cox separado de las muertes esperadas de 2019. Luego, las muertes esperadas para cada instalación se suman en todas cuatro años antes de calcular la TME.

El SMR tiene en cuenta muchas características de los pacientes que se sabe que están asociadas con la mortalidad, pero no puede explicar todos los factores que pueden explicar las diferencias en la mortalidad entre centros. Por ejemplo, dado que la SMR tiene en cuenta la edad y la diabetes, una edad promedio mayor o un gran porcentaje de pacientes diabéticos en un centro no elevaría la SMR. No se tienen en cuenta otros factores, como el estado nutricional, los factores relacionados con el proceso de atención o las condiciones comórbidas que se desarrollaron después de la incidencia. Por lo tanto, si la estadística SMR indica diferencias potenciales en la mortalidad del establecimiento en comparación con los promedios regionales o nacionales, considere el papel que desempeñan otros factores importantes dentro del establecimiento. Al igual que con los resúmenes de hospitalización y trasplantes que se describen a continuación en las Secciones VII y VIII, los resúmenes de mortalidad le resultarán más informativos si los utiliza como parte de un proceso integrado de garantía de calidad.

En la primera mitad de la tabla, informamos información sobre la mortalidad de todos los pacientes prevalentes en diálisis para cada año entre 2019 y 2022, y también resumimos la estadística. para el período de cuatro años. También se informaron los promedios en el estado, la Red ESRD y la nación para este período combinado de cuatro años. En la segunda mitad de la Tabla 3, informamos

estadísticas similares que comparan la mortalidad en el primer año de nuevos pacientes de diálisis en el centro con los promedios nacionales. Esta sección de la tabla le permite al centro ver cómo les fue a todos los pacientes que comenzaron en ese centro en su primer año de diálisis, incluso si el centro ya no trata a algunos de estos pacientes.

Exclusiones de datos de COVID-19

Los datos de resultados desde marzo de 2020 hasta junio de 2020 se excluyen de todos los cálculos debido a la política de CMS ECE para excepciones de datos, incluido el tiempo en riesgo y los eventos. Para 2020, los resúmenes de mortalidad se basan en 8 meses que incluyen enero, febrero y julio a diciembre.

Principales diferencias entre los cálculos de mortalidad prevalente y de primer año

Las estadísticas reportadas en estas dos secciones de la tabla de mortalidad son muy similares, pero existen varias diferencias notables.

Colocación del paciente

La sección de mortalidad prevalente incluye pacientes según las convenciones descritas en la Sección III. Los pacientes se incluyen en el informe de un centro en particular mientras reciben tratamiento en ese centro, ingresan al análisis de un centro solo después de haber sido tratados allí durante 60 días y salen del análisis de un centro 60 días después de su transferencia fuera del centro.

Por el contrario, la sección de mortalidad del primer año ubica a los pacientes según el centro que presentó el Formulario de evidencia médica (CMS-2728) para el paciente. Los pacientes se incluyen en el análisis de un centro durante todo el año de seguimiento, independientemente de si el paciente recibe tratamiento en ese centro.

Inicio del seguimiento

En el cálculo de la mortalidad prevalente, los pacientes ingresan al análisis no antes del día 90 de ESRD. En el cálculo de la mortalidad del primer año, los pacientes ingresan al análisis el primer día de ESRD.

Títulos del año calendario

En el apartado de mortalidad prevalente, los años naturales corresponden al seguimiento del paciente tiempo. En otras palabras, el tiempo de riesgo y las muertes que ocurren durante un año en particular se incluyen en la columna de ese año.

En el apartado de mortalidad del primer año, los años calendario corresponden al año del primer tratamiento de ese paciente. Aquí, el tiempo en riesgo y las muertes se incluyen en la columna correspondiente a cuando ese paciente comenzó la diálisis en lugar de cuando tuvo lugar el tiempo en riesgo o la muerte. Debido a que no contamos con un año completo de seguimiento para los pacientes que comenzaron la diálisis en el cuarto año, solo se incluyen tres años en la sección de mortalidad del primer año.

Resúmenes de mortalidad para todos los pacientes en diálisis (3a-3k)

Pacientes (3a)

Basamos los resúmenes de mortalidad en la primera mitad de la tabla (filas 3a-3k) en los pacientes de diálisis que recibieron tratamiento en el centro de acuerdo con las convenciones descritas en la Sección III.

Años de pacientes en riesgo (3b)

Para cada paciente en la fila 3a, el tiempo en riesgo comenzó al inicio del período de tratamiento en el centro (ver Sección III) y continuó hasta la primera aparición de lo siguiente: trasplante; fecha de muerte; fin del período de tratamiento en el centro; o 31 de diciembre del año. Es posible que un paciente haya sido tratado en un centro durante varios períodos durante el mismo año; Los años-paciente en riesgo incluyen el tiempo en riesgo durante todos los períodos de tratamiento en un centro.

Muertes (3c)

Informamos el número de muertes que ocurrieron entre pacientes en diálisis durante cada año, así como el total a lo largo de los años. Este recuento no incluye muertes por drogas ilícitas ni accidentes no relacionados con el tratamiento. Las muertes por estas causas variaron según el centro: ciertos centros (en particular, los centros urbanos que trataban a un gran número de pacientes masculinos y jóvenes) informaron un gran número de muertes por estas causas y otros informaron cifras extremadamente bajas (Turenne, 1996). Dado que es poco probable que estas muertes se debieran a las características de las instalaciones de tratamiento, las excluimos de los cálculos.

Muertes esperadas (3d)

Utilizamos un modelo de Cox para calcular las muertes esperadas para cada paciente en función de las características de ese paciente, la cantidad de tiempo de seguimiento (años de paciente en riesgo) para ese paciente durante el año y el año calendario (SAS Institute Inc. , 2000; Andersen, 1993; Ajustamos el modelo de Cox por año calendario, edad, raza, origen étnico, sexo, diabetes, años desde el inicio de ESRD, estado en un hogar de ancianos, comorbilidades del paciente en el momento de la incidencia e IMC del paciente en el momento de la incidencia ($IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m}^2\text{)}$).). También controlamos las tasas de mortalidad de la población ajustadas por edad por estado y raza, según la población de EE. UU. en 2014-2016 (Informe del Centro Nacional de Estadísticas de Salud, 2017) y los datos sobre la tasa de mortalidad por COVID-19 de EE. UU. de los Centros para el Control de Enfermedades de EE. UU. (<https://data.cdc.gov/Case-Surveillance/Weekly-United-States-COVID-19-Cases-and-Deaths-by-pwn4-m3yp>) se resumieron para cada estado durante cada mes. entre 2020 y 2022. Al igual que con las muertes en 3c, luego sumamos estas muertes esperadas para obtener el número total de muertes esperadas para cada año en la instalación, y sumamos los valores anuales para obtener el número esperado de muertes durante el período de cuatro años para cada instalación.

Categorías de Muerte (3e-3g)

La fila 3e informa el porcentaje de muertes de pacientes en diálisis (fila 3c) para las cuales el Formulario de notificación de muerte por ESRD de CMS (Formulario-2746) indicó que el paciente suspendió voluntariamente la terapia de reemplazo renal antes de morir. Para los cálculos de las causas de muerte en las filas 3f y 3g, consideramos todas las causas de muerte (primarias y secundarias) proporcionadas en el formulario. El porcentaje de muertes en 3c con una causa primaria o secundaria de muerte enumerada como infección, causas cardíacas y enfermedad hepática se informa en la fila 3f.

La fila 3g informa el número de pacientes que, según cualquiera de las causas primarias o secundarias de muerte enumeradas en el Formulario de notificación de defunción, murieron por accidentes no relacionados con el tratamiento de diálisis o por drogas ilícitas. No incluimos estas muertes no relacionadas con la diálisis en el recuento total de muertes en la fila 3c o en la SMR; por lo tanto, las diferencias en las SMR entre centros de diálisis no corresponden a diferencias en el número de muertes no relacionadas con la diálisis.

La información sobre la categoría de muerte puede ayudarle a interpretar el valor SMR de la instalación. Por ejemplo, una tasa alta de abstinencia no aumentará sustancialmente la SMR si los pacientes que se retiran tienen una vida esperada corta, aunque causará un aumento si a los pacientes les queda una vida esperada larga. Sin embargo, recomendamos tener precaución al interpretar estos porcentajes por categoría de muerte, ya que no los ajustamos según las características de los pacientes. Expresar esta información como un porcentaje simple del número total de muertes no indica si el porcentaje de muertes en cualquier categoría en particular difiere del promedio nacional para pacientes similares.

Razón de Mortalidad Estandarizada (SMR) (3h)

La RME es igual a la relación entre el número real de muertes (3c) dividida por el número esperado de muertes (3d). El SMR estima la tasa de mortalidad relativa del centro, en comparación con la tasa de mortalidad nacional en el mismo año. Cualitativamente, el grado en que el

La SMR de cuatro años del centro varía de 1,00 es el grado en que supera ($>1,00$) o está por debajo ($<1,00$) las tasas de mortalidad nacionales de 2019-2022 para pacientes con las mismas características que los del centro. De manera similar, el grado en que la RME anual del centro varía de 1,00 es el grado en que difiere de las tasas de mortalidad nacionales de ese año para pacientes con las mismas características que los del centro.

Como se indicó anteriormente, ajustamos la SMR por edad, raza, origen étnico, sexo, diabetes, duración de la ESRD, estado en un hogar de ancianos, comorbilidades en el momento de la incidencia, IMC en el momento de la incidencia y tasas de mortalidad estatales y poblacionales. Además, la estimación de cada año se compara con las tasas de mortalidad de EE. UU. para el mismo año. La SMR indica si los pacientes tratados en el centro tuvieron una mortalidad mayor o menor dadas las características de los pacientes tratados en el centro. Debido a que se utiliza un año de referencia diferente para la estimación de cada año, el SMR le permitirá identificar tendencias a lo largo del tiempo en la instalación más allá de la tendencia general a lo largo del tiempo en EE. UU. En otras palabras, si la SMR de la instalación disminuye durante el período, esto significa que la mortalidad en la instalación ha disminuido más durante ese período que la disminución de la mortalidad promedio general en EE. UU. Si la mortalidad en el centro disminuyó durante el período de cuatro años a la misma tasa que la mortalidad general en EE. UU. disminuyó durante este período, la SMR para el centro sería la misma para cada año.

La metodología estadística detallada para el SMR se incluye en un documento separado titulado Notas Técnicas sobre la Razón de Mortalidad Estandarizada para los Informes de Establecimientos de Diálisis. Este documento y la hoja de cálculo de Microsoft Excel que lo acompaña están disponibles en el sitio web de Dialysis Reports (www.dialysisdata.org) bajo el título Metodología.

Cuantitativamente, si las tasas de mortalidad del centro son iguales a las tasas de mortalidad nacionales (en muertes por paciente-año o por año en riesgo) multiplicadas por una constante multiplicativa, entonces la SMR estima esa constante multiplicativa. Si la constante multiplicativa varía para diferentes subgrupos de pacientes, entonces la SMR estima un promedio ponderado de esas constantes de acuerdo con la combinación de pacientes del centro. Por ejemplo, una $SMR=1,10$ indicaría que las tasas de mortalidad del centro normalmente superan las tasas de mortalidad nacionales en un 10% (por ejemplo, se observaron 22 muertes cuando se esperaban 20, según la combinación de pacientes del centro). De manera similar, una $SMR = 0,95$ indicaría que las tasas de mortalidad del centro suelen estar un 5 % por debajo de las tasas de mortalidad nacionales (por ejemplo, 19 versus

20 muertes). Una $SMR=1,00$ indicaría que las tasas de mortalidad del centro son iguales a las tasas de mortalidad nacionales.

Calculamos los resúmenes regionales y nacionales como la relación entre el número total de muertes observadas entre los pacientes de cada región y el número de muertes esperadas entre los pacientes de cada región (3c/3d).

Por qué el SMR nacional puede no ser exactamente igual a 1,00

Es posible que la SMR 2019-2022 reportada para EE. UU. en su conjunto no sea exactamente igual a 1,00.

El valor SMR para EE. UU. proporcionado en los Informes de centros de diálisis no incluye todos los centros de diálisis de EE. UU. en su cálculo. En particular, como se analiza en la Descripción general, los centros que solo reciben trasplantes, solo para VA y que no son de Medicare no están incluidos en los resúmenes geográficos.

variación aleatoria

El SMR estima la verdadera proporción de las tasas de mortalidad en el centro en relación con las tasas de mortalidad nacionales. Un valor de SMR que difiere de 1,00 indica que las tasas de mortalidad del centro difieren de las tasas de mortalidad nacionales. Sin embargo, el valor de la SMR varía de un año a otro por encima o por debajo de la relación real, debido a una variación aleatoria. Por lo tanto, la SMR de la instalación podría diferir de 1,00 debido a una variación aleatoria más que a una diferencia fundamental entre los

las tasas de mortalidad de las instalaciones y las del país. Tanto el valor p como el intervalo de confianza, que se analizan a continuación, le ayudarán a interpretar la SMR de la instalación frente a dichas fluctuaciones aleatorias. Basamos nuestros cálculos de ambos elementos en una distribución de Poisson supuesta para el número de muertes en la instalación.

Valor p (3i)

El valor p mide la significancia estadística (o evidencia) para probar la hipótesis bilateral de que la verdadera proporción de tasas de mortalidad para el centro versus la nación es diferente (mayor o menor) de 1,00. El valor p es la probabilidad de que la SMR, simplemente por casualidad, se desvíe de 1,00 tanto como la SMR observada, y a veces se interpreta ingenuamente como la probabilidad de que la verdadera SMR sea igual a 1,00. Un valor p más pequeño tiende a ocurrir cuando la relación difiere más de 1,00 y cuando se utilizan más datos del paciente para calcular el valor SMR. Un valor p inferior a 0,05 suele considerarse prueba de que la proporción de tasas de mortalidad realmente difiere de 1,00. Por ejemplo, un valor p inferior a 0,05 indicaría que es poco probable que la diferencia entre las tasas de mortalidad del centro y las del país haya surgido únicamente de fluctuaciones aleatorias. Cuanto menor sea el valor p , más significativa estadísticamente será la diferencia entre las tasas de mortalidad de las instalaciones nacionales e individuales

es. Un valor p pequeño ayuda a descartar la posibilidad de que la variación de una SMR de 1,00 haya surgido por casualidad. Sin embargo, un valor p pequeño no indica el grado de importancia de la diferencia entre las tasas de mortalidad del centro y las del país.

El valor cuantitativo real del SMR refleja la importancia clínica de la diferencia entre las tasas de mortalidad del centro y del país. Un SMR que difiere mucho de 1,00 es más importante que un SMR en el rango de 0,95 a 1,05.

Intervalo de confianza para SMR (3j)

El intervalo de confianza del 95% proporciona un rango de valores plausibles para la relación real entre las tasas de mortalidad entre establecimientos y nacionales, a la luz de la RME observada. Los límites superior e inferior encierran

la verdadera proporción entre ellos aproximadamente el 95% de las veces. Los intervalos de confianza estadísticamente significativos no contienen 1,00.

Curso de acción recomendado si se eleva la SMR

En los últimos años, los directores médicos han preguntado a la UM-KECC qué deben hacer si su SMR está elevado. A continuación se detallan nuestras pautas generales, que no pretenden ser exhaustivas.

1) ¿Se desvía el SMR de 1,00 por casualidad? Si el centro tiene pocos pacientes, entonces la variación aleatoria puede explicar la desviación. Evalúe el intervalo de confianza y el valor p. Lo más probable es que la verdadera RME se encuentre entre los límites de confianza. Si el valor p excede 0,05, o si el intervalo de confianza incluye 1,00, la SMR no es estadísticamente significativa al nivel de 0,05 y la variación aleatoria podría explicar de manera plausible su elevación. Tenga en cuenta que el valor p se basa en un cálculo exacto, mientras que el intervalo de confianza es una aproximación, precisa en la mayoría de los casos. En casos raros, estas medidas de significación estadística pueden diferir: una indica un resultado estadísticamente significativo y la otra uno insignificante.

Si esto ocurre, utilice el valor p en lugar del intervalo de confianza.

2) ¿El resultado es consistente a lo largo de los años? Vea si los valores son consistentes de un año a otro o si hay una tendencia constante hacia valores más altos o más bajos. De lo contrario, los resultados pueden ser menos confiables que si las estimaciones de cada año siguieran un patrón.

3) Examinar los datos de entrada. La Tabla 1 brinda algunos detalles sobre los pacientes asignados al centro. Un usuario autorizado puede solicitar una lista de los pacientes utilizados en este informe a DialysisData.org, que incluye identificadores de pacientes y fechas de fallecimiento, si corresponde. Considere si los recuentos de pacientes por año son plausibles a lo largo del tiempo, así como para un año cualquiera. Si esta lista contiene errores importantes, nos gustaría conocerlos.

4) Considerar otras características de la instalación no ajustadas en las RMT. El SMR se ajusta por año calendario, edad, raza, origen étnico, sexo, diabetes, años de ESRD, estado en residencias de ancianos, comorbilidades, IMC y tasas de mortalidad de la población. La SMR podría diferir de 1,00 porque los pacientes difieren con respecto a otros factores importantes no ajustados (p. ej., estado nutricional deficiente).

5) Una RME estadísticamente significativa superior a 1,10 probablemente refleja una mortalidad verdaderamente elevada. Por lo tanto, la mejor manera de abordar este hallazgo es evaluar varios factores de tratamiento en la unidad, así como otras características del paciente.

Percentiles SMR para esta instalación (3k)

Esta sección informa el rango percentil del SMR de la instalación en relación con todas las demás instalaciones en el estado, la red y la nación. Este percentil, informado para la SMR de cada año y para la SMR combinada de cuatro años, es el porcentaje de instalaciones con una SMR inferior a la de las instalaciones. En otras palabras, un percentil alto o bajo indica que la instalación tiene un SMR alto o bajo en relación con otras instalaciones en el estado, la red o la nación.

Resúmenes de mortalidad para nuevos pacientes en diálisis (3l-3u)Pacientes de mortalidad en el primer año (3l)

La fila 3l de esta tabla proporciona el número total de formularios para nuevos pacientes de diálisis presentados por el centro durante el año. Las estadísticas de mortalidad en el primer año informadas en la segunda mitad de la tabla (3l-3u) se basan en estos pacientes. Como se describió anteriormente, los pacientes representados en esta parte de la tabla fueron pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal que iniciaron diálisis entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2022. Tenga en cuenta que colocamos a los pacientes incluidos aquí no de acuerdo con las convenciones descritas en la Sección III, sino según el proveedor que presentó sus Formularios de Evidencia Médica.

Años-paciente en riesgo de mortalidad en el primer año (3 millones)

Para los nuevos pacientes de diálisis, el tiempo de riesgo comenzó en el primer tratamiento de diálisis y continuó hasta la primera aparición de lo siguiente: trasplante; fecha de fallecimiento, o un año después del inicio del tratamiento. Esto contrasta con el tiempo de riesgo para la primera mitad de la tabla, que comienza no antes del día 90 de ESRD y finaliza si un paciente se transfiere fuera del centro. Para las estadísticas de mortalidad del primer año, todo el tiempo que un paciente en particular estuvo en riesgo se incluye en el informe de su centro inicial, independientemente de si el paciente fue tratado en ese centro durante todo el año. Además, todo el tiempo que un paciente estuvo en riesgo se incluye bajo el título de año calendario correspondiente al Formulario de Evidencia Médica incluso si parte de ese tiempo de seguimiento ocurre en el año siguiente. Es decir, los epígrafes del año natural se refieren al año en que los pacientes iniciaron el tratamiento.

Muertes en el primer año (3n)

Informamos el número de muertes que ocurrieron entre los nuevos pacientes de diálisis durante su primer año de diálisis, así como el total a lo largo de los años. Al igual que en la sección de mortalidad general, este recuento no incluye muertes por drogas ilícitas ni muertes por accidentes no relacionados con el tratamiento (consulte la fila 3c anterior para obtener más detalles).

Muertes esperadas en el primer año (3o)

Utilizamos un modelo de Cox para calcular las muertes esperadas para cada paciente en función de las características de ese paciente, la cantidad de tiempo de seguimiento (paciente-años en riesgo) para ese paciente durante el año y el año calendario (SAS Institute Inc. ., 2000; Andersen, 1993; Ajustamos el modelo de Cox por año calendario, edad, raza, origen étnico, sexo, diabetes, año, estado de residencia de ancianos, comorbilidades del paciente en el momento de la incidencia e IMC del paciente en el momento de la incidencia ($IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m}^2\text{)}$)). También controlamos las tasas de mortalidad de la población ajustadas por edad por estado y raza, según la población de EE. UU. en 2014-2016.

