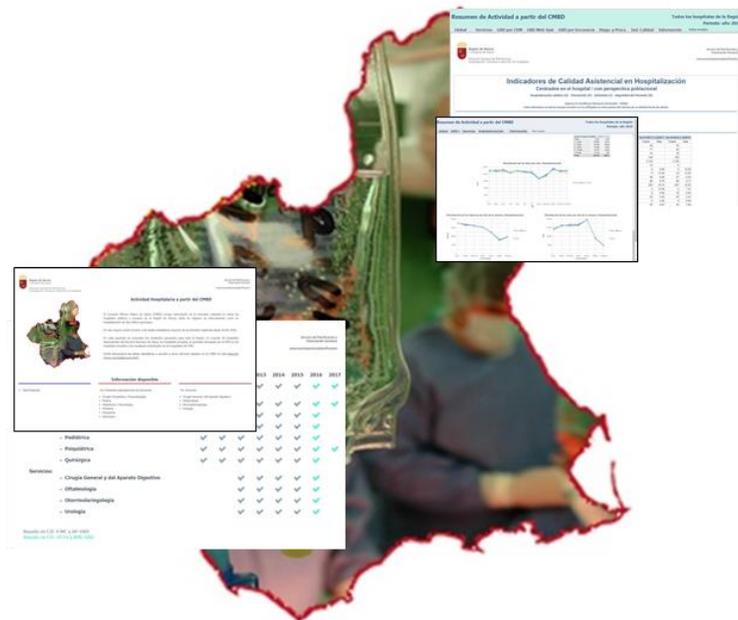




# Informe regional CMBD 2017

## *Cirugía Ortopédica y Traumatología*



Enero 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. Cirugía Ortopédica y Traumatología. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1902. 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](mailto:cmbd@listas.carm.es).

Si desea recibir las publicaciones relacionadas que se elaboren puede mandar un correo electrónico a [cmbd@listas.carm.es](mailto: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 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<sup>2</sup> 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 Cirugía Ortopédica y Traumatología 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 esta modalidad asistencial.

*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 atendidos 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.

<sup>2</sup> También se realizan otros con la información propia de cada centro hospitalario privado (de difusión interna) y, globales, segmentados por Divisiones Asistenciales (Médica, Quirúrgica, Gineco-Obstetrica, Pediátrica, de Cirugía Ortopédica y Traumatología y de Psiquiatría), accesibles en [www.murciasalud.es/cmbd](http://www.murciasalud.es/cmbd)



## Principales resultados<sup>3</sup>

El porcentaje global de codificación (traslado a códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades los diagnósticos y procedimientos diagnóstico-terapéuticos de los pacientes para su posterior análisis) de los episodios ha sido el 95,6% (1,8% superior al año anterior), siendo distinto en los hospitales públicos (90,4%) y en los privados (prácticamente 100%). Esta diferencia refleja 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)<sup>4</sup>. El tipo de actividad menos afectado ha sido la Cirugía Mayor Ambulatoria, con un 99,6% de episodios codificados.

En 2017 se han recogido en el Registro del CMBD un total de 28.031 episodios asistenciales dados de alta por los Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) de la Región (2,6% más que en el año anterior), el 45,1% de ellos en los hospitales del SMS. El 62,1% de los episodios asistidos en los hospitales privados lo ha sido con financiación del SMS (concertada) y parte de esta actividad está realizada por profesionales del SMS que se trasladan a estos centros para utilizar sus instalaciones [GLOBAL].

La asistencia hospitalaria con internamiento supone un 67,8% de los episodios notificados (18.994 altas en 2017) y presenta un aumento del 1,4% en relación con el año anterior [GLOBAL columna izquierda], fundamentalmente a expensas de la actividad en los hospitales privados (aumento del 2,0%). El aumento observado en la actividad concertada en 2017 es artefactual, y se debe a problemas en la notificación de la información al Registro del CMBD en 2016. El 48,4% de la actividad se realiza en los hospitales del SMS, que financia el 75,4% del total de las altas regionales (la concertada supone un 30,1% del total). Un 88,0% de los episodios se etiquetan como GRD quirúrgicos por tener codificado un procedimiento de estas características.

Las estancias producidas en 2017 (80.194) aumentan un 8,1% en comparación con el año anterior, con una estancia media regional de 4,2 días (aumento del 2,4% respecto a 2016). En los hospitales del SMS (5,9 días) esta es superior a los privados (2,7 días; 3,2 en la concertada). Comparando con 2016, hay un leve incremento entre los primeros, (2,4%) y mucho mayor en los hospitales privados con un 17,2% (3,2% en la concertada) [GLOBAL columna izquierda].

El índice de estancia media ajustada (IEMA) compara la estancia media en los pacientes *inliers* (esto es, excluyendo los pacientes de media-larga estancia y los pacientes agudos con una estancia inhabitualmente prolongada) del conjunto de los Servicios de COT del Sistema Sanitario Murciano (público y privado) con el Sistema Nacional de Salud (SNS). Se toman como referencia los resultados del SNS recogidos por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en 2015 (últimos disponibles). El IEMA del conjunto de la Región de Murcia en 2017 ha sido 0,78, lo que indica mayor eficiencia que en el SNS. En total en los *inliers* se han producido 16.098 estancias evitadas (0,7% más que en 2016), lo que equivale a decir que en el año 2017 los servicios de COT de la Región de Murcia han liberado, con respecto al sistema de referencia, 44 camas que son potencialmente utilizables para otros usos [GLOBAL columna izquierda].

