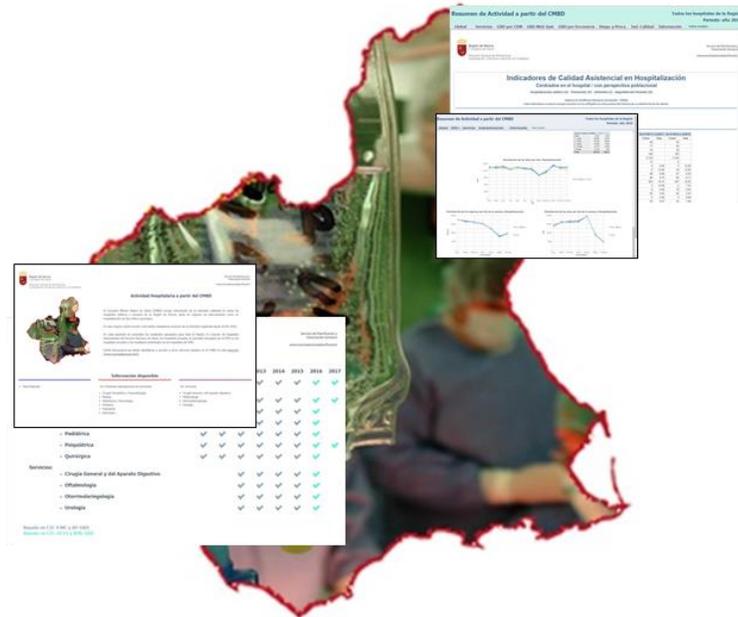




Informe regional CMBD 2017

Urología



Mayo 2019

Se pueden [consultar](#) o [descargar](#) las tablas estadísticas en las que se basa este informe.



EDITA:

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano. Consejería de Salud. Región de Murcia.

CITA RECOMENDADA:

Informe regional. CMBD, 2017. Urología. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1912. Murcia: Consejería de Salud; 2019.

Puede acceder a información relacionada en <http://www.murciasalud.es/cmbd> o solicitar una copia de este documento y/o de las tablas en formato electrónico a: cmbd@listas.carm.es.

Si desea recibir las publicaciones relacionadas que se elaboren puede mandar un correo electrónico a cmbd@listas.carm.es indicando en 'asunto': suscripción informes

© Se permite la reproducción parcial o total, siempre que se indique la fuente.

Antes de imprimir este documento, piense si es necesario. Puede ser impreso en blanco y negro.

Agradecimientos: A todos los profesionales de la salud que, al realizar su labor, han permitido la obtención de la información necesaria para la elaboración de este informe.



El Registro Regional del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) es una base de datos clínico-administrativa que recoge información individualizada sobre la actividad sanitaria y la morbilidad asistida en todos los centros hospitalarios de la Región de Murcia.

Para difundir los resultados obtenidos se elaboran anualmente diversos informes de carácter global, por divisiones y servicios asistenciales² y otros específicos de ciertos procedimientos o patologías. Este texto resume los principales resultados de la actividad asistencial relativa a los pacientes dados de alta por los servicios de Urología durante el 2017. En las tablas estadísticas, de donde se extrae la información, los datos se agrupan en cuatro bloques:

1. Todos los hospitales radicados en la Región de Murcia.
 2. Hospitales del Servicio Murciano de Salud (SMS): Agrupa a los nueve hospitales generales de agudos y al Hospital Psiquiátrico Román Alberca (este último dispone de la Unidad de pacientes agudos y de la Unidad Regional de Media Estancia).
 3. Hospitales privados: son los hospitales con una titularidad distinta a la del SMS; prestan atención a pacientes con patología aguda y de media-larga estancia.
 4. Actividad concertada por el SMS: Incluye a los pacientes atendidos en hospitales privados cuya asistencia es sufragada por el SMS. Estos pacientes también se incluyen en el apartado anterior.
- Se puede acceder a la información desagregada de los hospitales públicos.

Metodología

Fuente de la información: Unidades de Codificación de los hospitales (públicos y privados), radicados en la Región de Murcia, que remiten el CMBD de los pacientes atendidos al Registro Regional.

Hecho a estudio: altas hospitalarias producidas en el periodo estudiado, comparado con el año anterior.