(Centro Nacional de Estadísticas de Salud, 2017). Luego sumamos estas muertes esperadas para obtener el número total de muertes esperadas para cada año en la instalación, y sumamos los valores anuales para obtener el número esperado de muertes durante los tres años. período para cada instalación.

Pacientes nuevos: categorías de muerte (3p, 3q)

La fila 3p informa el porcentaje de muertes de pacientes en diálisis (fila 3n) para las cuales el Formulario de notificación de muerte por ESRD de CMS (Formulario-2746) indicó que el paciente interrumpió voluntariamente la terapia de reemplazo renal antes de morir. Para los cálculos de las causas de muerte en las filas 3q, consideramos todas las causas de muerte (primarias y secundarias) proporcionadas en el formulario. El

porcentaje de muertes en 3n con una causa primaria o secundaria de muerte enumerada como infección,
Las causas cardíacas y las enfermedades hepáticas se informan en la fila 3q.

Razón de mortalidad estandarizada (SMR) del primer año (3r)

La RME es igual a la relación entre el número real de muertes (3n) dividida por el número esperado de muertes (3o). El SMR estima la tasa de mortalidad relativa del centro, en comparación con la tasa de mortalidad nacional en el mismo año.

Cualitativamente, el grado en que el

La SMR de tres años del centro varía de 1,00 es el grado en que excede ($>1,00$) o está por debajo ($<1,00$) las tasas de mortalidad nacionales de 2019-2020 para nuevos pacientes en diálisis con las mismas características que los del centro. De manera similar, el grado en que la RME anual del centro varía de 1,00 es el grado en que difiere de las tasas de mortalidad nacionales para pacientes con las mismas características que los del centro ese año.

Utilizamos métodos similares para calcular la SMR para nuevos pacientes en diálisis y para todos los pacientes en diálisis. Ajustamos el SMR por edad, raza, origen étnico, sexo, diabetes, estado en residencias de ancianos, comorbilidades en el momento de la incidencia, IMC en el momento de la incidencia y tasas de mortalidad estatales y poblacionales.

Además, la estimación de cada año se compara con las tasas de mortalidad de EE. UU. para el mismo año.

La SMR indica si los pacientes tratados en el centro tuvieron una mortalidad mayor o menor de lo esperado dadas las características de los pacientes tratados en el centro. Debido a que se utiliza un año de referencia diferente para la estimación de cada año, los SMR le permitirán identificar tendencias a lo largo del tiempo en la instalación más allá de la tendencia general a lo largo del tiempo en EE. UU. En otras palabras, si la SMR de la instalación disminuye durante el período, esto significa que la mortalidad en la instalación ha disminuido más durante ese período que la disminución de la mortalidad promedio general en EE. UU. Si la mortalidad en el centro disminuyó durante el período de tres años a la misma tasa que la mortalidad general en EE. UU. disminuyó durante este período, la SMR del centro sería la misma para cada año.

Cuantitativamente, si las tasas de mortalidad del centro son iguales a las tasas de mortalidad nacionales (en muertes por paciente por año o por año en riesgo) multiplicado por una constante multiplicativa, entonces la SMR estima esa constante multiplicativa. Si la constante multiplicativa varía para diferentes subgrupos de pacientes, entonces la SMR estima un promedio ponderado de esas constantes de acuerdo con la

combinación de pacientes del centro. Por ejemplo, una $SMR=1,10$ indicaría que las tasas de mortalidad del centro normalmente superan las tasas de mortalidad nacionales en un 10% (por ejemplo, se observaron 22 muertes cuando se esperaban 20, según la combinación de pacientes del centro). De manera similar, una $SMR = 0,95$ indicaría que las tasas de mortalidad del centro suelen estar un 5% por debajo de las tasas de mortalidad nacionales (por ejemplo, 19 frente a 20 muertes). Una $SMR=1,00$ indicaría que las tasas de mortalidad del centro son iguales a las tasas de mortalidad nacionales.

Calculamos los resúmenes regionales y nacionales como la relación entre el número total de muertes observadas entre los pacientes de cada región y el número de muertes esperadas entre los pacientes de cada región ($3n/3o$).

Valor p (3s)

El valor p mide la significancia estadística (o evidencia) para probar la hipótesis bilateral de que la verdadera proporción de tasas de mortalidad para el centro versus la nación es diferente (mayor o menor) de 1,00. El valor p es la probabilidad de que la SMR, simplemente por casualidad, se desvíe de 1,00 tanto como la SMR observada y, a veces, es ingenuamente

interpreta como la probabilidad de que la verdadera RME sea igual a 1,00. Un valor p más pequeño tiende a ocurrir cuando la relación difiere más de 1,00 y cuando se utilizan más datos del paciente para calcular el valor SMR. Un valor p inferior a 0,05 suele considerarse prueba de que la proporción de tasas de mortalidad realmente difiere de 1,00. Por ejemplo, un valor p inferior a 0,05 indicaría que es poco probable que la diferencia entre las tasas de mortalidad del centro y las del país haya surgido únicamente de fluctuaciones aleatorias. Cuanto menor sea el valor p, más significativa estadísticamente será la diferencia entre las tasas de mortalidad de los establecimientos nacionales e individuales. Un valor p pequeño ayuda a descartar la posibilidad de que la variación de una SMR de 1,00 haya surgido por casualidad. Sin embargo, un valor p pequeño no indica el grado de importancia de la diferencia entre las tasas de mortalidad del centro y las del país.

El valor cuantitativo real del SMR refleja la importancia clínica de la diferencia entre las tasas de mortalidad del centro y del país. Un SMR que difiere mucho de 1,00 es más importante que un SMR en el rango de 0,95 a 1,05.

Intervalo de confianza para SMR del primer año (3t)

El intervalo de confianza del 95% proporciona un rango de valores plausibles para la relación real entre las tasas de mortalidad en el primer año entre establecimientos y nacionales, a la luz de la RME observada. Los límites superior e inferior encierran la verdadera relación entre ellos aproximadamente el 95% del tiempo. Los intervalos de confianza estadísticamente significativos no contienen 1,00.

Percentiles SMR del primer año para esta instalación (3u)

Esta sección informa el rango percentil del SMR del primer año de la instalación en relación con todas las demás instalaciones en el estado, la red y la nación. Este percentil, informado para la SMR de cada año y para la SMR combinada de tres años, es el porcentaje de instalaciones con una SMR más baja que el de la instalación. En otras palabras, un percentil alto o bajo indica que la instalación tiene un SMR alto o bajo en relación con otras instalaciones en el estado, la red o la nación.

VII. Resumen de hospitalización para pacientes de diálisis de Medicare, 2019-2022

Resumen: Resúmenes de hospitalización para pacientes en diálisis (SHR (días/ingresos), SEDR)

Las tasas de hospitalización son un indicador importante de la morbilidad y la calidad de vida de los pacientes. En promedio, los pacientes en diálisis ingresan en el hospital aproximadamente dos veces al año y pasan un promedio de 9 días en el hospital al año (USRDS, 2020). Las medidas de la frecuencia de la hospitalización y los diagnósticos asociados con la hospitalización ayudan a controlar los crecientes costos médicos y desempeñan un papel importante en la prestación de atención médica rentable. Los resúmenes de hospitalización para pacientes de diálisis de Medicare se presentan en la Tabla 4.

Este informe incluye resúmenes de las tasas de hospitalización entre pacientes de diálisis en el centro, junto con tasas de hospitalización regionales y nacionales para comparar. Sin embargo, las razones de las diferencias en las tasas de hospitalización por centro son complejas. La decisión clínica asociada con eventos de hospitalización individuales no es posible determinar con los datos administrativos disponibles. Por lo tanto, estos datos de las instalaciones pueden caracterizarse mejor como una evaluación de la utilización de los recursos hospitalarios en todas las instalaciones.

Las tasas de hospitalización son más difíciles de resumir que las tasas de mortalidad. Por ejemplo, un paciente puede ser hospitalizado más de una vez al año. Además, los datos de hospitalización no siempre son tan completos como los datos de mortalidad. Idealmente, esta tabla incluye solo a los pacientes cuyos registros de facturación de Medicare incluyen todas las hospitalizaciones del período. Para lograr este objetivo, requerimos que los pacientes estén inscritos en Medicare Advantage o alcancen un cierto umbral de diálisis de Medicare y reclamaciones de pacientes hospitalizados. A efectos del análisis, el tiempo de seguimiento de cada paciente se divide en períodos definidos por el tiempo desde el inicio de la diálisis. Para cada paciente, se incluyen los meses dentro de un período determinado si ese mes del período se considera "elegible". Un mes se considera elegible si el paciente está inscrito en Medicare Advantage para ese mes, o si es dentro de los dos meses siguientes a un mes que tiene al menos \$1,200 de reclamos de diálisis pagados por Medicare o al menos un reclamo de paciente hospitalizado de Medicare. Los meses identificados como Medicare Advantage según la cobertura de la Base de datos de inscripción de Medicare (EDB) se excluyeron de los cálculos de ED. Al establecer este criterio, nuestro objetivo es lograr que la información sobre las hospitalizaciones de todos los pacientes incluidos en los años de riesgo sea completa. Tenga en cuenta que estos criterios no se aplican a las estadísticas de readmisión reportadas en esta tabla.

Los resúmenes de los días de hospitalización se informan en las filas 4c a 4h, los resúmenes de admisiones hospitalarias se informan en las filas 4i a 4r, y los resúmenes de encuentros con el servicio de urgencias se informan en las filas 4s a 4ac. Estas estadísticas incluyen múltiples admisiones o visitas al servicio de urgencias por paciente. Para cada centro, se calcularon un índice de hospitalización estandarizado (días), un índice de hospitalización estandarizado (ingresos) y un índice de encuentros estandarizados en el departamento de emergencias (SEDR). Al igual que el SMR, estas estadísticas tienen como objetivo

comparar el número de eventos observados en el centro (ya sean admisiones, días de hospitalización o visitas al servicio de urgencias) con el número que se esperaría si los pacientes del centro estuvieran sujetos a las tasas nacionales promedio de admisiones, días y encuentros con el servicio de urgencias de 2019-2022.

Los resúmenes de hospitalización se informan para cada año desde 2019-2022 y para todo el período de cuatro años. También informamos los resultados de la instalación promedio durante el período combinado 2019-Período 2022 para los sumarios de hospitalización a nivel regional y nacional. Debido a que las estadísticas producidas para un grupo tan pequeño de pacientes pueden ser inestables y particularmente sujetas a variaciones aleatorias y, por lo tanto, difíciles de interpretar, los índices de hospitalización estandarizados (días/ingresos/SEDR) se calculan en base a al menos 5 pacientes-año en riesgo. Esto corresponde a aproximadamente 10 hospitalizaciones esperadas.

La metodología estadística detallada para el SHR se incluye en un documento separado titulado

Notas Técnicas sobre el Ratio Estandarizado de Hospitalización para los Informes de Establecimientos de Diálisis. Este documento y la hoja de cálculo de Microsoft Excel que lo acompaña están disponibles en el sitio web de Dialysis Reports (www.dialysisdata.org) bajo el título Metodología.

Descripción general: proporción estandarizada de encuentros en el departamento de emergencias que ocurren dentro de 30 Días de Alta Hospitalaria (ED30)

La proporción estandarizada de encuentros en el departamento de emergencias que ocurren dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria para centros de diálisis (ED30) se define como la proporción de eventos observados sobre los esperados. Este informe incluye resúmenes de las proporciones ED30 entre adultos

Pacientes de diálisis con ESRD de Medicare en su centro, junto con índices ED30 regionales y nacionales para comparar. El numerador es el número de altas índice de hospitales de cuidados intensivos seguidas de un encuentro ambulatorio en el departamento de emergencias dentro de los 4 a 30 días posteriores al alta.

El denominador es el número esperado de altas índice seguidas de una visita al servicio de urgencias dentro de 4 a 30 días durante cada período de un año, dadas las características del hospital de alta, las características de los pacientes del centro de diálisis y la norma nacional para los centros de diálisis. Tenga en cuenta que en este documento, hospital de cuidados intensivos incluye hospitales de acceso crítico, y "encuentro en el departamento de emergencias" siempre se refiere a un encuentro ambulatorio que no termina en un ingreso hospitalario.

Los resúmenes ED30 para pacientes en diálisis se informan para cada año desde 2019-2022 y para todo el período de cuatro años en las filas 4x a 4ac de la Tabla 4. También informamos los resultados para el centro promedio durante el período combinado 2019-2022 para resúmenes de hospitalización a nivel regional y nacional. Debido a que las estadísticas producidas para un grupo tan pequeño de pacientes pueden ser inestables y particularmente sujetas a variaciones aleatorias y, por lo tanto, difíciles de interpretar, la relación DE30 no se muestra para un año en particular si hay menos de 11 altas índice en ese año.

Descripción general: Resumen de reingreso hospitalario para pacientes en diálisis (SRR)

Las tasas de reingreso hospitalario son un indicador importante de la morbilidad y la calidad de vida de los pacientes. En comparación con la población general, los pacientes en diálisis experimentan niveles mucho más altos de mortalidad (de Jager et al., 2009) y morbilidad (p. ej., reingreso hospitalario; MedPAC, 2007).

Tanto las tasas de hospitalización como las de reingreso reflejan la morbilidad y la calidad de vida de los pacientes en diálisis, así como los costos médicos. Por ejemplo, durante el año calendario 2012, los pacientes en diálisis fueron admitidos en el hospital dos veces en promedio y pasaron un promedio de 11 días en el hospital. Esto es indicativo de una peor calidad de vida para los pacientes en diálisis y también representa aproximadamente el 37% de los gastos de Medicare para los pacientes con ESRD (USRDS, 2014). Además, el 35% de los pacientes en hemodiálisis dados de alta del hospital reingresaron dentro de los 30 días (USRDS, 2014). En otros entornos (p. ej., enfermedades cardiovasculares, cáncer), los estudios muestran que alrededor del 25% de los reingresos no planificados se pueden prevenir, que la evitabilidad varía ampliamente según el diagnóstico y que era más probable que los reingresos se pudieran prevenir en pacientes con afecciones más graves (van Walraven et al. otros, 2011).

Los resúmenes de reingreso para pacientes en diálisis se informan en las filas 4ad a 4ai de la Tabla 4. Debido a que las estadísticas producidas para un grupo tan pequeño de pacientes pueden ser inestables y particularmente sujetas a variaciones aleatorias y, por lo tanto, difíciles de interpretar, el índice de reingreso estandarizado (SRR) no se muestra para un año en particular si hay menos de 11 altas índice en ese año.

Este informe incluye resúmenes de las tasas de reingreso no planificado entre todos los pacientes de diálisis en su centro, junto con las tasas de hospitalización regionales y nacionales para comparar.

Estos resúmenes se basan en datos administrativos obtenidos principalmente de Medicare.

reclamaciones y se ajustan al riesgo según el hospital de alta y los factores a nivel del paciente. Se puede considerar que esta tasa de reingreso, así como la SHR, brindan una evaluación parcial de la utilización de los recursos hospitalarios en todas las instalaciones.

Al igual que el SMR y el SHR, el índice de readmisión estandarizado (SRR) compara el número observado de reingresos no planificados de un centro con el número que se esperaría si los pacientes del centro estuvieran sujetos a la tasa de reingreso promedio nacional. El número esperado se calcula teniendo en cuenta el número y las características de las altas hospitalarias durante el año. La probabilidad de que un alta dada resulte en un reingreso se basa en un modelo logístico jerárquico que hace ajustes para el hospital de alta de la hospitalización índice y para las características del paciente de edad, sexo, diabetes, duración de la ESRD en el alta hospitalaria índice, comorbilidades en el año anterior al alta hospitalaria índice, la presencia de un diagnóstico de alto riesgo en el alta hospitalaria índice, la duración de la estancia en el alta hospitalaria índice y el IMC al inicio de la ERT.

Identificación de pacientes tratados en cada centro

Los resúmenes de readmisión no se basan en convenciones similares descritas en la Sección III, pero difieren como se describe a continuación. A lo largo del tiempo, se identificó al proveedor de diálisis de cada paciente mediante una combinación de reclamaciones de diálisis de Medicare, el formulario de evidencia médica (formulario CMS-2728) y datos de EQRS. Determinamos los historiales de tratamiento de estos centros a partir del día 1 de ESRD y los utilizamos para identificar el centro de tratamiento de diálisis de un paciente en el momento de cada alta índice.

Sacamos a un paciente de un centro al recibir un trasplante, retirarlo de diálisis o recuperar la función renal. Además, consideramos a un paciente perdido durante el seguimiento para quien la única evidencia de tratamiento de diálisis es la existencia de reclamos de Medicare, y lo eliminamos del análisis de un centro un año después del último reclamo, si no había evidencia anterior de transferencia, recuperación o muerte. En otras palabras, si transcurría un período de un año sin reclamaciones de diálisis de Medicare ni información del EQRS que indicara que un paciente estaba recibiendo tratamiento de diálisis, considerábamos que el paciente se había perdido durante el seguimiento y no continuábamos incluyéndolo en el análisis. Si reaparecía evidencia de diálisis, el paciente reingresaba al análisis. Finalmente, ampliamos todos los registros EQRS señalando la continuación de la diálisis hasta la aparición de cualquier evidencia de recuperación, transferencia o muerte. No creamos períodos de pérdida de seguimiento en estos casos, ya que las instrucciones para EQRS solo requieren verificar la precisión continua de los datos del paciente y no requieren actualización si no hay cambios.

Diferencias en los criterios de inclusión para la medida SRR

Los criterios de inclusión y los métodos de asignación de instalaciones para el SRR descritos anteriormente son algo diferentes a los del SMR, SHR y el índice de transfusión estandarizado (STRR). En primer lugar, los pacientes se incluyen en el SRR a partir del primer día de tratamiento de ESRD.

En segundo lugar, los pacientes se incluyen en el SRR de un centro tan pronto como el paciente comienza el tratamiento en el centro. Esto contrasta con otras medidas estandarizadas, que requieren que un paciente tenga ESRD durante más de 90 días y esté en un centro durante al menos 60 días antes de ser incluido en la medida. La última diferencia es que los pacientes son

se eliminan del análisis de SRR en el momento del retiro o se pierden durante el seguimiento en lugar de 60 días después, como se hace con las otras medidas estandarizadas.

Exclusiones de datos de COVID-19

Para los resúmenes de hospitalización (incluidos los días de hospitalización, las admisiones y las estadísticas del departamento de emergencias), los datos de resultados desde marzo de 2020 hasta junio de 2020 se excluyen de todos los cálculos debido a la política de CMS ECE para excepciones de datos. Esto incluye todo el tiempo en riesgo y eventos. La determinación de comorbilidades del año pasado y los ajustes de elegibilidad de Medicare incluyen datos de reclamaciones de marzo a junio de 2020.

Para las estadísticas de readmisión y ED30 en 2020, todas las altas indexadas entre el 31 de enero hasta el 29 de febrero también fueron excluidos ya que el período de seguimiento de 30 días de esas altas habría ocurrido durante el período de excepción de datos de CMS ECE. En total, las estadísticas de readmisiones para 2020 incluyen 7 meses de datos: del 1 al 30 de enero y de julio a diciembre.

Pacientes de diálisis de Medicare (4a)

El número de pacientes de diálisis de Medicare incluidos en los resúmenes de hospitalización (4a) es generalmente menor que el número de pacientes incluidos en los resúmenes de mortalidad (3a). Basamos los resúmenes de hospitalización (filas 4a-4z) en los pacientes de diálisis que recibieron tratamiento en el centro de acuerdo con las convenciones descritas en la Sección III. Además, calculamos las tasas de hospitalización basándonos únicamente en los períodos en los que los pacientes en diálisis habían cumplido con el criterio de pago de Medicare (descrito anteriormente).

Años de pacientes en riesgo (4b)

El número de años-paciente en riesgo indica la cantidad total de tiempo que seguimos a los pacientes en los análisis de esta tabla. Utilizamos el número de años-paciente en riesgo informado en 4b como denominador en el cálculo de las estadísticas totales de días hospitalizados. Los pacientes corrían el riesgo de pasar otro día en el hospital, estuvieran o no hospitalizados en ese momento.

Para todos los pacientes, el tiempo de riesgo comenzó al inicio del período de tratamiento en el centro (consulte la Sección III) y continuó hasta la primera aparición de lo siguiente: tres días antes de un trasplante; fecha de muerte; tratamiento de fin del establecimiento; o 31 de diciembre del año. Dado que un centro puede haber tratado a un paciente durante varios períodos durante el mismo año, los años de paciente en riesgo incluyen el tiempo en riesgo durante todos los períodos de tratamiento en el centro.

