



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Planificación,
Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano

Servicio de Planificación y
Financiación Sanitaria

www.murciasalud.es/planificacion

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, 2018. División Quirúrgica. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 2007. Murcia: Consejería Salud; 2020.

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.

© 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.

61



El Registro Regional del Conjunto Mínimo Básico de Datos en Asistencia Especializada (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 informes de carácter global y otros específicos de ciertos procedimientos o patologías².

Este texto resume los principales resultados de la actividad asistencial en el año 2018. 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, que dispone de servicios de atención a 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.

También 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*³: 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 esta modalidad asistencial.

Contenido: Cada uno de los cuatro bloques definidos anteriormente está estructurado en seis 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 la referente 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.

Para el total de los hospitales regionales y del SMS y para cada uno de los hospitales del SMS existe otra pestaña con los Indicadores de Calidad Asistencial (versión AHRQ).

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

² Del total de la asistencia o segmentados por Divisiones Asistenciales (Médica, Quirúrgica, Gineco-Obstetrica, Pediátrica, de Cirugía Ortopédica y Traumatología y de Psiquiatría), accesibles en www.murciasalud.es/cmbd, también se realizan otros con la información propia de cada centro hospitalario privado (de difusión interna).

³ La División Quirúrgica incluye los Servicios de: Angiología / Cirugía Vasculard, Cirugía Cardíaca, Cirugía General y de Aparato Digestivo, Cirugía Máxilofacial, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Cirugía Torácica, Dermatología, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Unidad extracción y trasplante.



Principales resultados⁴

A principios del año 2016 se cambió el sistema de clasificación de pacientes que se utiliza para la codificación de los diagnósticos y procedimientos de los episodios asistenciales recogidos en el CMBD, de CIE-9 MC a CIE-10-ES. Este hecho ha ocasionado un descenso en el porcentaje de altas codificadas y un retraso en la recepción de la información que aún no se ha recuperado. En 2018, el descenso de la codificación es más notable en la hospitalización con internamiento del Hospital Virgen Arrixaca (porcentaje de codificación del 75,2%), Hospital Rafael Méndez (81,0%), y Complejo Hospitalario de Cartagena (88,1)⁵, y afecta al último trimestre del año. El resto de los hospitales del SMS y los hospitales privados presentan un nivel de codificación cercano al 100%.

Para la Región, el porcentaje de codificación de la hospitalización con internamiento en conjunto de servicios que se incluyen en la División Médica es del 91,5% en 2018 (91,5% en 2017 y superior al 99% antes del 2016) [GLOBAL]. Esta situación implica que, aunque el volumen de la actividad sea conocido (altas por el servicio de cirugía general y del aparato digestivo), cuando se quiera ligar a un diagnóstico específico (por ejemplo pacientes ingresados por obstrucción intestinal) puede observarse un descenso ficticio a partir de 2015. Esta situación no debe afectar a otros indicadores (por ejemplo: la estancia media de los pacientes intervenidos de colecistectomía o el porcentaje de pacientes con sepsis tras intervención quirúrgica. El porcentaje de reingresos por cualquier causa no debe de estar afectado; sin embargo, el porcentaje de las altas con reingreso con el mismo diagnóstico principal o APR-GRD/CDM también puede estar afectado debido a la ausencia del diagnóstico del reingreso.

En 2018 se han recogido en el Registro del CMBD 103.861 episodios asistidos por la División Quirúrgica en el entorno hospitalario público y privado de la Región [GLOBAL columna derecha], de los cuales un 67,6% se han atendido en los hospitales del SMS. En comparación con el año anterior se ha producido un descenso del 1,6%, en su mayor parte debido a un descenso de los episodios notificados en cirugía sin ingreso tanto en hospitales públicos como privados (y concertada), ya que la actividad con internamiento ha aumentado un 1,4%, debido al aumento de la actividad del Hospital Rafael Méndez (11,2%), posiblemente ligada al aumento de la infraestructura.

Descontando la cirugía menor (CMBD con implantación más irregular), los 39.034 episodios con internamiento suponen el 45,6% de la actividad notificada. De estos, el 72,4% se han realizado en los hospitales del SMS [GLOBAL columna izquierda]. El 82,8% del total de las altas con internamiento han sido financiadas por el Servicio Murciano de Salud. La actividad concertada supone un 12,1% del total de las altas, un 44,0% de las altas que se producen en los hospitales privados y un 14,6% de la actividad financiada por la Administración Regional. Conviene recordar que parte de la actividad concertada está realizada por profesionales del SMS en las instalaciones de los hospitales concertados.