Alcance de la información: Los CMBD de hospitalización con internamiento y cirugía mayor ambulatoria (CMA) están extendidos a todos los hospitales donde se prestan estas modalidades de asistencia. Los CMBD de hospital de día médico (HDM) y cirugía menor están implantados en todos los hospitales del SMS aunque su grado de codificación es variable. En pocas ocasiones los hospitales privados notifican/disponen de estas últimas modalidades asistenciales.

Contenido: Cada uno de los cuatro bloques definidos anteriormente está estructurado en siete secciones (coincidentes con las pestañas):

1. Información global: Incluye la información recibida según el tipo de CMBD. Se centra en los indicadores clásicos de hospitalización con internamiento: uso de servicios (IEMA, estancia media, estancias evitables, reingresos, mortalidad) y características demográficas de los usuarios
2. Indicadores por servicio: La información, referida exclusivamente a los pacientes hospitalizados, se reúne por servicio asistencial que da el alta al paciente. Utilizando los APR-GRD (sistema de clasificación caracterizado por agrupar a los pacientes que tienen un coste similar de la asistencia y cierta congruencia clínica) se ofrecen indicadores de gestión sobre estancia media, estancias evitables, nivel de reingresos y mortalidad. Se desagrega a los pacientes con una duración de la estancia dentro de los límites esperados (*inliers*, en inglés) en base a la norma de comparación utilizada.
3. GRD agrupados por grandes categorías diagnósticas (CDM): indicadores de gestión de los pacientes asistidos en hospitalización con internamiento y ambulatorios (CMA y HDM).
4. GRD por su carácter (médico o quirúrgico): Análogo al segundo punto, para facilitar su uso.
5. GRD por frecuencia: Se facilitan los APR-GRD más frecuentes por número de altas, estancias, mortalidad intrahospitalaria y estancias evitables.
6. Diagnósticos y procedimientos: Se listan las altas (hospitalización y hospital de día médico-quirúrgico) por frecuencia en base al diagnóstico principal (que motiva el ingreso) utilizando en este caso, no el GRD, sino la clasificación por CCS (Clinical Classifications Software). Los procedimientos codificados se dividen por la necesidad de uso de quirófano.
7. Indicadores de Calidad Asistencial (versión AHRQ) para todos los hospitales regionales y del SMS.

Se incluye un glosario de términos con las definiciones de los indicadores utilizados.

² Se realizan informes segmentados por divisiones asistenciales (Médica, Quirúrgica, Gineco-Obstétrica, Pediatría, Psiquiátrica y de Cirugía Ortopédica y Traumatología) y por servicios (Cirugía General y del Aparato Digestivo, Oftalmología, y Otorrinolaringología), todos ellos accesibles en en <http://www.murciasalud.es/cmbd>



Principales resultados³

El porcentaje global de codificación (traslado a códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades de los diagnósticos y procedimientos diagnóstico-terapéuticos de los pacientes para su posterior análisis) de los episodios ha sido el 80,3% (74,7% en los hospitales del SMS, 100% en los privados), cifra inferior a la de 2016 (82,7%). El tipo de actividad con mayor porcentaje de codificación es la cirugía mayor ambulatoria (CMA), con el 99,5% (similar al año previo), mientras que para el hospital de día médico es el 18,7% (descenso de 25,9 puntos porcentuales respecto a 2016). Estos valores reflejan la repercusión que ha tenido en los hospitales del SMS el cambio de la versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades utilizada (CIE-9-MC hasta 2015; CIE-10-ES a partir de 2016)⁴. A la hora de interpretar determinados indicadores esto debe ser tenido en cuenta, ya que influye específicamente en la tendencia del número de altas por procesos concretos (p. ej. prostatectomía transuretral), repercutiendo en menor medida en los resultados asistenciales globales (p.ej. porcentaje de reingresos por cualquier causa) [GLOBAL].

En 2017 se han recogido en el Registro del CMBD 13.254 episodios asistenciales dados de alta por los servicios de Urología en los entornos hospitalarios público y privado de la Región. Esto supone un 1,9% más que en el año anterior, registrándose en los hospitales privados un aumento de actividad del 11,7%, mientras que en el SMS ha descendido un 0,6%. El 77,9% de la actividad se ha registrado en los hospitales del SMS [GLOBAL]. La actividad realizada en los hospitales privados con financiación pública (concertada) ha sido el 13,4% del total, pero el 60,7% de los episodios asistidos en los hospitales privados han sido concertados. Si bien en 2017 se observa aumento en la actividad concertada con respecto a 2016, este es artefactual, y se debe a problemas en la notificación de la información al Registro del CMBD en 2016.