Estadísticas de Días Hospitalizados (4c-4h)

Total de días hospitalizados (4c)

Esto representa el número total de días que los pacientes de diálisis de Medicare asignados a este centro pasaron como pacientes internados en el hospital. El número total de días incluye admisiones múltiples (es decir, segunda, tercera, etc. hospitalizaciones para el mismo paciente). Si un paciente fue admitido cerca del final de un año y no fue dado de alta hasta el siguiente año calendario (por ejemplo, admitido el 28/12/2019 y dado de alta el 6/1/2020), el número de días de hospitalización se asigna adecuadamente al dos años (cuatro días en 2019 y seis días en 2020).

Total de días de hospitalización previstos (4 días)

Calculamos el número esperado de días de hospitalización entre los pacientes de diálisis de Medicare en un centro según las tasas nacionales de días de hospitalización en el mismo año. La frecuencia de hospitalización esperada se calcula a partir de un modelo de Cox, ajustando la edad del paciente, el sexo, la diabetes en el momento de la incidencia, la duración de la ESRD, el estado en un asilo de ancianos, las comorbilidades del paciente en el momento de la incidencia, el índice de masa corporal (IMC) en el momento de la incidencia, el año calendario de tratamiento, la prevalencia, comorbilidades y estado de Medicare Advantage. La duración de la ESRD se divide en seis intervalos con puntos de corte a los 6 meses, 1 año, 2 años, 3 años y 5 años y las tasas de hospitalización se estiman por separado dentro de cada intervalo. Las comorbilidades prevalentes se basan únicamente en reclamaciones de pacientes hospitalizados. El estado de Medicare Advantage se determina a nivel de mes-paciente y se basa en la base de datos de inscripción de Medicare (EDB). Para cada paciente, el tiempo en riesgo en cada intervalo se multiplica por la tasa nacional de hospitalización (ajustada) para ese intervalo, y una suma de los intervalos da el número esperado de días de hospitalización para cada paciente. Para cada paciente, el número esperado se ajusta a las características de ese paciente y la suma de todos los pacientes da el resultado informado en 4d.

Índice de hospitalización estandarizado (SHR) por días (4e)

El SHR (días) se calcula dividiendo el total de días de hospitalización observados en 4c por el total de días de hospitalización esperados en 4d. Al igual que el SMR, permite comparar las experiencias de la instalación con el promedio nacional para el mismo año(s). Un valor inferior a 1,0 indica que el número total de días hospitalizados en el centro fue menor al esperado, con base en las tasas nacionales; mientras que un valor superior a 1,0 indica que el número total de días hospitalizados en el centro fue superior al promedio nacional (ajustado). Tenga en cuenta que esta medida se ajusta a las características reales del paciente: edad, sexo, diabetes en el momento de la incidencia, duración de la ESRD, estado de residencia de ancianos, comorbilidades en el momento de la incidencia, IMC en el momento de la incidencia, comorbilidades prevalentes y estado de Medicare Advantage. Además, la estimación de cada año se compara con las tasas de hospitalización de EE. UU. para el mismo año. Debido a que se utiliza un año de referencia diferente para la estimación de cada año, los SHR le permitirán identificar tendencias a lo largo del tiempo en la instalación más allá de la tendencia general a lo largo del tiempo en EE. UU. En otras palabras, si la SHR del centro disminuye durante el período, esto significa que la hospitalización en el centro ha disminuido más durante ese período que el promedio general de hospitalización en Estados Unidos. Si la hospitalización en el centro disminuyó durante los cuatro años período al mismo ritmo que la hospitalización general en los EE. UU. disminuyó durante este período, el SHR para el centro sería el mismo para cada año.

Valor p (4f)

El valor p mide la significancia estadística (o evidencia) para probar la hipótesis bilateral de que la verdadera proporción de las tasas de hospitalización para el centro versus la nación es diferente (mayor o menor) de 1,00. El valor p es la probabilidad de que la SHR, simplemente por casualidad, se desvíe de 1,00 tanto como la SHR observada, y a veces se interpreta ingenuamente como la probabilidad de que la SHR verdadera sea igual a 1,00. Un valor p más pequeño tiende a ocurrir cuando la relación difiere más de 1,00 y cuando se utilizan más datos del paciente para calcular el valor SHR. Un valor p inferior a 0,05 suele considerarse prueba de que la proporción de tasas de hospitalización realmente difiere de 1,00. Por ejemplo, un valor p inferior a 0,05 indicaría que es poco probable que la diferencia entre las tasas de hospitalización del centro y las del país haya surgido únicamente de fluctuaciones aleatorias. Cuanto más pequeña sea la p-

Cuanto mayor es el valor, más significativa es estadísticamente la diferencia entre las tasas de hospitalización en establecimientos nacionales e individuales. Un valor p pequeño ayuda a descartar la posibilidad de que la variación de un SHR desde 1,00 haya surgido por casualidad. Sin embargo, un valor p pequeño no indica el grado de importancia de la diferencia entre las tasas de hospitalización del centro y las del país.

El valor cuantitativo real del SHR refleja la importancia clínica de la diferencia entre las tasas de hospitalización del centro y del país. Una SHR que difiere mucho de 1,00 es más importante que una SHR en el rango de 0,95 a 1,05.

Intervalo de confianza para SHR (días) (4g)

El intervalo de confianza del 95% proporciona un rango de valores plausibles para la relación real entre las tasas de hospitalización entre establecimientos y nacionales, a la luz de la SHR observada. Los límites superior e inferior encierran la verdadera relación entre ellos aproximadamente el 95% del tiempo. Los intervalos de confianza estadísticamente significativos no contienen 1,00.

Percentiles SHR (días) para esta instalación (4h)

Esta sección informa el rango percentil del SHR (días) de la instalación en relación con todas las demás instalaciones en el estado, la red y la nación. Este percentil, informado para el SHR de cada año y para el SHR combinado de cuatro años, es el porcentaje de instalaciones con un SHR más bajo que el de la instalación. En otras palabras, un percentil alto o bajo indica que la instalación tiene un SHR alto o bajo en relación con otras instalaciones en el estado, la red o la nación.

Estadísticas de ingresos hospitalarios (4i-4r)

Admisiones totales (4i)

Este es el número total de admisiones hospitalarias entre los que reciben diálisis de Medicare. pacientes asignados a este centro. El número total de admisiones incluye admisiones múltiples (es decir, segunda, tercera, etc. hospitalizaciones para el mismo paciente). Si un paciente fue admitido cerca del final de un año y no fue dado de alta hasta el siguiente año calendario (por ejemplo, admitido el 28/12/2019 y dado de alta el 6/1/2019), la admisión contaría solo en el segundo año (cero admisiones en 2019 y una admisión en 2019). Las hospitalizaciones indexadas por COVID-19 (ICovH) no se cuentan como eventos de hospitalización.

Admisiones Totales Esperadas (4j)

Calculamos el número esperado de admisiones hospitalarias entre pacientes de diálisis de Medicare en un centro con base en las tasas nacionales de admisiones hospitalarias en el mismo año. El número esperado de admisiones se calcula por separado para cada año calendario a partir de un cálculo de Cox. modelo, ajustando por edad del paciente, sexo, diabetes en el momento de la incidencia, duración de la ESRD, estado de residencia de ancianos, comorbilidades del paciente en el momento de la incidencia, índice de masa corporal (IMC) en el momento de la incidencia, comorbilidades prevalentes, estado de Medicare Advantage y estado de COVID-19. La duración de la ESRD se divide en seis intervalos con puntos de corte a los 6 meses, 1 año, 2 años, 3 años y 5 años y las tasas de hospitalización se estiman por separado dentro de cada intervalo. De manera similar, el estado de COVID-19 se divide en cuatro intervalos de tiempo, para los cuales las tasas de hospitalización se estiman por separado. Una vez que los pacientes han sido dados de alta de un evento de ICovH, avanzan a través de los siguientes puntos de corte: días 1 a 30, días 31 a 60 y días 61 a 180 después

Alta de ICovH. Después de que hayan pasado más de 180 días desde el ICovH, los pacientes son asignados a un grupo "Sin COVID", que también incluye pacientes sin ICovH. Las comorbilidades prevalentes se basan únicamente en reclamaciones de pacientes hospitalizados. El estado de Medicare Advantage se determina a nivel de mes-paciente y se basa en la base de datos de inscripción de Medicare (EDB). Para cada paciente, el tiempo en riesgo en cada intervalo de ESRD se multiplica por la tasa de admisiones nacionales (ajustada) para ese intervalo, y una suma de los intervalos da el número esperado de admisiones para cada paciente. Para cada paciente, el número esperado se ajusta a las características de ese paciente y la suma de todos los pacientes da el resultado informado en 4j.

Ratio estandarizado de hospitalización (SHR) para admisiones (4k)

El SHR (Admisiones) se calcula dividiendo el total de admisiones observado en 4i por el total de admisiones esperado en 4j. Al igual que el SMR, permite comparar la experiencia de la instalación con el promedio nacional. Un valor inferior a 1,0 indica que el número total de admisiones del centro fue menor de lo esperado, según las tasas nacionales; mientras que un valor superior a 1,0 indica que el centro tuvo una tasa de admisiones totales superior al promedio nacional. Tenga en cuenta que esta medida se ajusta a las características reales del paciente: edad, sexo, diabetes en el momento de la incidencia, duración de la ESRD, estado de residencia de ancianos, comorbilidades en el momento de la incidencia, IMC en el momento de la incidencia, comorbilidades prevalentes, estado de Medicare Advantage y estado de COVID-19. Además, la estimación de cada año se compara con las tasas de hospitalización de EE. UU. para el mismo año. Debido a que se utiliza un año de referencia diferente para la estimación de cada año, los SHR le permitirán identificar tendencias a lo largo del tiempo en la instalación más allá de la tendencia general a lo largo del tiempo en EE. UU. En otras palabras, si la SHR del centro disminuye durante el período, esto significa que la hospitalización en el centro ha disminuido más durante ese período que el promedio general de hospitalización en Estados Unidos. Si la hospitalización en el centro disminuyera durante el período de cuatro años al mismo ritmo que disminuyó la hospitalización general en EE. UU. durante este período, el SHR para el centro sería el mismo para cada año.

Valor p (4l)

El valor p mide la significancia estadística (o evidencia) para probar la hipótesis bilateral de que la verdadera proporción de las tasas de hospitalización para el centro versus la nación es diferente (mayor o menor) de 1,00. El valor p es la probabilidad de que la SHR, simplemente por casualidad, se desvíe de 1,00 tanto como la SHR observada, y a veces se interpreta ingenuamente como la probabilidad de que la SHR verdadera sea igual a 1,00. Un valor p más pequeño tiende a ocurrir cuando la relación difiere más de 1,00 y cuando se utilizan más datos del paciente para calcular el valor SHR. Un valor p inferior a 0,05 suele considerarse prueba de que la proporción de tasas de hospitalización realmente difiere de 1,00. Por ejemplo, un valor p inferior a 0,05 indicaría que es poco probable que la diferencia entre las tasas de hospitalización del centro y las del país haya surgido únicamente de fluctuaciones aleatorias. Cuanto menor sea el valor p, más significativa estadísticamente será la diferencia entre las tasas de hospitalización de los establecimientos nacionales e individuales. Un valor p pequeño ayuda a descartar la posibilidad de que la variación de un SHR desde 1,00 haya surgido por casualidad. Sin embargo, un valor p pequeño no indica el grado de importancia de la diferencia entre las tasas de hospitalización del centro y las del país.

El valor cuantitativo real del SHR refleja la importancia clínica de la diferencia entre las tasas de hospitalización del centro y del país. Una SHR que difiere mucho de 1,00 es más importante que una SHR en el rango de 0,95 a 1,05.

Intervalo de confianza para SHR (Admisiones) (4m)

El intervalo de confianza del 95% proporciona un rango de valores plausibles para la relación real entre las tasas de hospitalización entre establecimientos y nacionales, a la luz de la SHR observada. Los límites superior e inferior encierran la verdadera relación entre ellos aproximadamente el 95% del tiempo. Los intervalos de confianza estadísticamente significativos no contienen 1,00.

Percentiles SHR (Admisiones) para esta instalación (4n)

Esta sección informa el rango percentil del SHR (Admisiones) de la instalación en relación con todas las demás instalaciones en el estado, la red y la nación. Este percentil, informado para el SHR de cada año y para el SHR combinado de cuatro años, es el porcentaje de instalaciones con un SHR inferior al del establecimiento. En otras palabras, un percentil alto o bajo indica que la instalación tiene un SHR alto o bajo en relación con otras instalaciones en el estado, la red o la nación.

Diagnósticos asociados a la hospitalización (4o)

La fila 4o informa el porcentaje de pacientes en 4a que tuvieron septicemia, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, arritmia cardíaca y paro cardíaco informados como cualquier uno de los diagnósticos en una factura hospitalaria con una fecha de inicio durante un período de tratamiento en el instalación. Primero identificamos los códigos de diagnóstico ICD-9 e ICD-10 (a partir del 01/10/2015) asociados con estos diagnósticos y luego buscamos estos códigos en las facturas del hospital (en cualquier posición de la lista de diagnósticos). La fila 4o incluye todas las facturas, incluso si el paciente no abandonó el hospital entre facturas. Tenga en cuenta que un paciente puede aparecer en más de una de las categorías.

Entradas de un día (4p)

Informamos el porcentaje del total de admisiones hospitalarias en 4i que duraron un día o menos. Los ingresos de un día incluyeron hospitalizaciones en las que el paciente fue dado de alta el mismo día o al día siguiente. No ajustamos esta estadística según las características de los pacientes.

Duración media de la estancia (4q)

Como medida de la gravedad de las hospitalizaciones, informamos la duración promedio (en días) de las admisiones hospitalarias entre los pacientes de diálisis de Medicare asignados a este centro. Calculamos esta duración a partir de los registros de pago de Medicare, que enumeraban una fecha de admisión y alta para cada hospitalización. La duración media de la estancia hospitalaria no se ajusta a las características del paciente.

Admisiones que se originaron en el servicio de urgencias (4r)

La fila 4r informa el porcentaje de admisiones de pacientes hospitalizados que se originaron en el Departamento de Emergencias. Si un paciente tuvo más de una visita al servicio de urgencias que resultó en un ingreso durante una admisión hospitalaria, solo contamos una visita al servicio de urgencias en el numerador de esta estadística. Por ejemplo, si un paciente recibe el alta del hospital pero es readmitido dentro de 1 día del alta, combinamos las dos admisiones de pacientes hospitalizados y, por lo tanto, solo contamos las admisiones como una hospitalización. Además, si ambas admisiones de pacientes hospitalizados se originaron en el Departamento de Emergencias, contaremos las admisiones como una visita al Departamento de Emergencias para esta estadística (en todas las demás estadísticas de visitas al Departamento de Emergencias se cuentan como dos visitas al Departamento de Emergencias).

Estadísticas del Departamento de Emergencias (DE) (4s-4ac)Eventos del departamento de emergencias (4s)

Este es el número total de visitas al servicio de urgencias entre los pacientes de diálisis de Medicare asignados a este centro. Las visitas al departamento de emergencias (ED) se identifican a partir de reclamos de pacientes ambulatorios de Medicare utilizando códigos del centro de ingresos que indican una visita al ED (0450, 0451, 0452, 0453, 0454, 0455, 0456, 0457, 0458, 0459 y 0981). Tenga en cuenta que esto significa que incluimos tanto las visitas ambulatorias al servicio de urgencias como las que dan lugar a una estancia de observación, pero no las que dan lugar a un ingreso hospitalario. El número total de visitas al departamento de urgencias incluye visitas múltiples (es decir, segunda, tercera, etc.) para el mismo paciente durante el período del informe.

Número esperado de eventos en el departamento de emergencias (4t)

Calculamos el número esperado de visitas al servicio de urgencias entre pacientes de diálisis de Medicare en un centro en función de las tasas nacionales de visitas al servicio de urgencias en el mismo año. El número esperado de visitas al servicio de urgencias se calcula a partir de un modelo de Cox, ajustando la edad del paciente, el sexo, la diabetes, el estado del hogar de ancianos, las comorbilidades del paciente en el momento de la incidencia, el IMC en el momento de la incidencia, el año calendario y las comorbilidades prevalentes. Para cada paciente, el número esperado se ajusta a las características de ese paciente y la suma de todos los pacientes da el resultado.

Ratio estandarizado de urgencias (SEDR) (4u)

El SEDR se calcula dividiendo el total de eventos de DE observados en 4s por el total esperado de DE e en 4t. Permite una comparación de la experiencia de su instalación con el promedio nacional. Un valor inferior a 1,00 indica que el número total de visitas al servicio de urgencias de su centro fue menor de lo esperado, según los índices nacionales; mientras que un valor superior a 1,00 indica que su centro tuvo una proporción de visitas totales al servicio de urgencias superior al promedio nacional.

Además, la estimación se compara con los índices de visitas al servicio de urgencias de EE. UU. para pacientes adultos con ESRD en diálisis de Medicare el mismo año.

Valor p para SEDR (4v)

El valor p mide la significancia estadística (o la evidencia en contra) de la hipótesis de que la verdadera proporción de visitas al SU para su instalación es la misma (ni mayor ni menor) que lo que se predeciría a partir de la proporción nacional general de visitas al SU. El valor p es la probabilidad de que la SEDR observada se desvíe de 1,00 tanto como lo hace bajo la hipótesis nula de que esta relación es realmente igual a 1,00. Un valor p pequeño (a menudo tomado como $<0,05$) indica que la proporción observada sería muy improbable bajo la hipótesis nula, y la SEDR observada sugiere que la proporción entre las visitas al servicio de urgencias observadas y esperadas difiere significativamente de 1,00. Cuanto menor sea el valor p, menor será la probabilidad de que la proporción de visitas al servicio de urgencias de un establecimiento sea igual a la proporción nacional. Tenga en cuenta que el valor p es inferior a 0,05 siempre que el intervalo de confianza no incluya el valor 1,00. Debido a que el valor p depende del tamaño del establecimiento, un valor p pequeño en un establecimiento grande no necesariamente indica que la diferencia entre el índice de este establecimiento y el índice nacional sea de importancia clínica.

El valor real del SEDR se puede utilizar para evaluar la importancia clínica de la diferencia entre las proporciones de visitas al servicio de urgencias de su centro y las nacionales. Un SEDR de 1,25, por ejemplo, indica que el índice de su instalación es un 25 % más alto que el promedio nacional, lo que bien puede

considerarse clínicamente importante. Por otro lado, los valores de SEDR en el rango de 0,95 a 1,05 generalmente no se considerarían de interés clínico. Sin embargo, con instalaciones muy grandes, incluso diferencias relativamente pequeñas en el SEDR pueden conducir a resultados significativos, por lo que ambos aspectos (el valor real del SEDR y el valor p) son importantes.

Intervalo de confianza para SEDR (4 semanas)

El intervalo de confianza del 95% (o rango de incertidumbre) proporciona un rango de valores plausibles para la proporción real de visitas al SU a nivel nacional, a la luz del SEDR observado. Los límites de confianza superior e inferior encierran la relación verdadera aproximadamente el 95% de las veces si este procedimiento se repitiera en varias muestras. Los intervalos de confianza estadísticamente significativos no contienen el valor de relación 1,00.

Descargas de índice (4x)

Utilizamos reclamaciones hospitalarias de pacientes internados de Medicare para identificar altas hospitalarias agudas. Entre estas altas hospitalarias agudas, se consideran elegibles para esta medida todas las altas vivas de pacientes elegibles en un año calendario. Aquellos que no cumplen con uno de los criterios de exclusión del alta índice descritos en la siguiente sección se consideran altas índice. Tenga en cuenta que la ED30 no se informa si la instalación tiene menos de 11 descargas índice.

Total de visitas al servicio de urgencias dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria (4 años)

El número observado de altas hospitalarias índice durante el período seguido de un encuentro en el departamento de emergencia dentro de los 4 a 30 días posteriores al alta entre pacientes elegibles en un centro se informa en 4 años.

Total esperado de visitas al servicio de urgencias dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria (4z)

El número esperado de altas hospitalarias índice durante el período seguido de un encuentro en el departamento de emergencia dentro de los 4 a 30 días posteriores al alta entre los pacientes elegibles en un centro. El valor esperado es el resultado de un modelo predictivo ajustado por riesgo ajustado por las características de los pacientes, el centro de diálisis y los hospitales de alta.

Relación ED30 (4aa)

Calculamos las visitas estandarizadas al servicio de urgencias dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria (proporción ED30) dividiendo el total observado de visitas al servicio de urgencias dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria en 2,2 por el total esperado de visitas al servicio de urgencias dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria en 2,3. Esto permite comparar la experiencia de su instalación con lo que se debería esperar según la norma nacional. Un valor inferior a 1,00 indica que el número total de visitas al servicio de urgencias de su centro dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria es menor de lo esperado, según los índices nacionales; mientras que un valor superior a 1,00 indica que su centro tuvo una proporción de visitas totales al servicio de urgencias dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria superior a lo que se esperaría dadas las proporciones nacionales. Además, la estimación se compara con los índices ED30 de EE. UU. para el mismo año.

