



Región de Murcia
Consejería de Salud

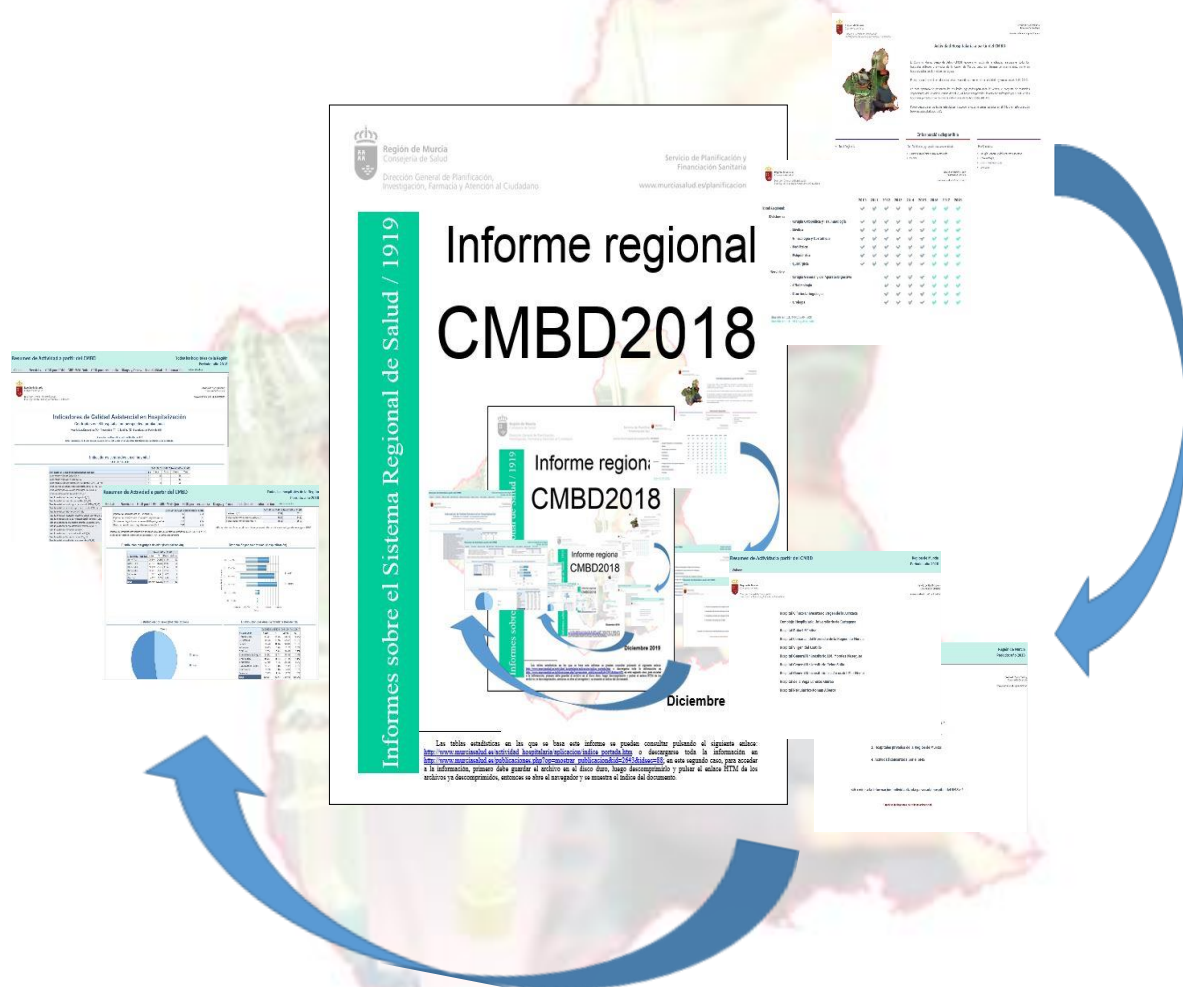
Dirección General de Planificación,
Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano

Servicio de Planificación y
Financiación Sanitaria

www.murciasalud.es/planificacion

Informes sobre el Sistema Regional de Salud / 2006

Informe regional CMBD 2018



División Médica

Febrero 2020

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, 2018. División Médica. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 2006. 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.



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, Pediatría, 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 Médica incluye los Servicios de: Alergología, Anestesia y Reanimación, Cardiología, Digestivo, Geriátrica, Endocrinología, Hematología, Medicina Interna, Medicina Intensiva, M. Nuclear, Nefrología, Neurofisiología, Neumología, Neurología, Oncología Médica y Radioterápica, Radiología, Reumatología y Unidad de larga estancia.



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 Rafael Méndez (porcentaje de codificación del 71,2%), Virgen Arrixaca (73,6%) y Complejo Hospitalario de Cartagena (87,1)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 87,8% en 2018 (89,3% en 2017 y superior al 99% antes del 2015) [GLOBAL]. Esta situación implica que, aunque el volumen de la actividad sea conocido (altas por el servicio de cardiología), cuando se quiera ligar a un diagnóstico específico (por ejemplo pacientes ingresados por sepsis adquirida en la comunidad) 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 con gripe o el porcentaje de pacientes con angor sin coronariografía). 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 (por no estar codificado).

En 2018 se han recogido en el Registro del CMBD 160.905 episodios asistidos por la División Médica 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 4,5%, en su mayor parte debido a procesos de optimización de la extracción de la información más que al aumento de la actividad propiamente dicha, salvo en el caso del internamiento. Del total de los episodios, 82.985 (51,6% del total) corresponden a la actividad realizada en el hospital de día médico, el menos codificado por lo que no se puede extraer información. Otros 70.378 episodios (43,7%) se corresponden con altas tras internamiento (incluyen la media y larga estancia), que presentan un aumento del 1,1% con respecto al año previo.