En el conjunto de todos los hospitales de la Región se han registrado 6.780 episodios con internamiento (cifra muy similar a 2016), lo que supone un 51,2% de la actividad notificada. El número total de estancias hospitalarias en 2017 ha sido 26.991 (1,0% menos que en 2016), situándose la estancia media regional en 5,31 días (5,60 el año previo) [GLOBAL columna izquierda].

El perfil de los pacientes atendidos, por edad y sexo se mantiene prácticamente sin variaciones con respecto al año previo: 78,8% varones, 61,5 años de edad media [GLOBAL].

El índice de estancia media ajustada (IEMA) compara la estancia media de un hospital o sistema sanitario con la de un sistema sanitario de referencia. En el presente informe se toma como referencia el Sistema Nacional de Salud (SNS), con los resultados recogidos por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en 2015 (últimos disponibles). El IEMA del conjunto de los servicios de Urología del sistema sanitario murciano (público y privado), calculado exclusivamente a partir de las altas de hospitalización de pacientes agudos cuya duración de la estancia entra dentro de lo esperable habitualmente (es decir, solo con las altas *inliers*) es 0,83, lo cual indica una eficiencia mayor que la del SNS [GLOBAL columna derecha]. El peso medio, que se relaciona con el coste/gravedad de los pacientes asistidos fue, para estas altas *inliers*, 0,84. Ambos indicadores presentan valores superponibles a los del año anterior. En estos “pacientes-tipo” se han evitado 4.587 estancias con respecto al funcionamiento del SNS, lo que equivale a decir que, debido a la eficiencia de los servicios de Urología de la Región de Murcia,

³ Entre corchetes [GLOBAL], pestaña de las tablas estadísticas donde se ubica la información comentada

⁴ Ver los informes “Efecto del cambio de la CIE en la codificación del CMBD. Hospitales del Servicio Murciano de Salud” para los años 2016 y 2017 (disponibles en <http://www.murciasalud.es/cmbd>)



en el año 2017 se han liberado 13 camas potencialmente utilizables para otros usos (12 camas en el año anterior) [GLOBAL columna izquierda].

La codificación mediante CIE-10-ES permite agrupar los episodios de alta hospitalaria con ingreso según su clasificación en APR-GRDs. Este sistema, a diferencia de la agrupación en AP-GRD usada previamente, introduce en cada grupo relacionado con el diagnóstico (agrupación en función del consumo de recursos y características clínicas de los pacientes) cuatro niveles de severidad (menor, moderada, mayor y extrema), que también se relacionan con el uso de recursos. En el año 2017, la proporción de altas codificadas clasificada como de severidad menor o moderada ha sido el 95,1%, siendo más alta en los hospitales privados (99,4%) y, concretamente, en las altas concertadas (100,0%), que en los hospitales del SMS (94,1%). Los porcentajes de cada nivel de severidad son en todos los casos muy similares a 2016 [GLOBAL columna izquierda].

Los servicios de Urología presentan una mortalidad intrahospitalaria baja, del 0,25% en 2017 (0,33% el año anterior), y se concentra en los hospitales del sistema público, dato coherente con el mayor grado de severidad de los pacientes atendidos en el SMS. El sistema APR-GRD permite, en la actividad con hospitalización, comparar la mortalidad intrahospitalaria registrada en los hospitales de la Región con la del sistema sanitario de referencia (SNS) mediante la razón de mortalidad estandarizada (RMA: número de veces que la registrada en nuestro sistema multiplica a la de referencia). La RMA regional es 0,25, esto es, la cuarta parte de la ocurrida en el SNS [GLOBAL columna derecha].

El motivo del ingreso (diagnóstico principal) ha sido una complicación debida a la asistencia sanitaria en el 3,9% de las altas hospitalarias (4,5% el año previo). Por otra parte, los eventos adversos de la asistencia se han registrado en cualquiera de los diagnósticos en el 8,4% de las altas (8,5% en 2016) [GLOBAL columna izquierda].

El porcentaje de pacientes que reingresaron (en el mismo hospital que les da el alta) de manera urgente antes de 30 días fue el 6,2% (2,9% en los episodios con GRD quirúrgicos, 11,2% en los episodios con GRD médico), valores similares a los del año anterior [GLOBAL columna izquierda].