Valor p para la relación ED30 (4ab)

El valor p mide la significancia estadística (o la evidencia en contra) de la hipótesis de que la verdadera relación ED30 para una instalación es la misma que se predeciría a partir de la relación nacional general. El valor p es la probabilidad de que la DE30 observada se desvíe de 1,00 tanto como lo hace, bajo la hipótesis nula de que la relación es realmente igual a 1,00.

Un valor p más pequeño indica que la DE30 observada probablemente no se debe al azar y ocurre cuando la DE30 observada difiere notablemente de 1,00. Un valor p inferior a 0,05 sugiere

que la relación entre la DE30 observada y esperada difiere significativamente de 1,00. Cuanto menor sea el valor p, menor será la probabilidad de que el índice ED30 de una instalación sea igual al índice ED30 nacional. Un valor p pequeño ayuda a descartar la posibilidad de que la desviación de ED30 con respecto a 1,00 haya surgido por casualidad. Sin embargo, un valor p pequeño no indica el grado de importancia de la diferencia entre la relación ED30 de su instalación y la del país.

El valor cuantitativo real de la ED30 refleja la importancia clínica de la diferencia entre las proporciones de ED30 de su centro y las nacionales. Una ED30 de 1,25, por ejemplo, indica que la relación ED30 de su centro es un 25% más alta que el promedio nacional, lo que bien puede considerarse clínicamente importante. Por otro lado, los valores de DE30 en el rango de 0,95 a 1,05 generalmente no se considerarían de interés clínico. Sin embargo, en instalaciones muy grandes, incluso diferencias relativamente pequeñas en la DE30 pueden conducir a resultados significativos, por lo que ambos aspectos (el valor real de la DE30 y el valor p) son importantes.

Intervalo de confianza para la relación ED30 (4ac)

El intervalo de confianza del 95% (o rango de incertidumbre) proporciona un rango de valores plausibles para la relación real entre la descarga de la instalación y la DE30 nacional, a la luz de la DE30 observada. Los límites de confianza superior e inferior encierran la relación verdadera aproximadamente el 95% de las veces si este procedimiento se repitiera en varias muestras. Los intervalos de confianza estadísticamente significativos no contienen el valor de relación 1,00.

Estadísticas de readmisión (4aa-4af)

Altas índice (4aa)

Las altas índice son aquellas hospitalizaciones que sirven como punto de partida para identificar reingresos. Esta es la cantidad de altas hospitalarias cubiertas por Medicare (incluido Medicare Advantage) que ocurren en hospitales de cuidados intensivos en el año calendario para pacientes de diálisis tratados en su centro. Tenga en cuenta que esto no incluye las altas de hospitales de atención a largo plazo (LTCH) ni de centros de enfermería especializada (SNF). Un alta índice se atribuye al centro de diálisis al que está asignado el paciente en la fecha de su alta.

Reingresos totales (4ab)

El número de reingresos al centro se define como el número de altas iniciales seguidas de una readmisión no planificada dentro de los 4 a 30 días posteriores al alta; en otras palabras, la cantidad de altas índice para las cuales la siguiente admisión no fue planificada y ocurrió dentro de los 4 a 30 días posteriores al alta. días del alta índice. Al igual que las altas índice, las hospitalizaciones consideradas como potenciales reingresos se restringen a hospitalizaciones para atención hospitalaria en hospitales de cuidados intensivos. Tenga en cuenta que una hospitalización identificada como reingreso también puede ser un alta índice.

Las admisiones hospitalarias se clasificaron como planificadas o no planificadas según el algoritmo desarrollado para la medida de reingresos hospitalarios de CMS (Horwitz et. al., 2012). Una descripción detallada de este algoritmo está disponible en www.dialysisdata.org.

La readmisión se asigna al centro de diálisis de alta índice independientemente del centro de tratamiento en el momento de la readmisión. En otras palabras, si un paciente es dado de alta

un hospital mientras está asignada al Centro A, se transfiere al Centro B el día 15 después del alta hospitalaria, luego es readmitida en el hospital el día 20 después del alta mientras se encuentra en el Centro B, esa readmisión se atribuirá al Centro A, no al Centro B.

Reingresos totales esperados (4ac)

Calculamos el número de reingresos hospitalarios que se esperarían dado el conjunto de altas índice de pacientes de diálisis en su centro en función de las tasas nacionales de reingresos hospitalarios en el mismo año. El número esperado de reingresos se calcula a partir de un modelo logístico jerárquico, ajustado por el hospital de alta de la hospitalización índice y por las características del paciente en cuanto a edad, sexo, diabetes y duración de la ESRD.

al alta hospitalaria inicial, comorbilidades en el año anterior al alta hospitalaria inicial, presencia de un diagnóstico de alto riesgo al alta hospitalaria inicial, duración de la estancia del alta hospitalaria índice y el IMC al inicio de la ERT. Para los modelos 2020-2022, el diagnóstico de COVID-19 durante el alta índice también se incluye como covariable. Para cada paciente, el número esperado se ajusta a las características de ese paciente.

Índice de readmisión estandarizado (SRR) (4ad)

Calculamos la SRR dividiendo los reingresos totales observados en 4ab por los reingresos totales esperados en 4ac. Al igual que con el SMR y el SHR, el SRR compara la experiencia de su instalación con lo que debería esperarse según la norma nacional. Un valor inferior a 1,0 indica que el número total de reingresos de su centro es menor de lo esperado, según las tasas nacionales; mientras que un valor superior a 1,0 indica que su centro tuvo una tasa de reingresos totales superior a la que se esperaría dadas las tasas nacionales. Tenga en cuenta que esta medida se ajusta por el hospital de alta de la hospitalización índice y por las características del paciente descritas anteriormente en la sección 4ac. Además, la estimación se compara con las tasas de reingreso en Estados Unidos para el mismo año.

Valor p para SRR (4ae)

El valor p mide la significancia estadística de (o la evidencia con respecto a) la hipótesis de que la verdadera proporción de las tasas de reingreso de su instalación versus la del país es diferente (mayor o menor) de 1,00. El valor p es la probabilidad de que la SRR difiera de 1,00 tanto como la SRR observada y se utiliza a menudo para evaluar la evidencia. Un valor p pequeño indica que la SRR observada probablemente no se debe al azar y ocurre cuando la SRR observada difiere notablemente de 1,00. Un valor p inferior a 0,05 suele considerarse prueba de que la proporción de tasas de reingreso realmente difiere de 1,00. Por ejemplo, un valor p inferior a 0,05 indicaría que es poco probable que la diferencia entre la tasa de reingreso de su centro y la del país haya surgido únicamente de fluctuaciones aleatorias.

Cuanto menor sea el valor p, más significativa estadísticamente será la diferencia entre las tasas de reingreso a establecimientos nacionales e individuales. Un valor p pequeño ayuda a descartar la posibilidad de que la varianza de una SRR de 1,00 haya surgido por casualidad. Sin embargo, un valor p pequeño no indica el grado de importancia de la diferencia entre la tasa de reingreso de su centro y la del país.

El valor cuantitativo real del SRR refleja la importancia clínica de la diferencia entre las tasas de reingreso de su centro y las del país. Un SRR de 1,25, por ejemplo, indica que la tasa de reingreso de su centro es un 25% más alta que el promedio nacional, lo que bien puede considerarse clínicamente importante. Por otro lado, los valores de SRR en el

un rango de 0,95 a 1,05 generalmente no se consideraría de interés clínico. Con instalaciones muy grandes, incluso diferencias relativamente pequeñas en la SRR pueden conducir a resultados significativos, por lo que ambos aspectos (el valor real de la SRR y el valor p) son importantes.

Intervalo de confianza para SRR (4af)

El intervalo de confianza del 95% (o rango de incertidumbre) proporciona un rango de valores plausibles para la relación real entre las tasas de reingreso entre establecimientos y nacionales, a la luz de la SRR observada. Los límites superior e inferior encierran la verdadera relación entre ellos aproximadamente el 95% del tiempo. si este procedimiento se repite en varias muestras. Los intervalos de confianza estadísticamente significativos no contienen 1,00.

VIII. Resumen de trasplantes para pacientes en diálisis menores de 75 años, 2019-2022

Los resultados de numerosos estudios han indicado que los receptores de trasplantes renales tienen una mejor supervivencia que los pacientes en diálisis comparables (Wolfe, 1999). Aunque el número de trasplantes renales ha aumentado, no ha seguido el ritmo del creciente número de pacientes en listas de espera para trasplantes. Este informe incluye índices de trasplante estandarizados (STR) para pacientes en diálisis que nunca recibieron un trasplante. El STR sólo se calcula si existen al menos 3 eventos esperados para el período de tiempo. Además, el STR solo se reporta para el cuatrienio ya que el número esperado de trasplantes es menor a 3 a nivel nacional.

Calculamos el STR utilizando los mismos métodos que la Tasa de Mortalidad Estandarizada (SMR), descrita con más detalle en la Sección VI. Los ajustes para el STR difirieron de los del SMR porque el STR se ajustó sólo por edad. Dado que incluimos a los pacientes en esta tabla solo una vez que alcanzaron el día 91 de ESRD, excluimos a los pacientes que recibieron un trasplante preventivo o un trasplante dentro de los primeros tres meses de tratamiento. Estas estadísticas le resultarán útiles porque permiten que un centro compare la tasa de trasplantes de los pacientes en diálisis que tratan, aunque no se debe interpretar que estas estadísticas incluyen todos los trasplantes. El porcentaje de trasplantes en los EE. UU. que no se incluyeron porque el trasplante ocurrió menos de 91 días después del inicio de la ESRD, así como aquellos que no se incluyeron porque los pacientes no fueron asignados a centros en el momento del trasplante se indican en una nota al pie. a la mesa.

Exclusiones de datos de COVID-19

Los datos de resultados desde marzo de 2020 hasta junio de 2020 están excluidos de todos los cálculos debido a la política de CMS ECE para excepciones de datos. Esto incluye todo el tiempo en riesgo y eventos.

Pacientes elegibles (5a)

La fila 5a informa el número de pacientes en diálisis menores de 75 años. Los resúmenes de trasplante se asignaron al centro de acuerdo con las convenciones descritas en la Sección III. Además, todas las estadísticas de trasplantes en este informe se refieren sólo a aquellos pacientes menores de 75 años porque los trasplantes en personas de 75 años o más ocurrieron con mucha menos frecuencia que los trasplantes en pacientes más jóvenes.

Trasplantes (5b)

La fila 5b informa la cantidad de pacientes en diálisis menores de 75 años en cada centro que recibieron un trasplante.

Tipo de donante (5c)

La fila 5c informa por año el número de pacientes que recibieron trasplantes de un donante vivo y fallecido. La suma es el número de trasplantes en la fila 5b, aunque puede ser menor debido a que se desconoce el tipo de donante.

Pacientes elegibles (5d)

La fila 5d informa el número de pacientes en diálisis menores de 75 años de la fila 5a que nunca antes habían recibido un trasplante de riñón. Las primeras tasas de trasplante del resto de la tabla están restringidas a estos pacientes. El número de pacientes en diálisis incluidos en los resúmenes de trasplantes de este informe (5d) fue típicamente mucho menor que el número de pacientes incluidos en los resúmenes de mortalidad (3a) por dos razones. En primer lugar, todas las estadísticas de trasplantes contenidas en este informe se refieren únicamente a aquellos pacientes menores de 75 años. En segundo lugar, calculamos las estadísticas de trasplantes sólo para pacientes que nunca antes habían recibido un trasplante de riñón.

Años de pacientes en riesgo (5e)

Limitamos nuestros cálculos para 5e a pacientes menores de 75 años que no habían recibido previamente un trasplante. Para todos los pacientes, el tiempo en riesgo comenzó al inicio del período de tratamiento en el centro (consulte la Sección III) y continuó hasta el primero de los siguientes acontecimientos: trasplante, fecha de muerte, final del período de tratamiento en el centro o el 31 de diciembre. puede haber sido tratado en un centro durante múltiples períodos durante el mismo año; en tal caso, el número de años-paciente en riesgo incluía el tiempo en riesgo para todos los períodos de tratamiento en ese centro.

Primeros trasplantes reales (5f)

La fila 5f informa el número de pacientes en diálisis menores de 75 años en cada centro que recibieron un primer trasplante.

Primeros trasplantes esperados (5g)

Calculamos el número esperado de pacientes que habían recibido trasplantes durante el año de manera similar a calcular el número esperado de muertes, pero con una diferencia importante: ajustamos las estadísticas de trasplantes solo por edad. No ajustamos las estadísticas de trasplantes por sexo, raza o diabetes porque, en términos generales, son ajustes inapropiados para el acceso a los trasplantes. Usamos un modelo de Cox para calcular el número esperado de primeros trasplantes durante el año para cada paciente en función de la edad de ese paciente, la cantidad de tiempo de seguimiento (años de paciente en riesgo) para ese paciente durante el año y el año calendario (SAS Institute Inc., 1999; Andersen, 1993; La Tabla 5 resume e informa el número total de pacientes que se espera que reciban un primer trasplante del centro, con los promedios regionales y nacionales correspondientes.

Ratio de trasplante estandarizado (5h)

El índice de trasplantes estandarizado (STR) es el índice entre el número real (5f) de primeros trasplantes y el número esperado (5g) de primeros trasplantes para el centro, dada la composición por edades de los pacientes del centro. El STR se ajusta según la edad del paciente y el año calendario.

solo. Para proporcionar estimaciones estables, el STR solo se reporta para el período combinado de cuatro años cuando hay 3 o más trasplantes esperados (nota: el número de trasplantes esperados anualmente en la Nación es inferior a 3).

La interpretación de STR es similar a la de SMR. Un STR de 1,00 indica que el número observado de trasplantes en el centro es igual a la tasa nacional estimada, ajustada por edad. Un STR inferior a 1,00 indica que la tasa de trasplantes del centro es inferior al promedio nacional. Un STR superior a 1,00 indica que la tasa de trasplantes del centro supera el promedio nacional. La cantidad en la que un STR se encuentra por encima o por debajo de 1,00 corresponde al porcentaje de la tasa de trasplantes del centro que está por encima o por debajo del promedio nacional, respectivamente. Por ejemplo, un STR de 0,90 significaría que la tasa de trasplantes del centro es un 10% menor que la tasa nacional estimada (por ejemplo, nueve trasplantes donde se esperan diez). Es deseable un STR superior a 1,00.

Calculamos los STR para los resúmenes regionales y nacionales como la relación entre el número total observado de primeros trasplantes sumados en todas las instalaciones y el número total esperado de primeros trasplantes sumados en todas las instalaciones.

Variación aleatoria

El STR tiende a mostrar una variación más aleatoria que el SMR porque el número de trasplantes es mucho menor que el número de muertes. Un pequeño número de eventos contribuye a la inestabilidad, aumentando las posibilidades de que un resultado observado se deba al azar y no a la verdadera proporción de trasplantes observados y esperados. Esto hace que los valores p y la confianza intervalos instrumentales en la interpretación del STR de la instalación. Calculamos estas estadísticas basándonos en una distribución de Poisson supuesta del número observado de pacientes trasplantados.

Valor p (5i)

Utilizamos el valor de p para determinar la significación estadística del STR. El valor p mide la significancia estadística (o evidencia) para probar la hipótesis bilateral de que la verdadera proporción de las tasas de trasplantes para el centro versus la nación es diferente (mayor o menor) de 1,00. El valor p indica la probabilidad de que el resultado obtenido se deba únicamente al azar, y valores más pequeños significan que hay pocas posibilidades de que el STR difiera del promedio nacional simplemente debido a una variación aleatoria. Aunque un valor p inferior a 0,05 suele indicar la significancia estadística de un resultado, también se debe utilizar la magnitud absoluta de la desviación del STR con respecto a 1,00 para determinar su importancia clínica.

Intervalos de confianza para STR (5j)

El intervalo de confianza del 95% proporciona un rango de valores plausibles para la relación real entre las tasas de primer trasplante entre centros y nacionales, a la luz del STR observado. Los límites superior e inferior encierran la verdadera relación entre ellos aproximadamente el 95% del tiempo. Los intervalos de confianza estadísticamente significativos no contienen 1,00.

Percentil STR para esta instalación (5k)

Esta sección informa el rango percentil del STR de la instalación en relación con todas las demás instalaciones en el estado, la red y la nación. Informamos estos percentiles para el STR de cada año y para el STR combinado de cuatro años. El percentil indica el porcentaje de instalaciones con un STR inferior al STR de la instalación. En otras palabras, un número percentil alto o bajo

indica que la instalación tiene un STR alto o bajo en relación con otras instalaciones en el estado, la red o la nación. Todas las instalaciones están incluidas en el ranking, independientemente del número de trasplantes esperados.

IX. Resumen de la lista de espera para todos los pacientes de diálisis (2019-2022) y pacientes nuevos (2019-2020) menores de 75 años

Los resultados de numerosos estudios han indicado que los receptores de trasplantes renales tienen una mejor supervivencia que los pacientes en diálisis comparables (Wolfe, 1999). El primer paso en el proceso de trasplante es ser incluido en la lista de espera de trasplantes. Esta información se obtuvo de los datos de la Red de Adquisición y Trasplante de Órganos (OPTN)/Registro Científico de Receptores de Trasplantes (SRTR).

La primera mitad de la Tabla 6 (filas 6a-6g) proporciona una instantánea de la lista de espera de trasplantes para pacientes prevalentes al final de cada mes. Para esta sección, el porcentaje de meses-paciente en lista de espera del centro, tanto sin ajustar (6c) como ajustado por edad (6e), para cada año entre 2019 y 2022. Se informan los promedios estatales, de red y de EE. UU. para 2022 a modo de comparación.

La segunda mitad de la Tabla 6 (filas 6h-6n) proporciona información sobre la lista de espera de trasplantes en el primer año de diálisis para pacientes que inician diálisis por primera vez en el centro. Para esta sección, hemos calculado el índice de lista de espera para el primer trasplante de riñón (SWR) estandarizado para cada año de 2019 a 2020 para comparar la tasa de eventos observada en el centro con la tasa de eventos esperada para pacientes incidentes en diálisis. Promedios estatales, de red y de EE. UU. para 2019-2020 se informan para comparar.

Exclusiones de datos de COVID-19

Los datos de resultados desde marzo de 2020 hasta junio de 2020 están excluidos de todos los cálculos debido a la política de CMS ECE para excepciones de datos.

Títulos del año calendario

En la sección de lista de espera predominante, los años calendario son el período del informe. Sin embargo, en la sección de pacientes nuevos, los años calendario corresponden al año del primer tratamiento de ese paciente. Aquí, el tiempo en riesgo y las muertes se incluyen en la columna correspondiente a cuando ese paciente comenzó la diálisis en lugar de cuando tuvo lugar el tiempo en riesgo o el evento. Debido a que no contamos con un año completo de seguimiento para los pacientes que comenzaron la diálisis en el cuarto año, solo se incluyen tres años en la sección de la lista de espera de incidentes. Además, debido al bajo número esperado de eventos en cada año, la ROE, el valor p y el intervalo de confianza solo se informan para el período de tres años.

Porcentaje en lista de espera entre pacientes prevalentes en diálisis (6a-6g)

Las medidas informadas en esta sección rastrean el porcentaje de pacientes en cada centro de diálisis que estaban en la lista de espera para trasplante de riñón o riñón-páncreas.

Pacientes elegibles y meses-paciente en riesgo (6a-6b)

La cantidad de pacientes elegibles para diálisis que tenían menos de 75 años y estaban asignados al centro durante al menos un mes durante el año se informa en la fila 6a. Para cada mes, un paciente se incluye en el resumen de la lista de espera prevalente si se indicó que recibió tratamiento en el centro el último día del mes calendario de acuerdo con los métodos descritos en la Sección III para las medidas EQRS. Además, los meses que indican que los pacientes fueron admitidos en un centro de enfermería especializada (SNF) de acuerdo con el conjunto mínimo de datos de atención a largo plazo de CMS, los pacientes que fueron admitidos previamente en un SNF de acuerdo con el Formulario de evidencia médica de CMS (preguntas 16u y 21), y/o pacientes activos de cuidados paliativos informados en los datos de reclamaciones de acción final de Medicare fueron excluidos. La fila 6b informa el número total de meses-paciente elegibles. Los pacientes pueden contarse hasta 12 veces al año.