Las estancias producidas por los pacientes dados de alta (169.952) [GLOBAL columna izquierda] son similares a las ocasionadas el año anterior. Valorando altas y estancias de manera conjunta, la estancia media hospitalaria regional es de 4,35 días (similar al año anterior, 4,41). La estancia media en los hospitales del SMS (5,2 días), un 3,9% inferior a la del año anterior (5,4). Los hospitales privados presentan una estancia media muy inferior (2,1 días), similar a la de la concertada (1,9 días). Como se verá más adelante, esta diferencia puede deberse, en parte, a dos factores: la mayor complejidad de los pacientes asistidos por el SMS y la alta frecuencia con que los pacientes asistidos en los hospitales privados permanecen ingresados un único día (el

⁴ Entre corchetes [GLOBAL], pestaña de las tablas estadísticas donde se ubica la información comentada

⁵ Más información en informes relacionados con el [efecto del cambio de la CIE en la codificación del CMBD](#).



28,1% de los pacientes intervenidos, 11,8% en los hospitales del SMS), lo que podría indicar que son tratamientos susceptibles de realizarse de manera ambulatoria.

La presión de urgencias (38,6%), como es habitual, es inferior en los servicios quirúrgicos que en los servicios médicos y menor en los hospitales privados (25,0% que en los públicos (43,8%) [GLOBAL columna izquierda]. Aunque sea un servicio eminentemente quirúrgico, los pacientes intervenidos han sido un 75,7%. La estancia media pre-quirúrgica en ‘pacientes programados’ es de 0,31 días (0,25 en 2017). El porcentaje de reingresos urgentes en el mismo hospital en los 30 días posteriores al alta se sitúa en un 4,3% (superior en los pacientes de perfil médico, 10,4%, que en los quirúrgicos 2,1%), de todas formas, valores similares a los de años anteriores. La mortalidad intrahospitalaria es del 0,7%, similar a la del año anterior [GLOBAL columna derecha].

En relación con la calidad asistencial, en un 3,8% de los informes de alta, el diagnóstico que motivó el ingreso está relacionado con complicaciones debidas a la asistencia o a los procedimientos diagnóstico/terapéuticos y/o a efectos adversos de los mismos. Si no tenemos en cuenta la posición de este código diagnóstico este porcentaje supone el 5,1% de las altas codificadas. Por último, en un 0,3% de los episodios en los que se ha desarrollado cirugía se constata una sepsis desarrollada concomitantemente.

El perfil de los pacientes atendidos en internamiento, por edad y sexo, no presenta variaciones interanuales: 51,5 años de edad media (el 30,6% de los pacientes supera los 64 años de edad), 43,4% mujeres [GLOBAL].

Se han agrupado las altas hospitalarias con los APR-GRD (all patients refined), sistema de clasificación de pacientes en función del consumo de recursos y las características clínicas de los pacientes, esta estrategia permite conocer el IEMA y el peso medio.

Uno de los indicadores de la eficiencia de un hospital o de un sistema sanitario es el IEMA, que se calcula con las altas que han tenido una estancia dentro de los márgenes esperados (son los denominados en inglés inliers, lo que implica no tener en cuenta los pacientes de media-larga estancia, ni los pacientes agudos con una estancia inhabitualmente prolongada) [GLOBAL columna derecha]. Un valor de IEMA inferior a uno implica una mayor eficiencia. Si tomamos como referencia (estándar) los resultados de los hospitales españoles recogidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2015 (último disponible), el IEMA del Sistema Sanitario Murciano (público y privado) es 0,85 (similar en los hospitales del SMS). La estancia media de estos pacientes ‘tipo’ es de 3,6 días, similar a la del año anterior.

El peso medio de las altas es de 0,95 [GLOBAL columna izquierda], similar al del año anterior. El peso medio se relaciona con el coste/gravedad de los pacientes asistidos (solamente puede aplicarse a los procesos de pacientes agudos internados) y es superior en los hospitales del SMS (1,03) frente a los hospitales privados (0,76 y 0,72 en la concertada), lo que orienta a que los pacientes asistidos en los centros privados presentan un nivel de gravedad inferior y sería congruente con la menor estancia media.