El 62,3% de las altas hospitalarias codificadas se etiquetan como GRD quirúrgicos por tener codificado un procedimiento de estas características; el resto se catalogan como médicos. La estancia media prequirúrgica regional en los pacientes ingresados con cirugía programada fue de 0,31 días [GLOBAL columna izquierda].

El 91,9% de los episodios con internamiento ha sido financiado por el Servicio Murciano de Salud [GLOBAL columna derecha]. En comparación, el porcentaje del total de episodios (incluyendo también los ambulatorios) con financiación pública ha sido el 83,9%, dato que, aunque no se muestra en las tablas del informe, se ofrece aquí por su interés.

En 2017 la cirugía mayor ambulatoria ha supuesto el 26,0% de la actividad comunicada, con un total de 3.446 episodios, 179 casos más que en 2016. Este ascenso ha tenido lugar a expensas de la actividad en los hospitales privados, con un 15,1% más episodios que en el año previo, mientras que en los hospitales del SMS ha habido un descenso del 1,4%. Descontando la cirugía menor, el índice de ambulatorización (porcentaje del total de los pacientes asistidos tratados en el hospital de día médico-quirúrgico) fue, en 2017, de un 43,2%. Un 1,5% adicional de los episodios son altas tras internamiento con estancia de cero días (asimilables a procesos ambulatorios). Si además se tienen en cuenta los episodios de ingreso de un único día de duración (13,9%), el porcentaje de episodios ambulatorios o potencialmente ambulatorios es 58,5%, cifra que es inferior en los centros públicos (50,5%) con respecto a los privados (84,2%). Estos resultados son muy similares a los presentados en 2016.



Sin tener en cuenta la cirugía menor, atendiendo a la Categoría Diagnóstica Mayor (grandes agrupaciones de GRD) [GRD por CDM], las enfermedades y trastornos del riñón y vías urinarias (4.541 episodios, 9,9% de ellos asistidos ambulatoriamente) y las enfermedades y trastornos del aparato reproductor masculino (4.179 episodios, con una ambulatorización del 61,3%) son las patologías asistidas con más frecuencia.

Considerando exclusivamente los episodios con hospitalización, los tres APR-GRD que más altas han generado en 2017 (exceptuando el APR-GRD 956-no agrupable, que incluye esencialmente las altas no codificadas) se incluyen a continuación [GRD por frecuencia]:

- 446-procedimientos uretrales y transuretrales: 1.311 altas (20,2% del total). Es un APR-GRD quirúrgico que incluye diversos procedimientos realizados vía transuretral, con la excepción de la prostatectomía transuretral (p.ej. biopsia vesical, resección de lesión vesical o extracción de obstrucción de uréter o pelvis renal), así como procedimientos realizados sobre la uretra (liberación de estenosis, plastias uretrales, uretrotomía, meatotomía uretral, etc).
- 465-cálculos urinarios y obstrucción tracto urinario superior adquirido (APR-GRD médico): 840 altas (13,0% del total).
- 468-otros diagnósticos, signos y síntomas sobre riñón y tracto urinario: 502 altas (7,7% del total). Es un APR-GRD médico en el que se incluye una miscelánea de signos y síntomas inespecíficos (hematuria, retención urinaria, incontinencia urinaria, nicturia o poliuria, obstrucción urinaria...), así como patologías del aparato urinario no incluidas en otros APR-GRDs (patología de la arteria renal, nefritis, glomerulonefritis aguda o crónica, síndrome nefrótico...).

El APR-GRD que más estancias ha generado es el 446-procedimientos uretrales y transuretrales, con 4.058 estancias (20,5% del total), seguido por el 465-cálculos urinarios y obstrucción tracto urinario superior adquirido, con 2.629 estancias (13,1% del total) [GRD por frecuencia].

El epígrafe diagnóstico de la clasificación CCS (Clinical Classification Software: sistema de clasificación que agrupa códigos de la CIE en función de su significado clínico) en el que se encuadran más frecuentemente los diagnósticos codificados es “166-Otros trastornos genitales masculinos” (miscelánea de diagnósticos incluyendo, entre otros, patología prostática no neoplásica, disfunción eréctil, trastornos del prepucio y oligo/azoospermia), con 1.324 episodios (77,4% de estos asistidos ambulatoriamente), seguido por “032-Cáncer de vejiga urinaria” (1.170 episodios, 10,0% ambulatorios) y “160-Cálculo de vías urinarias” (1.007 episodios, 8,4% ambulatorios). La categoría de procedimientos (según la CCS) susceptibles de uso de quirófano más frecuentemente codificada en 2017 es “101-escisión transuretral, drenaje o eliminación de obstrucción urinaria” (1.374 episodios, 3,6% de ellos en régimen ambulatorio) [Diagnósticos y Procedimientos].