Porcentaje de meses-paciente en la lista de espera (6c)

La fila 6c informa el porcentaje de meses-paciente entre los meses-paciente elegibles informados en 6b en la lista de espera de trasplante de riñón o riñón-páncreas al último día de cada mes calendario durante el año. Los pacientes pueden contarse hasta 12 veces al año.

Características del paciente (6d)

La fila 6d informa el porcentaje de meses-paciente entre los pacientes elegibles de la fila 6b en la lista de espera de trasplante de riñón o riñón-páncreas al último día de cada mes calendario durante el año por categorías de edad, sexo, raza y origen étnico, causa de ESRD, trasplante previo y años de tratamiento con ESRD. Al igual que en 6b, los pacientes pueden contarse hasta 12 veces al año.

Porcentaje de meses-paciente en lista de espera ajustado por edad (6e)

La fila 6e informa el porcentaje de meses-paciente entre los meses-paciente elegibles informados en 6b en la lista de espera de trasplante de riñón o riñón-páncreas al último día de cada mes calendario durante el año, ajustado por edad. Esta medida es un porcentaje directamente estandarizado, en el sentido de que el porcentaje de cada centro en lista de espera se ajusta a la distribución de edad nacional (donde "nacional" aquí se refiere a todos los centros combinados). El resultado para cada centro es una estimación de cuál sería el porcentaje de pacientes prevalentes del centro si la combinación de pacientes del centro fuera igual a la del país en su conjunto. El modelo se ajusta utilizando ecuaciones de estimación generalizadas (GEE; Liang y Zeger, 1986) para tener en cuenta la correlación intrapaciente a lo largo de los meses. Los resultados informados en la fila 6e se promedian entre los meses-paciente elegibles (6b). El porcentaje ajustado por edad en lista de espera está restringido a centros con 11 o más pacientes elegibles (6a) durante el período del informe.

Valor P para el porcentaje ajustado por edad en lista de espera (6f)

Utilizamos una prueba de Wald bilateral (nivel de significancia de 0,05) para medir la significancia estadística de (o la evidencia en contra) de la hipótesis de que el porcentaje ajustado por edad de meses-paciente en lista de espera para un centro es el mismo que (ni mayor ni menor que) que del porcentaje promedio nacional en lista de espera. Tenga en cuenta que la prueba de Wald se basa en el logit del porcentaje ajustado por edad en lista de espera, que es mucho más probable que siga una distribución normal, debido a la simetría y la falta de restricciones de rango de la versión transformada.

Un valor p inferior a 0,05 generalmente se toma como evidencia de que el porcentaje ajustado por edad del centro en lista de espera difiere del porcentaje nacional.

Intervalo de confianza para el porcentaje ajustado por edad en lista de espera (6 g)

El intervalo de confianza del 95% proporciona un rango de valores plausibles para el porcentaje real de la lista de espera. Los límites superior e inferior del intervalo de confianza encierran el porcentaje verdadero aproximadamente el 95% de las veces si este procedimiento se repitiera en múltiples muestras.

Proporción estandarizada de la lista de espera para el primer trasplante de riñón (SWR; 6h-6n)

La medida SWR rastrea el número de pacientes incidentes en un centro de diálisis que están menores de 75 años y que estaban incluidos en la lista de espera de trasplante de riñón o riñón-páncreas o recibieron un trasplante de donante vivo dentro del primer año de iniciar la diálisis. Para esta medida, los pacientes son asignados al centro según la información del centro ingresada en el formulario Evidencia médica 2728.

Pacientes elegibles (6h)

La sección de lista de espera de incidentes incluye pacientes con ESRD, menores de 75 años, que iniciaron diálisis durante el período del informe. Los criterios de exclusión que se aplican en esta sección son los siguientes: i) pacientes que figuraban en lista de espera de trasplante de riñón o riñón-páncreas antes del inicio de la diálisis; ii) pacientes que fueron admitidos en un centro de enfermería especializada (SNF) en el momento de la incidencia o anteriormente, de acuerdo con las preguntas 16u y 21 del Formulario de evidencia médica de CMS y el Conjunto mínimo de datos de atención a largo plazo (MDS) de CMS; iii) pacientes activos de cuidados paliativos en el momento del inicio de la diálisis, según los datos de reclamaciones de acción final de Medicare.

Años-paciente en riesgo (6i)

Para los pacientes en el análisis del índice estandarizado de la lista de espera para el primer trasplante de riñón (SWR), el tiempo en riesgo comenzó con la incidencia de la diálisis y continuó hasta la aparición más temprana de uno de los siguientes eventos: (i) incluido en la lista de espera para trasplante de riñón o riñón-páncreas; (ii) recepción de un trasplante de donante vivo; (iii) muerte; o (iv) un año después del inicio del tratamiento.

Además, todo el tiempo de riesgo de los pacientes se incluye bajo el encabezado del año calendario correspondiente al año en que se inició la diálisis crónica en el Formulario de Evidencia Médica, incluso si una parte del tiempo de seguimiento ocurre en el año siguiente. La fila 6i informa el total de años de pacientes en riesgo de SWR.

Primeros eventos de la lista de espera (6j)

Este es el número total de pacientes en la lista de espera de trasplante o que han recibido un trasplante de donante vivo entre los nuevos pacientes en diálisis durante su primer año de diálisis. También es el numerador del ROE (6l).

Primeros eventos esperados en la lista de espera (6k)

El número esperado de eventos de trasplante de donantes vivos o en lista de espera se calculó utilizando un modelo de Cox, ajustado por la edad de los pacientes y las comorbilidades en el momento de la incidencia (SAS Institute Inc., 2000; Andersen, 1993; Collett, 1994). La fila 6k informa el número total de pacientes que se espera que estén en lista de espera o receptores de trasplantes de donantes vivos del centro.

Proporción de lista de espera estandarizada (SWR) (6l)

Para cada instalación, la SWR se calcula para comparar la cantidad observada de eventos en lista de espera en una instalación con la cantidad esperada de eventos en lista de espera. Utiliza los eventos de lista de espera esperados, calculado a partir de un modelo de Cox (SAS Institute Inc., 2004; Andersen, 1993; Collett, 1994),

ajustado por edad y comorbilidades del paciente en el momento de la incidencia. La SWR es igual a la proporción del número observado de eventos en la lista de espera de trasplantes o de recepción de un trasplante de donante vivo (6j) dividido por el número esperado de eventos en la lista de espera de trasplantes o eventos de trasplante de donante vivo (6k).

Calculamos las ROE para los resúmenes regional y nacional como la relación entre el número total de eventos observados y el número de eventos esperados en la región o nación, respectivamente. Los centros con menos de 11 pacientes o menos de 2 eventos esperados para el período del informe no se informan, pero se incluyen en los resúmenes estatales, de red y de EE. UU.

La interpretación de SWR es similar a STR. Una ROE de 1,00 indica que el número observado de eventos en lista de espera en el centro es igual a la tasa nacional estimada, ajustada por edad.

y comorbilidades incidentes. Una ROE inferior a 1,00 indica que la lista de espera del centro

La tasa es inferior a la media nacional. Una ROE superior a 1,00 indica que el

La tasa de lista de espera del centro supera el promedio nacional. La cantidad en la que un SWR se encuentra por encima o por debajo de 1,00 corresponde al porcentaje de la tasa de lista de espera de la instalación que está por encima o por debajo del promedio nacional, respectivamente. Por ejemplo, una ROE de 0,90 significaría que la tasa de listas de espera o de trasplantes de donantes vivos del centro es un 10% menor que la tasa nacional estimada (por ejemplo, nueve trasplantes donde se esperan diez). Es deseable una ROE superior a 1,00.

Variación aleatoria

La SWR tiende a mostrar una variación más aleatoria que la SMR porque el número de listas de espera para trasplantes es mucho menor que el número de muertes. Un pequeño número de eventos contribuye a la inestabilidad, aumentando las posibilidades de que un resultado observado se deba al azar y no a la verdadera proporción de listas de espera observadas y esperadas.

Valor P para ROE (6 m)

El valor p mide la significancia estadística (o evidencia) de la hipótesis de que la tasa real de la lista de espera de trasplantes para un centro determinado es diferente de lo que se predeciría a partir de la tasa nacional general. El valor p es la probabilidad de que la ROE calculada se desvíe de 1,00 tanto como lo hace, bajo la hipótesis nula de que esta relación es realmente igual a 1,00. Un valor p más pequeño tiende a ocurrir cuando la relación difiere mucho de 1,00 y/o cuando se utilizan más datos del paciente para calcular el valor de ROE. Un valor p inferior a 0,05 sugiere que la relación entre las tasas de eventos en lista de espera observadas y esperadas difiere significativamente de 1,00. Cuanto menor sea el valor p, menor será la probabilidad de que la tasa de eventos en la lista de espera de un centro sea igual a la tasa de eventos en la lista de espera nacional. Un valor p pequeño ayuda a descartar la posibilidad de que la desviación de una ROE respecto de 1,00 haya surgido por casualidad. Sin embargo, un valor p pequeño no indica el grado de importancia de la diferencia entre la tasa de eventos en la lista de espera del centro y la tasa nacional.

Intervalo de confianza para ROE (6n)

Al igual que otras medidas de proporción estandarizadas, el intervalo de confianza del 95 % proporciona un rango de valores plausibles para la verdadera proporción de las tasas de eventos en las listas de espera nacionales y de los centros, a la luz de la SWR calculada. Los límites de confianza superior e inferior encierran la relación verdadera aproximadamente el 95% de las veces si este procedimiento se repitiera en varias muestras.

Los intervalos de confianza estadísticamente significativos no contienen el valor de relación 1,00, que denota que la tasa de eventos observada fue igual a la tasa de eventos esperada.

X. Resumen de vacunación contra la influenza para todos los pacientes en diálisis, temporadas de influenza de agosto de 2019 a diciembre de 2022

Esta tabla informa las estadísticas resumidas de vacunación contra la influenza para todos los pacientes de diálisis tratados el 31 de diciembre de cada año en el centro, según las vacunas informadas en EQRS.

Estos incluyen todos los pacientes con HD, PD y diálisis incierta mayores de seis meses de edad al comienzo de la temporada de gripe de cada año. También se informan los valores promedio para el año más actual entre los pacientes en el estado, la red y los EE. UU. Proporcionamos resúmenes de vacunación de toda la temporada de gripe (del 1 de agosto al 31 de marzo del año siguiente).

y, en un esfuerzo por enfatizar el uso de la vacuna antes del pico de la temporada de gripe, la mitad de la temporada de gripe (del 1 de agosto al 31 de diciembre).

Exclusiones de datos de COVID-19

Los datos clínicos de EQRS desde enero de 2020 hasta junio de 2020 están excluidos de todos los cálculos debido a excepciones de datos de CMS ECE.

Pacientes elegibles el 31 de diciembre (7a)

La fila 7a informa la cantidad de pacientes en diálisis mayores de seis meses de edad al comienzo de la temporada de gripe cada año tratados en un centro el 31 de diciembre. Los pacientes con una contraindicación médica para la vacunación contra la gripe están excluidos del punto 7a y se informan en el punto 7b. No se aplica la regla de transferencia de 60 días.

Pacientes excluidos por contraindicación médica (7b)

La fila 7b informa el número de pacientes que fueron excluidos de la fila 7a debido a una contraindicación médica. Se excluyeron los pacientes que no recibieron una vacuna y alguna vez informaron "Motivo médico: reacción alérgica o adversa" u "Otro motivo médico" durante la temporada de gripe.

Temporada completa de gripe (del 1 de agosto al 31 de marzo del año siguiente) (7c-7e)

Pacientes vacunados entre el 1 de agosto y el 1 de marzo. 31 del año siguiente (% de 7a) (7c)

La fila 7c informa el porcentaje de pacientes en 7a a quienes se les informó una vacunación en EQRS realizada entre el 1 de agosto y el 31 de marzo del año siguiente, con el porcentaje nacional correspondiente para 2020 informado para comparación. No existe una estadística para la temporada de gripe más reciente (2022) porque aún no hay datos disponibles de enero a marzo de 2022.

Valor p para 7c en comparación con el valor estadounidense (7d)

Utilizamos un valor p unilateral para probar la hipótesis de que el porcentaje real de pacientes vacunados, informado en la fila 7c, es mayor (o menor) que el valor de EE. UU. para ese año. La nota al pie de la fila 7d muestra el porcentaje de pacientes vacunados en los EE. UU. para cada año utilizado en esta comparación. El valor p indica la probabilidad de que la diferencia entre los porcentajes de pacientes vacunados en el centro y en los EE. UU. se haya debido al azar.

Un valor p bajo significa que hay pocas posibilidades de que el porcentaje de la instalación sea mayor o menor que el promedio nacional simplemente debido a una variación aleatoria. Un valor p inferior a

0,05 suele indicar un resultado estadísticamente significativo. También se debe utilizar la magnitud absoluta de la diferencia entre el porcentaje nacional y del centro de pacientes vacunados para determinar su importancia clínica.

Motivo de no vacunación (% de 7a) (7e)

La fila 7e informa las razones por las que los pacientes no recibieron la vacuna entre el 1 de agosto y 31 de marzo del año siguiente como porcentaje de la fila 7a. El motivo final reportado, al 31 de marzo, fue el motivo elegido e incluido en los resúmenes. Estos motivos incluyen "Vacunación rechazada" y "Otro motivo o datos de la vacuna no disponibles".

Media temporada de gripe (del 1 de agosto al 31 de diciembre) (7f-7h)

Pacientes vacunados entre el 1 de agosto y el 1 de diciembre. 31 (% de 7a) (7f)

La fila 7f informa el porcentaje de pacientes en 7a que recibieron una vacuna informada en EQRS realizado entre el 1 de agosto y el 31 de diciembre, con el porcentaje nacional correspondiente para 2022 reportado para comparación.

Valor p para 7f en comparación con el valor estadounidense (7g)

Utilizamos un valor p unilateral para probar la hipótesis de que el porcentaje real de pacientes vacunados, informado en la fila 7f, es mayor (o menor) que el valor de EE. UU. para ese año. La nota al pie de la fila 7g muestra el porcentaje de pacientes vacunados en los EE. UU. para cada año utilizado en esta comparación.

Pacientes vacunados por subgrupo (%) (7h)

La fila 7h informa el porcentaje de pacientes en la fila 7a por categoría de seguro (Medicare, no Medicare, etc.), edad, sexo, raza y origen étnico, y años de tratamiento de ESRD. Los promedios estatales, de red y de EE. UU. para 2022 se proporcionan a modo de comparación.

XI. Resúmenes de manejo de la anemia para pacientes adultos en diálisis, 2019-2022

La Tabla 8 informa las medidas de manejo de la anemia, como la hemoglobina, el uso de ESA y un índice de transfusión estandarizado para cada año del período del informe. También se informan los valores promedio para el año más actual entre los pacientes en el estado, la red y EE. UU. Los criterios de inclusión se describen con más detalle a continuación.

Información de hemoglobina y ESA (8a-8j)

Exclusiones de datos de COVID-19

Los datos clínicos de EQRS desde enero de 2020 hasta junio de 2020 están excluidos de todos los cálculos debido a la política de CMS ECE para excepciones de datos.

Pacientes elegibles para hemodiálisis y meses-paciente (8a-8b)

En la fila 8a se informa el número de pacientes adultos en hemodiálisis (HD) que tuvieron ESRD durante más de 90 días y fueron asignados al centro durante un mes calendario completo de acuerdo con los métodos descritos en la Sección III para las medidas EQRS. Pacientes que cambian

entre HD y DP durante el mes y se excluyen los pacientes cuya modalidad se desconoce. El número de meses-paciente elegibles para todos los pacientes adultos en HD se informa en la fila 8b. Los pacientes pueden contarse hasta 12 veces al año.

Hemoglobina (HD; 8c-8d)

El promedio de hemoglobina para pacientes adultos en HD en el centro se informa en la fila 8c y se basa únicamente en los meses-paciente en la fila 8b con valores dentro del rango (entre 5 g/dL y 20 g/dL).

Los porcentajes de todos los meses-paciente con valores dentro del rango, estratificados por categorías de hemoglobina y otras categorías no válidas, para cada mes del centro se muestran en 8d.

Prescripción de ESA (HD; 8e)

El porcentaje de meses-paciente de la fila 8b para los cuales a un paciente en HD se le recetó un AEE se informa en 8e.

Pacientes elegibles para diálisis peritoneal y meses-paciente (8f-8g)

En la fila 8a se informa el número de pacientes adultos en diálisis peritoneal (DP) que tuvieron ESRD durante más de 90 días y fueron asignados al centro durante un mes calendario completo de acuerdo con los métodos descritos en la Sección III para las medidas EQRS. Se excluyen los pacientes que cambian entre HD y DP durante el mes y los pacientes cuya modalidad se desconoce. El número de meses-paciente elegibles para todos los pacientes adultos con EP se informa en la fila 8g. Los pacientes pueden contarse hasta 12 veces al año.

Hemoglobina (PD; 8h-8i)

El promedio de hemoglobina para pacientes adultos con EP en el centro se informa en la fila 8h y se basa únicamente en los meses-paciente en la fila 8g con valores en el rango (entre 5 g/dL y 20 g/dL).

Los porcentajes de todos los meses-paciente con valores dentro del rango, estratificados por categorías de hemoglobina y otras categorías no válidas, para cada mes del centro se muestran en 8i.

AEE prescrito (PD; 8j)

El porcentaje de meses-paciente de la fila 8g para los cuales a un paciente con EP se le recetó un AEE se informa en 8j.

Resumen de transfusiones para pacientes adultos en diálisis de Medicare: descripción general (8k-8p)

La transfusión de sangre puede ser un indicador de la subutilización de tratamientos para aumentar la producción endógena de glóbulos rojos (por ejemplo, agentes estimulantes de la eritropoyesis (AEE), hierro). Además, los pacientes en diálisis que son elegibles para un trasplante de riñón corren cierto riesgo de sensibilizarse al grupo de donantes a través de la exposición a antígenos tisulares en los productos sanguíneos, lo que hace que el trasplante sea más difícil de realizar. Las transfusiones de sangre también conllevan un pequeño riesgo de transmitir infecciones transmitidas por la sangre y el desarrollo de una reacción a la transfusión. Usar centros de infusión u hospitales para transfundir a los pacientes es costoso, inconveniente y podría comprometer el acceso vascular futuro.

El seguimiento de la tasa de transfusión ajustada al riesgo a nivel del centro de diálisis, en relación con un estándar nacional, permite detectar diferencias en los patrones de tratamiento de la anemia en el centro de diálisis. Esto es de particular importancia debido a la reciente orientación de la FDA sobre el uso de ESA y los nuevos incentivos económicos para minimizar el uso de ESA introducidos por el pago conjunto de Medicare para ESA. A principios de 2012, un estudio muy publicitado del Sistema de Datos Renales de los Estados Unidos (USRDS) se presentó en la reunión clínica de la Fundación Nacional del Riñón (NKF).

informaron mayores tasas de transfusión de pacientes en diálisis en 2011 en comparación con 2010. A medida que los proveedores utilizan menos AEE en un esfuerzo por minimizar los riesgos asociados con el tratamiento agresivo de la anemia, se vuelve más importante monitorear el uso excesivo de transfusiones de sangre para tratar la anemia relacionada con ESRD. Los resúmenes de transfusiones para pacientes de diálisis de Medicare se presentan en la segunda sección de la Tabla 8. Debido a que las estadísticas producidas para un grupo tan pequeño de pacientes pueden ser inestables y particularmente sujetas a variaciones aleatorias y, por lo tanto, difíciles de interpretar, el índice de transfusión estandarizado (STRR, por sus siglas en inglés) es no se calcula si hay menos de 11 pacientes-año en riesgo.

Este informe incluye resúmenes de las tasas de transfusión entre pacientes adultos de diálisis de Medicare en su centro, junto con datos estatales y nacionales comparativos. Debido a que la intención detrás de la medida es detectar la posibilidad de subutilización de alternativas a la transfusión, el tiempo de riesgo de los pacientes y los eventos de transfusión no se incluyen si ocurren dentro del año posterior al diagnóstico que contraindica el uso de AEE. En particular, se excluye el tiempo de riesgo de los pacientes a partir de una reclamación de Medicare por anemia hemolítica o aplásica, cáncer de órganos sólidos, linfoma, carcinoma in situ, trastornos de la coagulación, mieloma múltiple, síndrome mielodisplásico y mielofibrosis, leucemia, cáncer de cabeza y cuello, otros cánceres (tejido conectivo, piel y otros), cáncer metastásico y anemia falciforme.

Una vez que a un paciente se le diagnostica una de estas comorbilidades, el tiempo en riesgo del paciente se incluye solo después de un año completo libre de reclamos que incluyan cualquier diagnóstico en la lista de exclusiones.