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

<sup>4</sup> 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>)



El peso medio de las altas (que se relaciona con el coste/gravedad de los pacientes asistidos) es de 1,09, similar al del año anterior. En los pacientes asistidos en los hospitales del SMS (1,20 en 2017, igual que en el año anterior) es superior al de los hospitales privados (0,99 en 2017 y 0,96 en 2016), teniendo unos valores intermedios el peso de la concertada (1,09 y 1,05) [GLOBAL columna izquierda].

La codificación mediante CIE-10-ES permite agrupar los episodios de alta hospitalaria con ingreso según su clasificación en APR-GRDs (APR: all patients refined). 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 [GLOBAL columna izquierda]. En el año 2017 el 80,9% de las altas hospitalarias codificadas han sido clasificadas como de severidad menor, siendo esta proporción inferior en los hospitales del SMS (69,0%) que en los privados (91,0%; 91,5% en la actividad concertada). Las altas de gravedad clasificadas como “menor” constituyen el 71,6% de las estancias evitadas.

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 mediante la razón de mortalidad estandarizada (RMA: número de veces que la registrada en nuestro sistema multiplica a la de referencia) [GLOBAL columna derecha]. En 2017 la mortalidad intrahospitalaria en el conjunto de hospitales de la Región ha sido del 0,85% (similar al año anterior). La RMA es 1,24; esto supone, globalmente, una mayor mortalidad que en el sistema de referencia. Los hospitales del SMS presentan mayor mortalidad intrahospitalaria (1,57%) que los privados (0,20%, 0,31% en la concertada). De forma similar, la RMA es superior en los hospitales públicos (1,25 vs. 1,16 en los privados).

En 2017 se han atendido en el hospital de día (quirúrgico - CMA y médico) 8.570 episodios, que constituyen el 31,1% del total de la actividad registrada, siendo esta cifra similar en los episodios agrupados en GRD médico (31,5%) y en los de GRD quirúrgico (32,1%). Otro 8,0% adicional se ha realizado en hospitalización con internamiento pero sin causar ninguna estancia, circunstancia que es equiparable al tratamiento ambulatorio. Por último un 22,1% de los pacientes estuvieron un solo día internados [GLOBAL columna izquierda]. En los hospitales del SMS la suma de los episodios ambulatorios más la hospitalización con estancia igual a 0 ó 1 días es el 46,0%, mientras que en los hospitales privados supone el 92,2%.

Teniendo en cuenta el estilo de la ambulatorización, la menor estancia media, el menor peso y la menor RMA, el perfil de los hospitales privados es compatible con una menor gravedad de sus pacientes.

El nivel de reingresos (en el mismo hospital que les da el alta) urgentes en los primeros 30 días tras el alta (1,8% en el total, 1,12% en los episodios con GRD quirúrgicos, 6,0% en los episodios con GRD médico) se mantiene estable respecto a 2016 [GLOBAL columna izquierda].

El perfil de los pacientes atendidos en internamiento, por edad y sexo, no presenta variaciones interanuales: 54,3 años de edad media (el 35,7% de los pacientes supera los 64 años de edad), 50,5% mujeres.

La estancia media prequirúrgica en los pacientes programados fue de 0,19 días, superior en los hospitales del SMS (0,40) a los privados (0,04, 0,09 en la concertada) [GLOBAL columna izquierda].



Sin tener en cuenta la cirugía menor, atendiendo a la Categoría Diagnóstica Mayor (grandes agrupaciones de GRD) [GRD por CDM], la patología del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo (21.920 episodios) y las enfermedades y trastornos del sistema nervioso (2.806 episodios) son las patologías asistidas con más frecuencia.

Considerando exclusivamente los episodios con hospitalización, los 3 APR-GRD que más altas han generado en 2017 se incluyen a continuación. [GRD por frecuencia]:

- 313-procedimientos sobre rodilla y parte inferior de la pierna excepto pie (excluye sustitución de la articulación): 3.269 altas (17,9% del total de altas),
- 315-procedimientos sobre hombro, codo y antebrazo: 2.224 altas (12,2% del total) y
- 302-sustitución articulación rodilla: 2.005 altas (11,0% del total).

Más del 99% de las altas de estos GRDs presentan una severidad menor o moderada.

El GRD que más estancias ha generado (9.844 días, equivalente a 27 camas ocupadas diariamente) ha sido el 308 (procedimientos sobre cadera y fémur exc. articulación mayor por trauma). El GRD 340 (fracturas de fémur) es el que ha registrado mayor número de éxitos (48) [GRD por frecuencia].

La categoría diagnóstica de la clasificación CCS (Clinical Classification Software: sistema de clasificación que agrupa códigos de la CIE en función de su significado clínico) en la que se encuadran más frecuentemente los diagnósticos codificados es “203-Osteoartritis” (3.334 episodios, 94,7% de ellos con internamiento), seguido por “225-Trastornos articulares y luxaciones relacionadas con traumatismo” (3.227 episodios, 74,5% con internamiento). La categoría de procedimientos (según la CCS) susceptibles de uso de quirófano más frecuentemente codificada en 2017 es “162-otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre articulaciones” (entre los que se encuentran artrodesis y retirada de material de osteosíntesis, entre otros), con 4.644 episodios (76,8% con internamiento). La segunda más codificada es “006-descompresión de nervio periférico” (2.821 episodios, 11,2% con internamiento) [Diagnósticos y Procedimientos].

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 uso [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 al estado 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. Entre los indicadores medidos, tienen relación más estrecha con la actividad de la división de COT los siguientes (se dan las cifras del total regional):

- Mortalidad en reemplazo de cadera (1 caso, igual que en 2016)
- Tasa de mortalidad intrahospitalaria en fractura de cadera (7,1 por 100 altas, 6,21 en 2016)
- Tasa de laminectomía o fusión espinal (60,8 por 100.000 habitantes, 47,5 en 2016)