En los hospitales del Servicio Murciano de Salud, la asistencia con internamiento en los servicios de Urología queda caracterizada por una estancia media de 4,46 días (rango: 3,16 a 6,23), eficiencia conjunta superior a la del SNS (IEMA de *inliers*: 0,9) y un peso medio bruto de 0,85. El 57,2% de las altas codificadas tienen un grado de severidad menor, y en el 5,93% esta fue mayor o extrema. Todos estos indicadores presentan valores muy similares a los del año previo.

Los dos hospitales con mayor volumen de actividad son el Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena (CHUC) y el Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca (HCUVA), en los que se produjeron, respectivamente, el 19,5% y el 16,9% de las altas tras internamiento. También son los que atienden casuística de mayor complejidad, siendo los pesos



medios de los pacientes *inliers* los máximos de la Región (1,27 en el HCUVA, 1,19 en el CHUC), seguidos por los hospitales Morales Meseguer y Reina Sofía (peso medio 0,91 en ambos centros); el Morales Meseguer es el hospital que mayor proporción de altas de severidad mayor o extrema presenta (8,8%). Por otra parte, el HCUVA fue el hospital que más estancias generó (22,5% del total), con una estancia media de 5,91 días, la segunda mayor de la Región después de la del hospital Virgen del Castillo (6,23 días) [Hospitales].

Este año se incluyen por primera vez en el informe los Indicadores de Calidad Asistencial elaborados por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, Agencia Federal de los EEUU responsable de la mejora de la calidad, seguridad, eficiencia y efectividad de la atención sanitaria) de amplia difusión y uso⁵ [Ind. Calidad]. Dichos indicadores, tanto en la óptica centrada en los resultados hospitalarios como con la perspectiva poblacional, se han elaborado para el total de los hospitales existentes y para los hospitales del SMS. Debido a su formulación y a la realidad de nuestro sistema sanitario, en muchas ocasiones, más que para proporcionar objetivos de intervención y monitorización, su interés puede centrarse en un estudio de casos como eventos centinelas, hecho especialmente patente en el grupo de indicadores hospitalarios de seguridad del paciente. En la siguiente tabla se presentan algunos de los indicadores de la AHRQ relacionados con la actividad de los servicios de Urología (se han seleccionado aquellos que han presentado al menos dos casos en la Región en 2017).

Tabla. Selección de indicadores de la AHRQ. Región de Murcia, 2016-2017.

Tipo de indicador	Indicador	Región ^(*)		SMS ^(&)	
		Tasa ^(§) , (Nº de casos)		Tasa ^(§) , (Nº de casos)	
		2.017	2.016	2.017	2.016
Hospitalario	Tasa de hemorragia o hematoma perioperatoria (adultos)	0,40 (10)	0,42 (14)	0,51 (10)	0,48 (12)
	Tasa de fallo respiratorio posquirúrgico (adultos)	0,10 (2)	0,23 (7)	0,11 (2)	0,32 (7)
	Tasa de sepsis posquirúrgica (adultos)	0,10 (2)	0,20 (6)	0,06 (1)	0,27 (6)
Poblacional	Tasa de dehiscencia de la herida posquirúrgica (adultos)	0,26 (3)	0,26 (3)	0,26 (3)	0,26 (3)
	Tasa de hemorragia o hematoma perioperatoria (adultos)	1,12 (13)	1,81 (21)	1,15 (13)	1,68 (19)

(*)En el total de la Región se incluyen todos los episodios ocurridos, siendo el denominador, en los indicadores poblacionales, toda la población (padrón).

(&)En la columna “SMS” solo se incluyen los episodios financiados por el SMS y el denominador en los indicadores poblacionales es solo la población con tarjeta sanitaria.

(§)En los indicadores hospitalarios la tasa se expresa en casos por cada 100 altas. En los indicadores poblacionales la tasa se expresa en casos por cada 100.000 habitantes.

⁵ Para más información se puede consultar: <https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>