Las tasas de transfusión son similares a las tasas de hospitalización en que los pacientes pueden recibir una transfusión más de una vez durante un año y los datos de transfusión no siempre son tan completos como los datos de mortalidad. Al igual que con las estadísticas de hospitalización, idealmente esta sección de la tabla debería incluir solo a los pacientes cuyos registros de facturación de Medicare incluyan todas las transfusiones del período. Para lograr este objetivo, aplicamos las mismas reglas que para la hospitalización y exigimos que los pacientes alcancen un cierto nivel de facturas de diálisis pagadas por Medicare para que se incluyan en las estadísticas de transfusión, o que los pacientes tengan reclamaciones de pacientes hospitalizados de Medicare durante el período. A efectos del análisis, el tiempo de seguimiento de cada paciente se divide en períodos definidos por el tiempo desde el inicio de la diálisis. Para cada paciente, se incluyen los meses dentro de un período determinado si ese mes del período se considera "elegible"; un mes se considera elegible si está dentro de los dos meses de un mes que tiene al menos \$1,200 de reclamos de diálisis pagados por Medicare o al menos un reclamo de paciente hospitalizado de Medicare. Además, se excluyeron los meses identificados como de cobertura de Medicare Advantage según la cobertura de la Base de datos de inscripción de Medicare (EDB). Al establecer este criterio, nuestro objetivo es lograr que la información sobre transfusiones sea completa para todos los pacientes incluidos en los años de riesgo.

Las tasas nacionales esperadas se calculan a partir de modelos de Cox (SAS Institute Inc., 2000; Andersen, 1993; Collett, 1994) que realizan ajustes por edad del paciente, diabetes, duración de la ESRD, estado en residencias de ancianos, comorbilidades del paciente en el momento de la incidencia e IMC en el momento de la incidencia. incidencia. Al igual que el SMR, el SHR y el SRR, el STRr tiene como objetivo comparar el número de transfusiones observado en su centro con el número que se esperaría si los pacientes de su centro estuvieran sujetos a las tasas de transfusión promedio nacional, ajustadas a las características de los pacientes descritas anteriormente. .

En el año fiscal 2024, implementamos un ajuste por COVID-19 en el STRR. La información sobre el diagnóstico de COVID-19 para STRR se obtiene de las reclamaciones de Medicare Parte A y Parte B. Desde este

La medida utiliza reclamaciones de pacientes ambulatorios para algunas transfusiones, la medida se basa en todos los pacientes de pago por servicio (FFS) de Medicare. Los pacientes de Medicare Advantage están excluidos. Los pacientes con un evento de COVID-19 el 20 de febrero de 2020 o después (incluso durante el período de Excepciones de Circunstancias Extraordinarias (ECE) de marzo a junio de 2020) se identifican como pacientes de COVID-19. El cronómetro de COVID-19 comienza en las reclamaciones a partir de la fecha del primer diagnóstico de COVID-19 y se supone que continúa después de la fecha del primer diagnóstico. Dividimos el período posterior al primer diagnóstico de COVID-19 en tres etapas: el primer mes (días 1 a 30) después del primer diagnóstico de COVID-19 se define como "COVID1"; el segundo mes (días 31-60) se define como "COVID2"; más de dos meses (> 60 días) después de la fecha del primer diagnóstico se define como "COVID3". De esta manera, STRR permite parámetros separados que miden el efecto de COVID-19 durante el primer mes, el segundo mes y más de dos meses.

"COVID1", "COVID2" y "COVID3" se incluyen como covariables en el modelo, mientras que "No COVID" es el grupo de referencia.

La metodología estadística detallada para el STRR se incluye en un documento separado titulado Notas Técnicas sobre la Ratio Transfusional Estandarizado para los Informes de Instalaciones de Diálisis. Este documento y la hoja de cálculo de Microsoft Excel que lo acompaña están disponibles en el sitio web de Dialysis Reports (www.dialysisdata.org) bajo el título Metodología.

Exclusiones de datos de COVID-19

Los datos de resultados desde marzo de 2020 hasta junio de 2020 están excluidos de todos los cálculos debido a la política de CMS ECE para excepciones de datos. Esto incluye todo el tiempo en riesgo y eventos.

La determinación de las comorbilidades del año pasado y los ajustes de elegibilidad de Medicare incluirán datos de reclamaciones de marzo a junio de 2020.

Pacientes adultos de diálisis de Medicare (8k)

Basamos los resúmenes de transfusión (filas 8k-8p) en los pacientes en diálisis que recibieron tratamiento en el centro de acuerdo con las convenciones descritas en la Sección III y solo en los períodos en los que los pacientes en diálisis habían cumplido con el criterio de pago de Medicare. Un mes se considera elegible si está dentro de los dos meses siguientes a un mes en el que se tienen al menos \$1,200 de reclamaciones de diálisis pagadas por Medicare o al menos una reclamación de paciente hospitalizado de Medicare. Además, los meses identificados como de cobertura de Medicare Advantage según la cobertura de la Base de datos de inscripción de Medicare (EDB) se excluyeron para los cálculos de transfusión. El número de pacientes adultos en diálisis de Medicare incluidos en los resúmenes de transfusión (8k) es generalmente menor que el número de pacientes incluidos en los resúmenes de hospitalización (Tabla 4) debido a los criterios de exclusión de Medicare Advantage y de comorbilidades prevalentes (descritos anteriormente).

Años de pacientes en riesgo (8l)

El número de años-paciente en riesgo indica la cantidad total de tiempo que los pacientes fueron seguidos en los análisis de esta tabla. Para todos los pacientes, el tiempo en riesgo comenzó al inicio del período de tratamiento en el centro (consulte la Sección III) y continuó hasta la primera aparición de lo siguiente: un reclamo de Medicare que indique un diagnóstico en la lista de exclusiones, tres días antes de un trasplante de riñón, muerte, fin del tratamiento en el centro o 31 de diciembre del año. A los pacientes cuyo tiempo en riesgo terminó debido a una comorbilidad en la lista de exclusiones se les incluirá el tiempo en riesgo futuro a partir de un año completo libre de reclamos con diagnósticos en la lista de exclusiones. Dado que un centro puede haber tratado a un paciente durante múltiples períodos durante el

mismo año, los años de pacientes en riesgo incluyen el tiempo en riesgo para todos los períodos de tratamiento en su centro.

Total de eventos de transfusión (8 millones)

Este es el número total de eventos de transfusión durante el tiempo elegible en riesgo entre los pacientes adultos de diálisis de Medicare asignados a este centro. El número total de eventos de transfusión incluye transfusiones múltiples (es decir, segunda, tercera, etc., transfusiones para el mismo paciente). Si se identificó más de un evento de transfusión en reclamos de pacientes hospitalizados o ambulatorios el mismo día, solo se contabilizó un evento de transfusión por día.

Nuestro método para contar los eventos de transfusión se basa en un algoritmo de conteo conservador y, debido a la forma en que se informa la información de las transfusiones en los reclamos de Medicare, utilizamos diferentes reglas para contar los eventos de transfusión, dependiendo de si el evento ocurre o no en un entorno de paciente hospitalizado o en un hospital. ámbito ambulatorio. La forma más común en que se informan los eventos en las reclamaciones es informando un centro de ingresos, procedimiento o código de valor (reclamaciones de pacientes hospitalizados) o, para reclamaciones de pacientes ambulatorios, informando códigos del Sistema de codificación de procedimientos comunes de atención médica (HCPCS) con al menos un código de centro de ingresos.

Se cuenta un “evento de transfusión” por reclamo de paciente hospitalizado cuando uno o más centros de ingresos, procedimientos o códigos de valor relacionados con transfusiones están presentes. Solo contamos un único evento de transfusión para un reclamo de paciente hospitalizado, independientemente de la cantidad de centros de ingresos por transfusión, procedimientos y códigos de valor informados, de modo que el número de eventos discretos contados sea el mismo ya sea que el reclamo indique 1 unidad de sangre o varias unidades de sangre. Esto da como resultado una estimación muy conservadora de las transfusiones de sangre de las reclamaciones de pacientes hospitalizados.

Los eventos de transfusión no son comunes en entornos ambulatorios, pero se aplican reglas similares. Uno o más códigos HCPCS relacionados con transfusiones con al menos un código de centro de ingresos relacionado con transfusiones, o uno o más códigos de valor relacionados con transfusiones enumerados en un reclamo de paciente ambulatorio se cuentan como un evento de transfusión único independientemente de la cantidad de unidades de sangre registradas. En otras palabras, 3 unidades de sangre se contarían como un único evento de transfusión.

En un documento separado disponible en www.Dialysisdata.org se incluye una lista detallada de códigos de procedimiento, códigos de valor y códigos HCPCS utilizados para identificar eventos de transfusión.

bajo el título Métodos DFR.

Eventos de transfusión totales esperados (8n)

Calculamos el número esperado de eventos de transfusión entre los pacientes de diálisis de Medicare en un centro con base en las tasas nacionales de eventos de transfusión en el mismo año. El número esperado de eventos de transfusión se calcula a partir de un modelo de Cox, ajustando la edad del paciente, diabetes, duración de la ESRD, estado de residencia de ancianos, comorbilidades del paciente en el momento de la incidencia, IMC en el momento de la incidencia y diagnóstico de COVID-19. La duración de la ESRD se divide en seis intervalos con puntos de corte a los 6 meses, 1 año, 2 años, 3 años, y 5 años y las tasas de transfusión se estiman por separado dentro de cada intervalo. Para cada paciente, el tiempo en riesgo en cada intervalo de ESRD se multiplica por la tasa de transfusión nacional ajustada para ese intervalo, y una suma de los intervalos da el número esperado de transfusiones para cada paciente. Para cada paciente, el número esperado se ajusta a las características de ese paciente y la suma de todos los pacientes da el resultado informado en 8n.

Relación de transfusión estandarizada (STRR) (8o)

El STRR se calcula dividiendo las transfusiones totales observadas en 8 m por las transfusiones totales esperadas en 8 n. Al igual que con el SMR y el SHR, el STRR permite una comparación de la experiencia de su instalación con el promedio nacional. Un valor inferior a 1,0 indica que el número total de eventos de transfusión en su centro fue menor de lo esperado, según las tasas nacionales; mientras que un valor superior a 1,0 indica que su instalación tuvo una tasa de eventos de transfusión total superior al promedio nacional.

Tenga en cuenta que esta medida se ajusta a la realidad

características del paciente en cuanto a edad, diabetes, duración de la ESRD, estado en un hogar de ancianos, comorbilidades en el momento de la incidencia e IMC en su centro. Además, la estimación se compara con las tasas de transfusión de EE. UU. para el mismo año.

Intervalo de confianza (rango de incertidumbre) para STRR (8o)

El intervalo de confianza del 95% (o rango de incertidumbre) proporciona un rango de valores plausibles para la relación real entre las tasas de transfusión entre establecimientos y nacionales, a la luz del STRR observado. Los límites superior e inferior encierran la verdadera relación entre ellos aproximadamente el 95% del tiempo. Los intervalos de confianza estadísticamente significativos no contienen 1,00.

Valor p para STRR (8p)

El valor p mide la significancia estadística (o evidencia) para probar la hipótesis bilateral de que la verdadera proporción de tasas de transfusión para su instalación versus la nación es diferente (mayor o menor) de 1,00.

El valor p es la probabilidad de que el STRR, simplemente por casualidad, se desvíe de 1,00 tanto como el STRR observado, y a veces se interpreta ingenuamente como la probabilidad de que el STRR verdadero sea igual a 1,00. Un valor p más pequeño tiende a ocurrir cuando la relación difiere más de 1,00 y cuando se utilizan más datos del paciente para calcular el valor STRR. Un valor de p inferior a 0,05 suele considerarse prueba de que la proporción de tasas de transfusión realmente difiere de 1,00. Por ejemplo, un valor p inferior a 0,05 indicaría que es poco probable que la diferencia entre las tasas de transfusión de su centro y las del país haya surgido únicamente de fluctuaciones aleatorias. Cuanto menor sea el valor p, más significativa estadísticamente será la diferencia entre las tasas de transfusión de los establecimientos nacionales e individuales. Un valor p pequeño ayuda a descartar la posibilidad de que la variación de un STRR desde 1,00 haya surgido por casualidad. Sin embargo, un valor p pequeño no indica el grado de importancia de la diferencia entre las tasas de transfusión de su centro y las del país.

El valor cuantitativo real del STRR refleja la importancia clínica de la diferencia entre las tasas de transfusión de su instalación y las del país. Un STRR que difiere mucho de 1,00 es más importante que un STRR en el rango de 0,95 a 1,05.

XII. Resúmenes de adecuación de la diálisis para todos los pacientes en diálisis, 2019-2022

La Tabla 9 informa las medidas de adecuación de la diálisis por separado para pacientes en hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP). Si un paciente cambiara de modalidad durante el año, ese paciente se contaría como paciente tanto en HD como en PD.

Exclusiones de datos de COVID-19

Los datos clínicos de EQRS desde enero de 2020 hasta junio de 2020 están excluidos de todos los cálculos debido a la política de CMS ECE para excepciones de datos. Debido al período retroactivo para PD Kt/V, los resúmenes se calculan de octubre a diciembre de 2020 únicamente.

Adecuación de la Hemodiálisis (HD) (9a-9k)Pacientes adultos elegibles en HD (9a-9b)

Esta sección de la tabla se basa en la información recopilada en EQRS. Las medidas informadas en 9a incluyen pacientes adultos en hemodiálisis que tuvieron ESRD durante más de 90 días y estaban en la instalación durante al menos un mes calendario completo durante el año. Los pacientes se asignan a un centro para el mes del informe solo si fueron asignados al centro durante todo el mes calendario de acuerdo con los métodos descritos en la Sección III para las medidas EQRS. El número de meses-paciente elegibles para pacientes adultos en hemodiálisis se informa en la fila 9b. Un paciente solo puede ser asignado a una instalación cada mes y no puede cambiar de modalidad durante el mes. Los pacientes pueden contarse hasta 12 veces al año.

Albúmina sérica para pacientes adultos en HD (9c-9e)

La albúmina sérica se evaluó entre todos los meses-paciente elegibles para HD informados en 9b y se caracterizó en cinco categorías mutuamente excluyentes. La albúmina sérica promedio se informa en 9c y el porcentaje de todos los meses-paciente estratificados por categorías de albúmina sérica y los valores faltantes para cada mes del centro se muestran en 9d. El porcentaje de todos los meses-paciente con albúmina sérica inferior a 4,0 g/dl se informa en 9e. Cuando se enviaron varios valores durante el mes para el paciente (por cualquier centro), se seleccionó el valor más reciente. Se seleccionó el valor más alto si se enviaron varios valores el mismo día.

Tasa de ultrafiltración para pacientes adultos en HD (UFR; 9f-9g)

La tasa de ultrafiltración (UFR) se evaluó entre todos los pacientes elegibles para HD en 9a y se caracterizó en tres categorías mutuamente excluyentes: faltante (no se informó UFR), dentro del rango (UFR entre 0 y 20 ml/kg/hr) y fuera de rango (UFR mayor a 20 ml/kg/hr). La UFR promedio para pacientes adultos en HD se informa en 9f y se basa únicamente en meses-paciente elegibles en 9b con valores dentro del rango. Los porcentajes de todos los meses-paciente con valores dentro del rango estratificados por categorías UFR y con valores faltantes o fuera del rango, para cada mes del centro se muestran en 9g. Cuando se enviaron varios valores para el paciente (por cualquier centro) durante el mes, se seleccionó el último valor informado.

Kt/V para pacientes adultos en HD (9h-9k)

(Aclaramiento de urea del dializador K; tiempo de diálisis t; agua corporal total del paciente V)

Esta sección de la tabla se basa principalmente en información recopilada en EQRS. Si Kt/V fuera faltante o fuera de rango en EQRS durante el mes de informe, se seleccionó el último valor válido de Kt/V recopilado para el paciente durante el mes de informe de acuerdo con los reclamos pagados de diálisis de Medicare tipo 72 (si están disponibles). A continuación se proporcionan detalles adicionales.

Los pacientes elegibles eran adultos (mayores de 18 años) que padecían ESRD durante más de 90 días y que estaban recibiendo hemodiálisis en el centro durante al menos un mes calendario completo durante el

período de informe (es decir, centro 'asignado'), y se dializan tres veces por semana (9 h). Los meses-paciente se excluyeron del denominador si había evidencia de que el paciente no se dializaba tres veces por semana en ningún momento durante el mes. Los pacientes se asignan a un centro para el mes del informe solo si fueron asignados al centro durante todo el mes calendario de acuerdo con los métodos descritos en la Sección III para las medidas EQRS. Un paciente solo puede ser asignado a un centro de diálisis cada mes y no puede cambiar de modalidad durante el mes. El número correspondiente de meses-paciente elegibles se informa en la fila 9h. Los pacientes pueden contarse hasta 12 veces al año.

Determinación de diálisis tres veces por semana.

Se excluyó un paciente-mes de los recuentos de pacientes de Kt/V de hemodiálisis descritos anteriormente si el número prescrito de sesiones informadas en EQRS por el centro "asignado" del paciente indicaba que el paciente se estaba sometiendo a sesiones "frecuentes" (≥ 4) o "infrecuentes" (≤ 2) diálisis en cualquier momento durante el mes del informe. Si la información sobre la frecuencia de la diálisis no estaba disponible para el mes de informe en EQRS por el centro "asignado" del paciente, se consideró la información de la sesión enviada por otros centros de diálisis donde el paciente recibió tratamiento.

Si la frecuencia de diálisis no se informó en EQRS para el mes de informe, se consideraron las reclamaciones elegibles de Medicare para hemodiálisis presentadas por el centro "asignado" del paciente durante el mes de informe. Un reclamo se consideró elegible si era para un paciente adulto (≥ 18 años) con HD (o HD pediátrica en un centro para la medida de HD pediátrica) con ESRD durante más de 90 días a partir del inicio del reclamo. Cualquier mes-paciente en el que el paciente recibió diálisis "frecuente" o "infrecuente" según las reclamaciones se excluyó por completo (se proporcionan más detalles a continuación).

Si la información de diálisis prescrita no estaba disponible para el paciente durante el mes del informe en cualquiera de las fuentes de datos (EQRS o reclamaciones de Medicare), el mes-paciente se excluyó del denominador.

Cálculo de diálisis "frecuente" e "infrecuente" en reclamaciones de diálisis de Medicare

El número de sesiones de diálisis por semana en un reclamo se calculó como una tasa: $7 \times (\text{n.º de sesiones de HD} / \text{n.º de días})$. Esta tasa sólo se calculó para reclamaciones que cubrían al menos siete días. Se identificó que un reclamo indicaba diálisis "frecuente" si se cumplía alguno de los siguientes criterios:

- (a) informó un valor de Kt/V de 8,88, (b) cubrió siete o más días y tuvo un ritmo de cuatro o más sesiones/semana, o
- (c) cubrió menos de siete días y tuvo cuatro o más sesiones en total indicadas

Se identificó que un reclamo indicaba diálisis "poco frecuente" si cubría al menos siete días y tenía una tasa de dos o menos sesiones por semana. No se consideró que ninguna reclamación breve (menos de 7 días) indicara diálisis "poco frecuente".

Los resúmenes de Kt/V HD en adultos se calculan utilizando EQRS como fuente de datos principal. Se seleccionó el último Kt/V recopilado (de cualquier centro) utilizando la fórmula de modelado cinético de urea (UKM) o Daugirdas II durante el mes de informe para el paciente. Si falta Kt/V o

fuera del rango ($Kt/V > 5,0$) en EQRS, entonces se seleccionó el Kt/V (basado en el código de valor 'D5: Resultado del último Kt/V ') informado en el último reclamo elegible de Medicare para el paciente durante el mes de informe, cuando esté disponible.

Un reclamo se consideró elegible si era de un paciente en HD que padecía ESRD durante más de 90 días, tenía al menos 18 años y el reclamo no era un reclamo de diálisis "frecuente" ni un reclamo de diálisis "poco frecuente" como se describe anteriormente. El último reclamo elegible con un rango dentro del rango (menor o igual a 5.0) y no vencido (HD en el centro con Kt/V informado de un reclamo anterior, o HD en el hogar con Kt/V informado de más de cuatro meses antes).) El valor Kt/V reportado se seleccionó cuando se reportaron múltiples siniestros en un mes. Se excluyeron los meses-paciente si alguna reclamación presentada durante el mes para el paciente identificaba que el paciente estaba sometido a diálisis "frecuente" o "infrecuente" en cualquier momento durante el mes del informe.

