





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](http://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 de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 2003. 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](mailto: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.



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 patologías<sup>2</sup>.

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:* 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 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.

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.

<sup>2</sup> 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](http://www.murciasalud.es/cmbd), también se realizan otros con la información propia de cada centro hospitalario privado (de difusión interna).



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

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 74,9%), Rafael Méndez (71,3%) y Complejo Hospitalario de Cartagena (85,9)<sup>4</sup>, 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 Traumatología es del 95,7% en 2018 (95,6% 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 traumatología), cuando se quiera ligar a un diagnóstico específico (por ejemplo en el número de prótesis de rodilla insertadas) puede observarse un descenso ficticio a partir de 2015. Esta situación no debe afectar a los indicadores elaborados (por ejemplo: la estancia media de los pacientes con implantación de prótesis de cadera o el porcentaje de reingresos por cualquier causa de los pacientes dados de alta tras una fractura de fémur). El porcentaje de los reingresos cuando se desea que tengan el mismo diagnóstico principal o APR-GRD/CDM y se estudia en los hospitales con menor codificación o en cualquier hospital de la Región independientemente del que da el alta también puede estar afectado.

En 2018 se han recogido en el Registro del CMBD 29.611 episodios asistidos en los Servicios de Traumatología en el entorno hospitalario público y privado de la Región [GLOBAL columna derecha]. En comparación con el año anterior se ha producido un aumento del 4,2%, en su mayor parte debido a un aumento de la cirugía ambulatoria (12,9%) en la mayor parte de los hospitales del SMS (aumento conjunto del 21,8%).

La asistencia hospitalaria con internamiento (19.183 altas) supone el 64,8% de los episodios notificados y presenta un aumento del 1% en relación con el año anterior [GLOBAL columna izquierda] y del 9,7% en los últimos cinco años (aunque, en este último periodo, el aumento de la CMA ha sido superior, 34,3%). Este crecimiento se concentra en los hospitales Reina Sofía y Rafael Méndez. El SMS sufraga el 75,2% del total de la actividad, mientras que en sus hospitales se producen el 48,8% de las altas, la actividad concertada tiene una importante presencia (29,9% de las altas con internamiento), para su correcta interpretación hay que tener en cuenta que con frecuencia se realiza con personal propio del SMS en otros hospitales de los cuales solo se utilizan las instalaciones.

Las estancias producidas por los pacientes dados de alta (76.059) disminuyen un 5,1%, aunque el número de altas haya aumentado. Valorando ambos datos de manera conjunta, la estancia media hospitalaria regional es de 4,0 días (inferior a la del año 2017, 4,2). La estancia media en los hospitales del SMS (5,6 días) es superior a la de los hospitales privados (2,4), pero en ambos desciende en comparación con el año anterior.

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

<sup>4</sup> Para más información, se puede consultar los informes relacionados con el [efecto del cambio de la CIE en la codificación del CMBD](#).



La presión de urgencias (38,6%), como es frecuente, es inferior en los servicios quirúrgicos que en los servicios médicos. Aunque sea un servicio eminentemente quirúrgico, los pacientes intervenidos han sido un 75,8%. La estancia media pre-quirúrgica en ‘pacientes programados’ es de 0,35 días (0,25 en 2017). La mortalidad intrahospitalaria del 0,7 (0,7% 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.

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), 50,5% mujeres.

Por último, debe tenerse presente que 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, en el conjunto de todos los diagnósticos codificados este porcentaje se eleva al 7,7%.

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 en base a la distribución estadística de un estándar (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 (la eficiencia en la asistencia a estos pacientes del conjunto del Sistema Sanitario Murciano (público y privado)) es 0,85 (0,91 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 1,12, similar al del año anterior. El peso medio se relaciona con el coste/gravedad de los pacientes asistidos y es superior en los hospitales del SMS (1,24) frente a los hospitales privados (1,02 y 1,12 en la concertada), lo que orienta a que los pacientes asistidos en los centros privados presentan un nivel de gravedad inferior, que 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 1,9% de las altas hospitalarias con internamiento han sido clasificadas como de severidad mayor o extrema (2,0% en el año anterior), este tipo de altas suponen el 3,7% del total en los hospitales del SMS y el 0,3% en los privados, lo que reafirma la idea expuesta en el párrafo anterior.

En los últimos cinco años, la actividad notificada al CMBD por parte de los Servicios de Traumatología ha aumentado un 16,1%, gracias a un aumento de la actividad de cirugía ambulatoria (34,3%) superior a la de internamiento (9,7%). Este crecimiento se ha apoyado en la concertada (38,2% de aumento) que superó al generado por los hospitales del SMS (4,2%).



La importancia que está adquiriendo la actividad del hospital de día médico-quirúrgico también se ve reflejada en el hecho de que más del 34,0% de la actividad notificada se origina en la cirugía ambulatoria (27,5% en los hospitales del SMS, 39,3% en los privados y hasta el 42,8% en la concertada), además, un 7,2% adicional son pacientes internados que no pernoctan en el hospital ('estancias cero') y otro 21,6% de los pacientes pernoctan una sola noche. En resumen un 62,8% de las situaciones se tratan de manera ambulatoria o con menos de una estancia en el hospital.

Sin tener en cuenta la cirugía menor, atendiendo a la Categoría Diagnóstica Mayor (grandes agrupaciones de GRD) [GRD por CDM], la patología del sistema músculo-esquelético y del tejido conectivo (22.853 episodios, 26,7% ambulatorios) y las enfermedades y trastornos del sistema nervioso (3.327 episodios, 90,7% ambulatorios) son las patologías asistidas con más frecuencia.

Y entrando a nivel de GRD, los 3 APR-GRD que más altas han generado en 2018 se han sido [GRD por CDM]:

- 026 Otros procedimientos del sistema nervioso y relacionados (Síndrome del túnel carpiano y procesos similares) con 3.247 episodios, 92,3% ambulatorios (2,5% adicional con estancia 0 días).
- 313 Procedimientos sobre rodilla y parte inferior de la pierna excepto pie (excluye sustitución de la articulación) con 4.211 altas, 20,2% ambulatorias y 19,1% estancias 0.
- 316 Procedimientos sobre mano y muñeca con 2757 altas, 63,8% ambulatorios y 7,2% con estancia cero días.

Por otra parte, si utilizamos la clasificación de los CCS (Clinical Classification Software: sistema de clasificación que agrupa códigos de la CIE exclusivamente en base a su significado clínico) la patología asistida más frecuente es la osteoartritis (3.463 episodios), los trastornos articulares y luxaciones relacionadas con traumatismos (3.402 episodios) y 'otras enfermedades del tejido conectivo (3.395 episodios) [Diagnósticos y Procedimientos].

El año pasado se incluyeron 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 [Indicadores de Calidad], 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. Hay que hacer constar que los resultados de estos indicadores están muy influenciados por la calidad de los informes de alta; pueden estar afectados por el descenso en la media de los diagnósticos codificados, causados por los problemas ya comentados, en estos últimos tres años, y que en este informe solo se reflejan los de los pacientes dados de alta por los servicios de traumatología, por lo tanto, en ocasiones los resultados que se publican en el informe del total de la actividad regional pueden reflejar de manera más adecuada la realidad. 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, como ya se observaba a finales de la primera década de este siglo tanto en los indicadores de hospital como por área de salud.