Los APR-GRD (a diferencia de la agrupación con AP-GRD usada previamente) introducen, en cada grupo, cuatro niveles de severidad (menor, moderada, mayor y extrema), que también se relacionan con el uso de recursos [GLOBAL columna izquierda]. En el año 2018, el 4,2% de las altas hospitalarias con internamiento han sido clasificadas como de severidad mayor o extrema (4,5% en el año anterior), este tipo de altas suponen el 5,5% del total en los hospitales del SMS y el 1,0% en los privados (0,4% en la concertada), lo que reafirma los argumentos expuestos anteriormente.



Descontando la cirugía menor, en los últimos cinco años, la actividad notificada al CMBD por parte de los Servicios Quirúrgicos ha aumentado un 5,2%, gracias a un aumento similar de la actividad de cirugía ambulatoria y a la de internamiento. Este crecimiento se ha apoyado en la concertada (10,3% de aumento) que superó al generado por los hospitales del SMS (4,8%). El índice de ambulatorización (porcentaje del total de los pacientes asistidos tratados en el hospital de día médico-quirúrgico) fue de un 54,4% (55,3% en 2017), siendo otro 2,5% (2,3% en 2017) de los episodios, altas tras internamiento con estancia de cero días (asimilables a procesos ambulatorios) [\[GLOBAL columna izquierda\]](#).

Otro grupo de pacientes a monitorizar son aquellos que permanecen ingresados un único día, dado que en gran parte han sido intervenidos por patologías susceptibles de ser tratadas ambulatoriamente, y la corta estancia puede deberse a motivos administrativos, este grupo supuso un 15,5% del total de los pacientes asistidos en 2018 (15,2% en 2017). Sumando los tres grupos comentados (ambulatorios, estancias ‘cero’ días y estancias de un día), un 72,4% de los pacientes han sido tratados ambulatoriamente o con un internamiento menor a dos días. Este indicador resumen es del 61,8% en los hospitales del SMS y del 91,3% en los hospitales privados. En la concertada es de un 95,7% (75,2% intervenidos en CMA, 4,5% con estancia ‘cero días’ y 16,0% con estancia de un día).

Sin incluir la cirugía menor y teniendo en cuenta que el descenso en la codificación afecta a estos resultados, por grandes agrupaciones diagnósticas, las enfermedades y trastornos del ojo (19.106 episodios, 22,3% del total, 18.460 episodios en 2017) son las patologías más frecuentes, con una ambulatorización del 98,1% [\[GRD por CDM\]](#). Le siguen las enfermedades del aparato digestivo (12.350 episodios 14,4% del total y 27,3% de ambulatorización) y las enfermedades de la piel, tejido subcutáneo y de la mama (12.155, 14,2% del total y 62,5% de ambulatorización).

Los tres APR-GRD que más altas han computado en internamiento han sido el 263 (colecistectomía laparoscópica) con 2.621 altas, el 363 (procedimientos sobre mama excepto mastectomía) con 2.315 y el 228 (procedimientos sobre hernia inguinal, femoral y umbilical) 2.280 altas [\[GRD por frecuencia\]](#). Por otra parte, el APR-GRD 221 (procedimientos mayores de intestino delgado y grueso) es el que consume un mayor número de estancias (12.237 estancias y 1.077 altas); seguido del 263 (colecistectomía laparoscópica, 6.165 estancias y 2.621 altas) y el 225 (apendicectomía, 5.152 y 1.557).

Desde el año pasado se incluyen los Indicadores de Calidad Asistencial elaborados por la 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 uso. Se han elaborado para el total de los hospitales existentes, para el conjunto de los hospitales del Servicio Murciano de Salud y desagregados para cada uno de estos últimos. En este caso hay que hacer notar que los indicadores de ámbito territorial se refieren a los pacientes residentes en el Área de Salud independientemente del hospital donde hayan sido asistidos. Debido a su formulación y al estado de nuestro sistema sanitario, en muchas ocasiones, más que para proporcionar objetivos de intervención y/o utilizarse en la monitorización, su interés puede centrarse en un estudio de casos como eventos centinelas, como ya se observaba en la década pasada tanto en los indicadores de hospital como por área de salud. Aunque, también, hay que tener en cuenta que la elaboración de estos indicadores está muy influenciada por la exhaustividad del informe clínico de alta y que mejorará su sensibilidad cuando se consolide el marcador POA (presente en la admisión) que identifica los eventos ocurridos a lo largo el ingreso y se recupere el descenso en el número de diagnósticos codificados identificado tras el inicio del uso de la CIE-10-ES [\[Indicadores de Calidad\]](#).