El valor de Kt/V para cada paciente-mes informado en la fila 9i se caracterizó en tres categorías mutuamente excluyentes: faltante (no se informó Kt/V), dentro del rango (Kt/V menor o igual a 5,0) y fuera del rango (Valor Kt/V superior a 5,0). El Kt/V promedio para pacientes adultos en HD en el centro se informa en la fila 9j y se basa únicamente en meses-paciente en 9 h con valores de Kt/V dentro del rango. Los porcentajes de todos los meses-paciente con valores dentro del rango estratificados por categorías de Kt/V y valores faltantes/fuera del rango para cada mes del centro se muestran en 9k. Pacientes con valores de Kt/V faltantes o fuera de rango ($Kt/V > 5,0$)

de cualquier fuente de datos (reclamaciones de EQRS o Medicare) (9k) se incluyen en el denominador pero no el numerador y por lo tanto puede resultar en un porcentaje menor al esperado.

Adecuación de la diálisis peritoneal (DP) (9l-9r)

Pacientes adultos con EP elegibles (9l-9m)

Esta sección de la tabla se basa en la información recopilada en EQRS. Las medidas informadas en 9l incluyen pacientes peritoneales adultos que tuvieron ESRD durante más de 90 días y estaban en el instalación durante al menos un mes calendario completo durante el año. Los pacientes se asignan a un centro para el mes del informe solo si fueron asignados al centro durante todo el mes calendario de acuerdo con los métodos descritos en la Sección III para las medidas EQRS. El número de meses-paciente elegibles para pacientes adultos en hemodiálisis se informa en la fila 9m.

Los pacientes pueden contarse hasta 12 veces al año.

Kt/V para pacientes adultos con EP (9n-9o)

(Aclaramiento de urea del dializador K; tiempo de diálisis t; agua corporal total del paciente V)

Los valores de PD Kt/V en adultos solo deben informarse cada cuatro meses para pacientes adultos con PD. Por lo tanto, si faltaba Kt/V para el mes del informe, se seleccionó el valor disponible más reciente recopilado hasta 3 meses antes cuando estuviera disponible. Si faltaban todos los valores en un período retrospectivo de 4 meses, entonces se consideró que faltaba el valor PD Kt/V para ese mes de informe.

Los resúmenes se calculan utilizando EQRS como fuente de datos principal. Se seleccionó el último Kt/V recopilado (de cualquier centro) durante el mes de informe para el paciente. Si faltaba Kt/V o estaba fuera de rango ($Kt/V > 8,5$) en EQRS, entonces el Kt/V (basado en el código de valor 'D5:

Cuando estuvo disponible, se seleccionó el resultado del último Kt/V¹) informado en el último reclamo elegible de Medicare para el paciente durante el mes de informe.

Un reclamo se consideraba elegible si era de un paciente con EP que padecía ESRD durante más de 90 días y tenía al menos 18 años. Se seleccionó el último reclamo elegible con un valor Kt/V dentro del rango (menor o igual a 8.5) y no vencido (Kt/V reportado desde más de cuatro meses antes) cuando se reportaron múltiples reclamos en un mes.

El valor de Kt/V para cada paciente-mes informado en la fila 9m se caracterizó en tres categorías mutuamente excluyentes: faltante (no se informó Kt/V), dentro del rango (valor de Kt/V menor o igual a 8,5) y fuera de rango (Valor Kt/V superior a 8,5). El Kt/V promedio para pacientes adultos con EP en el centro se informa en la fila 9n y se basa únicamente en meses-paciente en 9m con valores de Kt/V dentro del rango. Los porcentajes de todos los meses-paciente con valores dentro del rango estratificados por categorías de Kt/V y valores faltantes/fuera del rango para cada mes del centro se muestran en 9o. Pacientes con valores de Kt/V faltantes o fuera de rango (Kt/V > 8,5)

de cualquier fuente de datos (EQRS o reclamaciones de Medicare) (9o) se incluyen en el denominador pero no el numerador y por lo tanto puede resultar en un porcentaje menor al esperado.

Albúmina sérica para pacientes adultos con EP (9p-9r)

El valor de albúmina sérica se evaluó entre todos los meses-paciente con EP elegibles informados en 9m y se caracterizó en cinco categorías mutuamente excluyentes. La albúmina sérica promedio se informa en 9p y el porcentaje de todos los meses-paciente estratificados por categorías de albúmina sérica y los valores faltantes para cada mes del centro se muestran en 9q. El

El porcentaje de todos los meses-paciente con albúmina sérica inferior a 4,0 g/dl se informa en 9r.

Cuando se enviaron varios valores durante el mes para el paciente (por cualquier centro), se seleccionó el valor más reciente. Se seleccionó el valor más alto si se enviaron varios valores el mismo día.

XIII. Metabolismo mineral para todos los pacientes adultos en diálisis, 2019-2022

La Tabla 10 informa medidas del metabolismo mineral para pacientes adultos en diálisis. Las estadísticas de esta tabla se basan en la información recopilada en EQRS. Estadísticas reportadas para cada año, 2019-2022, junto con los promedios regionales y nacionales para el año más actual.

Exclusiones de datos de COVID-19

Los datos clínicos de EQRS desde enero de 2020 hasta junio de 2020 están excluidos de todos los cálculos debido a la política de CMS ECE para excepciones de datos.

Pacientes elegibles y meses-paciente (10a-10b)

El número de pacientes adultos en diálisis que tuvieron ESRD durante más de 90 días y estuvieron en el centro durante al menos un mes calendario completo durante el año se informa en la fila 10a.

Los pacientes se asignan a un centro para el mes del informe solo si fueron asignados al centro durante todo el mes calendario de acuerdo con los métodos descritos en la Sección III para las medidas EQRS. Se incluyen los pacientes que cambian entre HD y PD durante el mes.

Los pacientes cuya modalidad se desconoce se excluyen de los cálculos. El número de meses-paciente para todos los pacientes adultos se informa en la fila 10b. Los pacientes pueden contarse hasta 12 veces al año.

Fósforo (10c-10d)

El fósforo promedio para pacientes adultos con EH y EP en el centro se informa en la fila 10c y se basa únicamente en meses-paciente con valores en el rango (0,1 mg/dL a 20 mg/dL); Los recuentos de pacientes difieren de los informados en la fila 10b, ya que los resúmenes de fósforo incluyen los meses-paciente dentro de los primeros 90 días de ESRD y excluyen a los pacientes que reciben hemodiálisis domiciliaria en cualquier momento durante el mes. Los porcentajes de todos los meses-paciente con valores dentro del rango estratificados por categorías de fósforo y otras categorías no válidas (faltante o fuera de rango), para cada mes de la instalación se muestran en 10d. Cuando se enviaron varios valores durante el mes para el paciente (por cualquier centro), se seleccionó el valor más reciente. Se seleccionó el valor más alto si se enviaron varios valores el mismo día.

Calcio sin corregir (10e-10f)

El valor promedio de calcio sin corregir para pacientes adultos con HD y EP en el centro se informa en la fila 10e y se basa únicamente en los meses-paciente en la fila 10b con valores en el rango (0,1 mg/dL a 20 mg/dL). Los porcentajes de todos los meses-paciente con valores dentro del rango estratificados por categorías de calcio no corregidas y otras categorías no válidas (faltantes o fuera del rango) para cada mes del centro se muestran en 10f. Cuando se enviaron varios valores durante el mes para el paciente (por cualquier centro), se seleccionó el valor más reciente. Se seleccionó el valor más alto si se enviaron varios valores el mismo día.

Calcio sérico o plasmático promedio no corregido > 10,2 mg/dL (10 g)

El porcentaje de todos los meses-paciente elegibles con un promedio móvil de 3 meses sin corregir El calcio sérico o plasmático superior a 10,2 mg/dl o faltante se informa en 10 g. este valor se promedia a partir de los valores de calcio en suero o plasma no corregidos durante un período consecutivo de 3 meses entre los pacientes elegibles informados en 10b que tienen 18 años o más dos meses antes del mes del informe. En otras palabras, el denominador de esta medida es un subconjunto de los meses-paciente en 10b.

El porcentaje de un mes determinado utiliza el promedio del último valor de calcio en suero o plasma no corregido informado y los últimos valores informados de los 2 meses anteriores (si están disponibles). El rango aceptable de calcio es de 0,1 a 20 mg/dL. Los valores fuera de este rango se consideran faltantes. Por ejemplo, el porcentaje calculado para abril se basaría en el promedio de los valores de calcio sérico no corregidos presentados en abril, marzo y/o febrero.

XIV. Información sobre acceso vascular para todos los pacientes en diálisis e infecciones relacionadas con el acceso para todos los pacientes en diálisis de Medicare, 2019–2022

La Tabla 11 presenta información sobre el acceso vascular y resúmenes de infecciones relacionadas con el acceso. Las estadísticas de esta tabla se informan para cada año (2019-2022) junto con los promedios regionales y nacionales para el año más actual.

Información de acceso vascular (11a-11j)Exclusiones de datos de COVID-19

Los datos clínicos de EQRS desde enero de 2020 hasta junio de 2020 están excluidos de todos los cálculos debido a la política de CMS ECE para excepciones de datos. Debido al período retrospectivo de la tasa de catéteres a largo plazo, los resúmenes de 2020 se calculan de octubre a diciembre de 2020. Todos los datos de reclamaciones de 2020 se utilizarán para determinar las comorbilidades, la elegibilidad de Medicare y el estado de cuidados paliativos para exclusión y ajuste del modelo.

Las estadísticas de esta sección de la tabla se basan en la información recopilada en EQRS. La tasa de fístula estandarizada (SFR) es un porcentaje ajustado de meses-paciente de hemodiálisis en adultos que utilizan una fístula arteriovenosa (AV) autógena como único medio de acceso vascular. La SFR debe informarse conjuntamente con Acceso vascular para hemodiálisis: tasa de catéter a largo plazo. Estas dos medidas de calidad del acceso vascular, cuando se usan juntas, consideran el uso de la fístula AV como un resultado positivo y el uso prolongado de un catéter tunelizado como un resultado negativo. Con el creciente reconocimiento de que algunos pacientes han agotado las opciones para una fístula AV o tienen comorbilidades que pueden limitar el éxito de la creación de una fístula AV, el informe conjunto de las medidas representa las tres opciones de acceso vascular: fístula, injerto y catéter. La medida de la fístula se ajusta a los factores del paciente en los que la colocación de la fístula puede ser más difícil o no apropiada y reconoce que, en determinadas circunstancias, un injerto AV puede ser la mejor opción de acceso. Esta estructura de incentivos emparejada que se basa en ambas medidas (SFR, tasa de catéter a largo plazo) refleja las mejores prácticas consensuadas y apoya el mantenimiento de los avances en el éxito del acceso vascular logrados a través del Proyecto Fístula Primero/Último Catéter durante la última década.

Pacientes adultos prevalentes en hemodiálisis (11a)

El recuento de pacientes de hemodiálisis prevalentes (11a) en un centro incluye cada paciente adulto único (en el hogar y en el centro) que ha recibido hemodiálisis en el centro durante al menos un mes completo de informe de acuerdo con los métodos descritos anteriormente en la Sección III en Métodos de asignación de pacientes para medidas EQRS.

Meses de pacientes adultos prevalentes en hemodiálisis (11b)

El recuento mensual de pacientes de hemodiálisis prevalentes (11b) en un centro incluye todos los pacientes adultos (en casa y en el centro) que han recibido hemodiálisis en el centro durante todo el mes de informe de acuerdo con los métodos descritos anteriormente en la Sección III en Métodos de asignación de pacientes para EQRS. Medidas y tenía al menos 18 años de edad al primer día de ese mes. Un paciente individual puede contribuir hasta 12 meses-paciente por año.

Se excluyeron los meses de pacientes con catéter que tienen una esperanza de vida limitada, incluidos cuidados paliativos en el mes de informe actual, o con cáncer metastásico, enfermedad hepática terminal, coma o lesión cerebral anóxica en los últimos 12 meses. Si no había una entrada de tipo de acceso vascular EQRS para un mes determinado en el centro asignado, se buscó el tipo de acceso informado por otros centros para una entrada de tipo de acceso que indicara catéter o para confirmar que el tipo de acceso también faltaba durante todo el mes para esta exclusión. .

Tipo de acceso vascular en uso (11c)

La fila 11c informa el tipo de acceso vascular informado por el centro en EQRS durante el mes calendario. Si se informaron múltiples tipos de acceso durante un mes, el más reciente no

Se seleccionó el tipo de acceso que faltaba. Esta fila informa el porcentaje de meses-paciente en 11b en los que el paciente recibió diálisis a través de fístulas arteriovenosas (AV) (una o dos agujas), injertos, catéteres u otros tipos de acceso. Los pacientes que tenían un injerto AV o un catéter en uso con una fístula AV colocada para uso futuro se incluyen en la categoría de injerto AV o catéter, respectivamente. Los dispositivos de acceso al puerto están incluidos en la categoría de catéter. El acceso vascular de un paciente se clasifica como Otro si era diferente de las categorías anteriores (p. ej., línea de vida). Se seleccionó el tipo de acceso vascular no faltante más reciente, independientemente del centro, si el tipo de acceso faltaba en un centro notificado. Los pacientes se clasificaron como a los que les faltaban tipos de acceso si no había datos de acceso vascular previo disponibles.

Tasa de fístula estandarizada (SFR) (11d)

La medida SFR es una tasa estandarizada, en la que el porcentaje de fístula AV en uso de cada centro (11c) se ajusta a la distribución nacional de covariables (factores de riesgo), donde "nacional" se refiere a todos los centros combinados. Se considera que se utiliza una fístula AV si se han registrado los "ID de tipo de acceso" EQRS de 14 o 22 durante un mes determinado, donde "14" representa solo fístula AV (con 2 agujas) y "22" representa solo fístula AV con una dispositivo aprobado de una sola aguja. El SFR de un centro es una estimación de lo que equivaldría el porcentaje de FAV del centro si la combinación de pacientes del centro fuera igual a la del país en su conjunto.

El ajuste del riesgo se basa en un modelo de regresión logística multivariado. El ajuste se realiza por edad, IMC en el momento de la incidencia, estado en un asilo de ancianos, atención del nefrólogo antes de la ERT, duración de la ERT, diabetes como causa principal de la ERT, un conjunto combinado de comorbilidades incidentes y prevalentes, un indicador de tener al menos una comorbilidad, un indicador de cobertura de Medicare durante al menos 6 meses durante los últimos 12 meses o al menos 1 mes con Medicare Advantage, y un indicador de formulario CMS-2728 faltante. Este modelo incluye los indicadores de las instalaciones y supone que los coeficientes de regresión de los factores de riesgo son los mismos en todas las instalaciones. Se asumen efectos de riesgo comunes para mejorar la estabilidad computacional al estimar los efectos específicos de la instalación. No se informa la SFR si hay menos de 11 pacientes adultos elegibles en el centro durante el año.

Valor p para SFR (11e)

El valor p mide la significación estadística (o la evidencia en contra) de la hipótesis de que la verdadera tasa de fístulas para un centro es la misma (ni mayor ni menor) que la de la tasa nacional general de fístula. El valor p es la probabilidad de que el TPE observado se desvíe de la tasa nacional tanto como lo hace, bajo la hipótesis nula de que las dos tasas son iguales. Un valor p pequeño (a menudo tomado como $<0,05$) indica que la tasa observada sería muy improbable bajo la hipótesis nula. Cuanto menor sea el valor p, menor será la probabilidad de que el SFR de una instalación sea igual a la tasa nacional. Tenga en cuenta que el valor p es inferior a 0,05 siempre que el intervalo de confianza no incluye la tasa nacional. Debido a que el valor p depende del tamaño del establecimiento, un valor p pequeño en un establecimiento grande no necesariamente indica que la diferencia entre el SFR de un establecimiento y la tasa nacional sea clínicamente significativa.

Si la SFR de un centro es mayor que la tasa nacional y es estadísticamente significativa ($p < 0,05$), su SFR es mejor que la tasa nacional general de fístula. Si la SFR de un centro es menor que la tasa nacional y es estadísticamente significativa ($p < 0,05$), entonces es peor que la tasa nacional general de fístula. Por lo demás, es la misma que la tasa nacional general de fístula.

Intervalo de confianza (rango de incertidumbre) para SFR (11f)

El intervalo de confianza del 95% (o rango de incertidumbre) proporciona un rango de valores plausibles para la verdadera tasa estandarizada de fístulas. Los límites de confianza superior e inferior encierran la tasa real aproximadamente el 95% de las veces si este procedimiento se repitiera en varias muestras.

Tasa de catéter a largo plazo (11 g)

Esta fila informa el porcentaje de meses-paciente en 11b en los que el paciente recibió diálisis a través de un catéter durante al menos tres meses consecutivos (el mes del informe y los dos meses anteriores) en el mismo centro. El último tipo de acceso vascular enumerado en EQRS

Durante cada uno de estos tres meses completos se seleccionó al paciente para determinar si tenía colocado un catéter. Antes de indicar que un catéter estuvo presente durante tres meses consecutivos, verificamos que el tipo de acceso informado el último día del mes que fue tres meses antes del mes de informe también fuera un catéter. Se consideró que un catéter estaba en uso si los "ID de tipo de acceso" del EQRS de 16, 569, 18, 571, 19, 572, 20, 574,

21, o 573 se habían registrado para un mes determinado, donde "16" y "569" representan una fístula AV combinada con un catéter, "18" y "571" representan un injerto AV combinado con un catéter, "19" y "572" representan solo catéter, "20" y "574" representan solo acceso al puerto, "21" y "573" representan otro/ desconocido. Si faltaba la entrada de tipo de acceso vascular EQRS más reciente para un mes determinado en el centro asignado, el tipo de acceso se establecía en el último valor enviado para el paciente desde otros centros. Si no había ningún tipo de acceso desde el centro asignado ni desde el resto de centros, el tipo de acceso vascular para ese mes se contaba como catéter. Si un paciente cambia de centro de diálisis, el conteo de los tres meses completos consecutivos se reinicia en el nuevo centro.

Pacientes Incidentes en Hemodiálisis (11h)

La fila 11h informa el número total de pacientes incidentes en hemodiálisis (adultos y pediátricos) en el centro cada año. Los pacientes incidentes en hemodiálisis son pacientes de hemodiálisis (en casa y en el centro) que recibieron su primer tratamiento de ESRD durante el mes para el cual se informaron los datos.

Tipo de acceso vascular en uso (11i)

La fila 11i informa el primer tipo de acceso vascular registrado en EQRS después del primer tratamiento de ESRD para los pacientes incidentes. Esta fila informa el porcentaje de pacientes incidentes en hemodiálisis en 11 h que recibieron diálisis a través de fístulas AV (una o dos agujas), injertos AV, catéteres u otros tipos de acceso. Los pacientes que tenían un injerto AV o un catéter en uso con una fístula AV colocada para uso futuro se incluyen en la categoría de injerto o catéter AV. Los dispositivos de acceso al puerto están incluidos en la categoría de catéter. El acceso vascular de un paciente se clasifica como Otro si era diferente de las categorías anteriores (p. ej., línea de vida). Los pacientes se clasifican como a los que les faltan tipos de acceso si los datos del acceso vascular no estaban disponibles.

Fístulas arteriovenosas (AV) colocadas (11j)

La fila 11j informa el porcentaje de pacientes incidentes en 11 h con una fístula AV colocada en el último tratamiento. Los pacientes con una fístula AV colocada se incluyen en esta fila independientemente de si recibieron sus tratamientos de hemodiálisis utilizando la fístula.

Resumen de infecciones relacionadas con el acceso (11k-11n)Exclusiones de datos de COVID-19

Los datos de marzo a junio de 2020 están excluidos de los resúmenes de infecciones de 2020 debido a la política de CMS ECE para excepciones de datos. Esto incluye todo el tiempo en riesgo y eventos.

Esta sección de la tabla incluye resúmenes de las tasas de infección relacionadas con el acceso a diálisis informadas mediante códigos ICD-9 y, a partir del 1 de octubre de 2015, los códigos ICD-10 informaron sobre reclamaciones de diálisis de Medicare para pacientes con Medicare como su seguro primario.

Al igual que las tablas de hospitalización y comorbilidad, la determinación de los períodos de cobertura de Medicare se basa en los períodos en los que el paciente en diálisis cumplió con el criterio de pago de Medicare. Para cada paciente, un mes se considera "elegible" si es dentro de los dos meses siguientes a un mes en el que se tienen al menos \$1,200 de reclamaciones de diálisis pagadas por Medicare o al menos una reclamación de paciente hospitalizado de Medicare. Para obtener más información sobre el criterio de pago de Medicare, consulte la Sección VII. Además, se excluyeron los meses identificados como de cobertura de Medicare Advantage según la cobertura de la Base de datos de inscripción de Medicare (EDB). Al establecer este criterio, nuestro objetivo es lograr que la información sobre la infección relacionada con el acceso sea completa para todos los pacientes incluidos en los años de riesgo.