De los episodios con internamiento, el 87,1% [GLOBAL columna izquierda] se han realizado en los hospitales del SMS. Por otra parte, el 90,5% del total de las altas ha sido financiado por la Administración Pública. La actividad concertada supone un 5,4% del total de las altas, un 41,9% de las altas que se producen en los hospitales privados y un 6,0% de la actividad financiada por la Administración Regional.

Las estancias producidas por los pacientes dados de alta (815.549) [GLOBAL columna izquierda] disminuyen un 1,7%, aunque este dato es poco valorable al incluir la larga estancia. Valorando altas y estancias de manera conjunta, la estancia media hospitalaria regional es de 11,5 días (similar al año anterior). La estancia media en los hospitales del SMS (7,7 días), por definición de pacientes agudos, es similar a la del año anterior e inferior a la de los hospitales privados (37,5, muy influenciada por la larga estancia) y a la de la concertada (82,1 días).

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.

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](#).



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 1,01 (similar en los hospitales del SMS). La estancia media de estos pacientes 'tipo' es de 6,4 días, similar a la del año anterior.

El peso medio de las altas es de 0,98 [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 pacientes agudos) y es superior en los hospitales del SMS (1,01) frente a los hospitales privados (0,77 y 0,82 en la concertada), lo que orienta a que los pacientes asistidos en los centros privados presentan un nivel de gravedad inferior.

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 26,4% de las altas hospitalarias con internamiento han sido clasificadas como de severidad mayor o extrema (25,1% en el año anterior), este tipo de altas suponen el 28,1% del total en los hospitales del SMS y el 16,1% en los privados (26,5% en la concertada), lo que reafirma la idea expuesta en el párrafo anterior.

El perfil de los pacientes atendidos en internamiento, por edad y sexo, no presenta variaciones interanuales: 54% varones; 67,3 años de edad media (71 de edad mediana, el 62,5% superan los 64 años de edad).

La presión de urgencias (82,7%) es superior a la de los servicios quirúrgicos, como es habitual. Aunque se trata de la División Médica, un 10,4% de los pacientes que dan de alta han sido sometidos a un procedimiento quirúrgico.

La mortalidad intrahospitalaria es del 8,7% (8,5% en 2017), inferior en los hospitales del SMS (8,1%) a los privados (13,4%) y a la concertada (25,5%), debido, probablemente a la tipología de los pacientes derivados. La mortalidad intrahospitalaria por ciertas patologías (Enfermedad Cerebro Vascular, 17,8%; Insuficiencia Cardíaca, 12,1%; Neumonía adquirida en la comunidad, 9,7%; Infarto Agudo de Miocardio, 6,0% y EPOC 4,8%) se sitúa dentro de los límites habituales en regiones limítrofes [GLOBAL columna derecha].

El porcentaje de reingresos urgentes en el mismo hospital en los 30 días posteriores al alta se sitúa en un 12,0% (12,6% en el SMS), valores similares a los de años anteriores. El nivel de los reingresos por Enfermedad Cerebro Vascular, 5,7%; Insuficiencia Cardíaca, 19,9%; Neumonía adquirida en la comunidad, 11,0%; Infarto Agudo de Miocardio, 5,5% y EPOC 19,2%, también se sitúa dentro de los valores habituales.

Por último, en un 1,5% 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 supone el 5,1%.



Sin tener en cuenta la cirugía menor, atendiendo a la Categoría Diagnóstica Mayor (grandes agrupaciones de GRD) y excluyendo la CDM 00 (que incluye básicamente los episodios no codificados [\[GRD por CDM\]](#), las Enfermedades y Trastornos del Aparato Respiratorio (14.880 episodios, 4,5% ambulatorios), los Trastornos Mieloproliferativos y Neoplasias mal diferenciadas (14.477 episodios, 90,72% ambulatorios, la categoría, probablemente más afectada por la infracodificación) y las Enfermedades y Trastornos del Aparato Circulatorio (13.544 episodios; 2,3% ambulatorios) son las patologías asistidas con más frecuencia.

Y por APR-GRD, los 3 que más altas han generado en 2018 se han sido [\[GRD por CDM\]](#):

- ☐ 693 Quimioterapia. Con 11.465 episodios, 96,0% ambulatorios.
- ☐ 144 - Otros diagnósticos menores, signos y síntomas de aparato respiratorio: `[GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por signos y síntomas respiratorios inespecíficos (como hemoptisis, tos, hiperventilación o distress respiratorio del adulto) o determinadas enfermedades respiratorias no incluidas en otros APR-GRDs (como infección respiratoria, atelectasia, nódulo pulmonar, o cuerpo extraño en traquea o bronquio)]. Con 3.767 episodios, el 99,7% no ambulatorios.
- ☐ 194 Insuficiencia cardíaca: Con 3.200 episodios, 99,8% no ambulatorios.

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 vuelve a ser la necesidad de quimio/radioterapia (CCS 045), seguida del CCS 133 (Otra enfermedad de las vías respiratorias inferiores) y del 122 (Neumonía) [\[Diagnósticos y Procedimientos\]](#).

El procedimiento que necesita quirófano realizado con mayor frecuencia es la Angioplastia coronaria y el que no lo necesita es la administración de quimioterapia [\[Diagnósticos y Procedimientos\]](#).

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 del ingreso y se recupere el descenso en el número de diagnósticos codificados identificado tras el inicio del uso de la CIE-10-ES [\[Indicadores de Calidad\]](#).