Cualquier paciente tratado con diálisis en un centro durante un mes en particular se incluye en las estadísticas de ese centro siempre que también cumpla con los criterios de Medicare descritos anteriormente para ese mes. No hay exclusión de los primeros 90 días de tratamiento y los pacientes tratados en más de un centro en un mes en particular se incluyen en ambos centros ese mes. Para los cálculos regionales, el mes se incluirá una sola vez para ese paciente. La modalidad de tratamiento se identifica mediante una combinación de reclamaciones de diálisis de Medicare, el formulario de evidencia médica (formulario CMS-2728), datos de registro de trasplantes de OPTN y datos de EQRS. A partir de la primera fecha del servicio de ESRD, determinamos los historiales de tratamiento de cada paciente. Al utilizar las fuentes de datos anteriores para determinar si un paciente ha sido transferido a otra modalidad de tratamiento, se le da prioridad al EQRS.

Las infecciones relacionadas con el acceso a la diálisis se identifican con el código ICD-9 996.68 y, a partir del 1/10/2015, con el código ICD-10 T8571XA y se recopilan de reclamaciones de Medicare para pacientes hospitalizados, ambulatorios y proveedores médicos. Para obtener una definición de los códigos ICD-9 e ICD-10, consulte la lista de códigos de diagnóstico incluida en un documento separado disponible en www.Dialysisdata.org bajo el título Métodos DFR.

Infección: Diálisis Peritoneal (PD) (11k-11l)

La cantidad de pacientes de Medicare PD que cumplen con el criterio de pago de Medicare descrito anteriormente y tratados en el centro durante al menos un mes durante el año o cuatro años.

El período se informa en la fila 11k. El número total de meses durante los cuales cada paciente recibe tratamiento con EP en el centro se suma y se informa en la fila 11l.

Tasa de infección del catéter de DP por 100 meses-paciente de DP (11 millones)

Esta estadística muestra la tasa de infección del catéter de DP en pacientes en diálisis peritoneal durante cada año. Para cada mes incluido en la fila 11l, se considera que el paciente ha tenido una EP infección del catéter como se define anteriormente durante ese mes. La tasa se calcula sumando

los meses-paciente con una infección del catéter de DP y dividiendo por el número de DP elegibles meses-paciente en la fila 11i. Luego, el número se convierte a una tasa por 100 meses-paciente con EP (11 millones). Los pacientes solo pueden contribuir con una infección relacionada con el acceso a diálisis a un centro durante un mes. Si el paciente es tratado en dos centros con EP en un mes con una infección, la infección se cuenta en ambos centros. Para los resúmenes regionales, la infección solo se contabilizará una vez en la región.

Valor p (comparado con el valor estadounidense) (11n)

Utilizamos un valor p unilateral para probar la hipótesis de que la tasa de pacientes con EP con infección del catéter de diálisis peritoneal por cada 100 meses-paciente con EP, informada en la fila 11m, es mayor (o menor) que el valor de EE. UU. para ese año.

XV. Comorbilidades reportadas en reclamos de Medicare para pacientes de diálisis de Medicare tratados al 31 de diciembre de cada año, 2019–2022

La Tabla 12 informa las condiciones comórbidas identificadas en los reclamos de Medicare para pacientes de diálisis de Medicare tratados el 31 de diciembre de cada año (2019-2022) en el centro, con los valores promedio correspondientes para 2022 entre los pacientes en el estado, la red y EE. UU.

Las comorbilidades se determinan sobre la base de los reclamos de Medicare de cada paciente durante el período, incluidas las estadías hospitalarias, las visitas ambulatorias y los servicios médicos. Se excluyen las reclamaciones de proveedores, como laboratorios, que informan códigos de diagnóstico al realizar pruebas para detectar la presencia de una afección. Una lista detallada de códigos de diagnóstico ICD-9 e ICD-10 y códigos HCPCS CPT utilizado para identificar comorbilidades se incluye en un documento separado disponible en www.Dialysisdata.org bajo el título Métodos DFR.

Al igual que la tabla de hospitalización, esta tabla incluye solo a los pacientes que están cubiertos por Medicare (para que los registros de facturación de Medicare tengan información completa sobre el paciente).

Para lograr este objetivo, utilizamos el criterio descrito en la Sección V para las estadísticas de hospitalización. Los períodos de los pacientes se incluyen si cada mes del período se encuentra dentro de los dos meses posteriores al final de un mes que tiene a) al menos \$1,200 de reclamos de diálisis pagados por Medicare o b) al menos un reclamo de paciente hospitalizado de Medicare. Luego, esta tabla se restringe aún más a los pacientes tratados en el centro al final del año.

Pacientes tratados el 31/12 del año (12a)

La fila 12a informa el número total de pacientes de diálisis de Medicare tratados en el centro el 31 de diciembre de cada año, de acuerdo con las convenciones descritas en la Sección III, que también satisfacen el criterio descrito anteriormente para garantizar que los datos de reclamaciones de Medicare estén completos para el paciente. Basamos los resúmenes de las características de los pacientes en la Tabla 12 en el recuento de la población de pacientes en esta fila.

Condiciones comórbidas (12b)

La fila 12b informa el porcentaje de pacientes en el centro con cada una de las condiciones comórbidas enumeradas.

Número promedio de condiciones comórbidas (12c)

La fila 12c informa el número promedio de condiciones comórbidas enumeradas en 12b en reclamos de Medicare para pacientes en el centro.

XVI. Información de la instalación, 2022

Información de la instalación (13a-13i)

La primera sección de la Tabla 13 proporciona la siguiente información sobre el centro: tipo de propiedad, nombre de la organización, fecha de certificación inicial de Medicare, número de estaciones, tipos de servicios proporcionados por el centro, si el centro ofrece turnos después de las 5 p. m. y/o practica la reutilización del dializador, el número de certificación CMS y el Identificador Nacional de Proveedor (NPI) asociado con la instalación. La información de esta tabla se basa en la información reportada en EQRS al 31 de marzo de 2022 y no se utiliza para la ubicación de pacientes. En esta tabla también se enumeran otros números de certificación de CMS cuyos datos se han incluido en este informe.

Atención a largo plazo (13j-13k)

La información en esta sección se obtuvo de las preguntas 18 y 20 en la presentación más reciente del centro del formulario CMS-3427: Solicitud de ESRD y encuesta e informe de certificación con respecto a la diálisis ofrecida en un entorno de atención a largo plazo.

Colocación del paciente (13l-13p)

Esta sección de la tabla informa el recuento de pacientes según la Encuesta anual de instalaciones (formulario CMS-2744) al 31 de mayo de 2022. La tabla informa la cantidad de pacientes que fueron tratados en el centro en 2022 y los promedios regionales proporcionados para comparación.

La fila 13l informa la cantidad de pacientes que fueron tratados en el centro durante el año.

Las filas 13m a 13n informan el porcentaje de estos pacientes que se trasladaron al centro o se trasladaron fuera del centro durante el año. Estas cifras incluyen tanto a pacientes ambulatorios como a pacientes en diálisis domiciliaria. La fila 13o informa el número de pacientes que fueron tratados al 31 de diciembre. La fila 13p informa el porcentaje de pacientes que tenían cobertura de Medicare, tenían una solicitud de Medicare pendiente o no eran pacientes de Medicare.

Encuesta y Certificación (13q-13u)

Esta sección de la tabla informa la información más reciente sobre encuestas y certificaciones de esta instalación según las regulaciones actualizadas de Condición de cobertura (CfC) de ESRD. Si esta instalación no ha sido encuestada desde enero de 2009 (si su última encuesta se realizó utilizando las antiguas regulaciones de ESRD), esta tabla no contiene información a nivel de instalación. Estos datos los obtenemos del Sistema de Evaluación y Mejora de la Calidad de Internet (iQES) a junio de 2022.

La fila 13q informa la fecha de la encuesta más reciente y la fila 13r informa el tipo de encuesta (inicial, recertificación o terminación). La fila 13s informa la condición de cumplimiento de la instalación después de la última encuesta (cumplió con los requisitos, no cumplió con los requisitos pero tenía un plan de corrección aceptable, no cumplió con los requisitos o se desconoce). El número total de deficiencias de CfC y deficiencias estándar citadas durante la última encuesta se informan en las filas 13t.

y 13u, respectivamente. También se informan resúmenes estatales, de red y nacionales de estos recuentos de deficiencias (13t-13u).

XVII. Medidas seleccionadas para pacientes en diálisis menores de 18 años (2019 - 2022)

La Tabla 14 informa medidas seleccionadas de las tablas del Informe del centro de diálisis restringidas a la población pediátrica. Esta tabla compara las características de los pacientes pediátricos del centro, sus patrones de tratamiento y patrones de trasplante, hospitalización y mortalidad con los promedios locales y nacionales. Esta tabla se crea solo para aquellas instalaciones que trataron al menos a cinco pacientes pediátricos durante el período de cuatro años. Todos los pacientes pediátricos, incluso aquellos en centros que tratan a muy pocos pacientes pediátricos, están incluidos en los promedios regionales.

Dado que los números de elementos en esta tabla pediátrica corresponden con el mismo número de elemento en la tabla principal, consulte la sección principal de esta Guía DFR para obtener más información sobre las medidas pediátricas que se describen a continuación. Por ejemplo, 14.1a es la misma medida que el punto 1a de la Tabla 1 del DFR, pero restringida a pacientes pediátricos únicamente.

Todos los resúmenes se informan para la instalación cada año desde 2019-2022, así como los promedios regionales para 2022 para comparar.

Debido a que los pacientes pediátricos constituyen una proporción muy pequeña de los pacientes en diálisis a nivel nacional, el número promedio de pacientes pediátricos por centro es extremadamente bajo. Estos recuentos promedio no son útiles para compararlos con los recuentos de centros que tratan a más pacientes pediátricos, por lo que los recuentos promedio estatales, de la Red y de EE. UU. se han suprimido de la tabla. Los porcentajes regionales que se muestran a modo de comparación se calculan en función de todos los pacientes pediátricos del estado, la red o los EE. UU.

Tenga en cuenta que para la sección HD Kt/V (14.9j), los pacientes también deben estar recibiendo tratamiento en el centro (es decir, los pacientes con Kt/V HD en casa están excluidos). Para la sección PD Kt/V (14.9n), si faltaba Kt/V para el mes de informe, se seleccionó el valor disponible más reciente recopilado hasta 5 meses antes cuando estuviera disponible (a diferencia de los 3 meses anteriores para el adulto medida).

XVIII. Medidas seleccionadas para pacientes en diálisis en residencias de ancianos (2019 - 2022)

La Tabla 15 informa medidas seleccionadas de las tablas del Informe del Centro de Diálisis restringidas a la población de hogares de ancianos. Los pacientes de hogares de ancianos se definen como los pacientes en el Conjunto Mínimo de Datos de Atención a Largo Plazo (MDS) de CMS en cualquier momento durante el período del informe. Esta tabla compara las características de los pacientes de la residencia de ancianos del centro, sus patrones de tratamiento y patrones de hospitalización y mortalidad con los promedios locales y nacionales. Esta tabla se crea solo para aquellos centros que tienen más de diez pacientes tratados en el centro el 31 de diciembre de 2022 y en un hogar de ancianos al menos un día durante 2022. Todos los pacientes de hogares de ancianos, incluso aquellos en centros que tratan a muy pocos pacientes de hogares de ancianos, están incluidos en los promedios regionales.

Dado que los números de elementos en esta tabla de hogares de ancianos corresponden con el mismo número de elementos en la tabla principal, consulte la sección principal de esta Guía DFR para obtener más información sobre las medidas de los hogares de ancianos que se describen a continuación. Por ejemplo, 15.1a es la misma medida que el punto 1a de la Tabla 1 del DFR, pero restringida a pacientes de hogares de ancianos únicamente.

Todos los resúmenes se informan para la instalación cada año desde 2019-2022, así como los promedios regionales para 2022 para comparar.

Debido a que los pacientes de hogares de ancianos representan una pequeña proporción de los pacientes de diálisis a nivel nacional, el número promedio de pacientes de hogares de ancianos por instalación es bajo. Estos recuentos promedio no son útiles para compararlos con los recuentos de centros que tratan a más pacientes de hogares de ancianos, por lo que los recuentos promedio del estado, la red y los EE. UU. se han suprimido de la tabla. Los porcentajes regionales que se muestran a modo de comparación se calculan en función de todos los pacientes de hogares de ancianos en el estado, la red o los EE. UU.

XIX. COVID en pacientes de diálisis de Medicare (C1) y pacientes de diálisis de Medicare tratados en hogares de ancianos (C2)

La pandemia de COVID-19 continúa teniendo un impacto profundo en el sistema de salud de EE. UU., incluidos los proveedores de ESRD y la población de diálisis de alto riesgo. Para ayudar a los encuestadores de diálisis y otras partes interesadas a investigar el impacto de COVID-19, hemos desarrollado tablas para informar sobre el recuento de pacientes, muertes y hospitalizaciones de COVID-19 entre los pacientes de diálisis de Medicare (Tabla C1) y los pacientes de diálisis de hogares de ancianos (NH) de Medicare. (Tabla C2) en 2020 y 2022 T1-T4. Se incluyen los promedios estatales, de red y nacionales para 2022 a modo de comparación.

Población

Dado que la fuente principal para el diagnóstico de COVID-19 son las reclamaciones de Medicare, calculamos el recuento de pacientes de COVID-19 entre todos los pacientes de diálisis de Medicare (cualquier modalidad), incluidos aquellos dentro de los primeros 90 días de ESRD. Para cada paciente, un mes se considera elegible para Medicare si el paciente está inscrito en Medicare Advantage para ese mes, o si es dentro de los dos meses siguientes a un mes que tiene al menos \$1,200 de reclamos de diálisis pagados por Medicare o al menos un reclamo de paciente hospitalizado de Medicare. Pacientes con al menos un mes elegible para Medicare durante el trimestre se reportan en el punto 1 de la Tabla C1. Los pacientes de diálisis de Medicare que fueron tratados en un hogar de ancianos de acuerdo con el Conjunto mínimo de datos de atención a largo plazo (MDS) de CMS durante al menos un día se informan en el elemento 1 de la Tabla C2.

Identificación de pacientes con COVID-19

A lo largo de la pandemia de COVID-19, UM-KECC ha estado monitoreando activamente los indicadores de datos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de COVID-19 en todas las fuentes de datos disponibles y relevantes. Los pacientes alguna vez identificados con COVID se definen como aquellos pacientes a los que se les diagnosticó COVID al final de cada trimestre o trimestres, independientemente de si el diagnóstico se produjo antes o durante el período del informe (Ítem 2). Los pacientes identificados por primera vez con COVID se definen como aquellos pacientes a los que se les diagnosticó recientemente COVID dentro del trimestre (Ítem 3). También se informan los porcentajes de pacientes identificados por primera vez o alguna vez con COVID entre los pacientes de diálisis de Medicare.

Recuentos de mortalidad y hospitalización

Los recuentos de muerte (elementos 4 y 5) y hospitalización (elementos 6 y 7) se calculan entre todos los pacientes en el elemento 1 y los pacientes alguna vez identificados con COVID en el elemento 2 durante el período del informe. Las muertes se obtienen de múltiples fuentes de datos, incluido el formulario de notificación de defunción (formulario CMS 2746), la base de datos de inscripción (EDB) y las reclamaciones de Medicare. La hospitalización se define como tener al menos un día en un hospital debido a reclamaciones de pacientes hospitalizados de Medicare durante el período del informe. Una muerte u hospitalización en esta categoría no significa que un paciente haya muerto o haya sido hospitalizado por COVID. También se informan los porcentajes de muertes u hospitalizaciones de pacientes alguna vez identificados con COVID sobre todas las muertes u hospitalizaciones.

XX. Por favor dénos sus comentarios

Agradecemos preguntas o comentarios sobre el contenido de este informe, o cualquier sugerencia que pueda tener para futuros informes de este tipo. Las mejoras en el contenido de futuros informes dependerán de los comentarios de la comunidad de nefrología. Se pueden enviar comentarios específicos del centro en la parte segura de www.Dialysisdata.org únicamente por usuarios autorizados.

Cualquier persona puede enviar preguntas metodológicas generales mediante el formulario disponible en la pestaña "Contáctenos" en www.Dialysisdata.org.

Referencias

Andersen PK, Borgun O, Gill RD, Keiding N. Modelos estadísticos basados en procesos de conteo. Nueva York: Springer-Verlag; 1993. Véanse las páginas 334 y 406-407.

Agresti, A. Análisis de datos categóricos, segunda edición, Nueva York: John Wiley & Sons, Inc.; 2002

Collett D. Modelado de datos de supervivencia en la investigación médica. Londres, Inglaterra: Chapman y Hall; 1994. Consulte la página 153, ecuación 5.6, y la página 151, ecuación 5.1.

Hosmer, DW, Jr. y Lemeshow, S., Regresión logística aplicada, segunda edición, Nueva York: John Wiley & Sons, Inc.; 2000

Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D. Un método más preciso para estimar la tasa de filtración glomerular a partir de la creatinina sérica: una nueva ecuación de predicción.

Grupo de Estudio de Modificación de la Dieta en Enfermedad Renal. Ann Intern Med 1999; 130(6):461-470.

Salud, Estados Unidos, 2015 con artículo especial sobre disparidades de salud raciales y étnicas.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Departamento de Salud y Servicios Humanos, 99-102. <http://www.cdc.gov/nchs/hsu/contetns2015.htm#017>

Guías de práctica clínica de NKF-DOQI para la adecuación de la hemodiálisis. Fundación Nacional del Riñón. Soy J Riñón Dis. 1997 septiembre; 30 (3 suplemento 2): T15-66.

Guías de práctica clínica de NKF-DOQI para el tratamiento de la anemia por insuficiencia renal crónica. Fundación Nacional del Riñón-Iniciativa de Calidad de los Resultados de Diálisis. Soy J Riñón Dis. 30 de octubre de 1997 (4 suplemento 3): S192-240.

Directrices de práctica clínica de NKF-KDOQI para la adecuación de la hemodiálisis: actualización 2000. Am J Kidney Dis. enero de 2001; 37 (1 suplemento 1): S7-S64.

Directrices de práctica clínica de NKF-KDOQI para la anemia de la enfermedad renal crónica: actualización de 2000. Am J Kidney Dis. 37 de enero de 2001 (1 suplemento 1): S182-238.

Directrices de práctica clínica de NKF-DOQI para la adecuación de la hemodiálisis: actualización de 2006. Am J Kidney Dis. Volumen 48, Suplemento S1 (julio de 2006), páginas S2-S90

Directrices de práctica clínica de NKF-DOQI para la anemia de la enfermedad renal crónica: actualización de 2006. Am J Kidney Dis. Volumen 47, Suplemento S3, páginas 146-146 (mayo de 2006): SAS

Institute Inc. 2004. Guía del usuario de SAS/STAT 9.1. Cary, Carolina del Norte: SAS Institute Inc.: 3213-3329.

Turrene MN, Loos ME, Port FK, Emmert G, Hulbert-Shearon TE, Wolfe RA, Levine GN, Daugirdas JT, Agodoa LYC, Held PJ. El impacto de las muertes por SIDA, accidentes y drogas ilícitas en las tasas de mortalidad estandarizadas (SMR) por centro. Sistema de datos renales de EE. UU. y Universidad de Michigan, Ann Arbor. Póster presentado en la Sociedad Estadounidense de Nefrología, Nueva Orleans, LA, noviembre de 1996. Resúmenes – J Am. Soc Nephrol 1996;7:1467.

Sistema de datos renales de Estados Unidos, Informe anual de datos del USRDS de 2020: Epidemiología de la enfermedad renal en los Estados Unidos. Institutos Nacionales de Salud, Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales, Bethesda, MD, 2020.

Wolfe RA, Gaylin DS, Port FK, Held PJ, Wood CL. El uso de tablas de mortalidad generadas por el USRDS para comparar las tasas de mortalidad locales por ESRD con las tasas nacionales. Riñón Int 1992; 42: 991-96.

Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL, Ojo AO, Ettenger RE, Agodoa LYC, Held PJ, Port FK: Comparación de la mortalidad en todos los pacientes en diálisis, pacientes en espera de trasplante y receptores de un primer trasplante cadavérico. N Engl J Med 1999; 341: 1725-1730.

Wolfe RA, Ashby VB, Port FK. 1993 Índice de comorbilidad del DMMS validado mediante datos del formulario de evidencia médica. J Am Soc Nephrol 2001; 11:247A.

Liang, K. y Zeger, S. (1986). Análisis de datos longitudinales mediante modelos lineales generalizados. Biometrika, 73(1), 13-22. doi:10.2307/2336267

Zeger, S., Liang, K. y Albert, P. (1988). Modelos para datos longitudinales: un enfoque de ecuación de estimación generalizada. Biometría, 44(4), 1049-1060. doi:10.2307/2531734