

Altas hospitalarias registradas en la Comunidad de Madrid

NOTA METODOLÓGICA

1. **Tipología de las altas hospitalarias**
2. **Diagnósticos en las altas hospitalarias**
3. **Diagnóstico principal al alta de neoplasia maligna**
4. **Estancias medias hospitalarias**
5. **Abortos**
6. **Trasplantes**

El Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) es una fuente de información normalizada que contiene datos clínico-epidemiológicos sobre la morbilidad atendida mediante hospitalización y cuya explotación está incluida en el Plan Estadístico Nacional.

En 1981 la Comunidad Económica Europea definió el CMBD como “un núcleo de información mínimo y común sobre los episodios de hospitalización” y el Consejo de Europa lo incluyó como parte integrante del sistema de información hospitalario. En España, esta normativa entra en vigor en 1987 tras su aprobación por el Consejo Interterritorial para los hospitales del Sistema Nacional de Salud, mientras que en la Comunidad de Madrid es regulado por el Decreto 89/1999 tanto para hospitales públicos como privados. El desarrollo de esta base de datos que integra y coordina toda la información proporcionada por los diferentes centros hospitalarios ha supuesto un indudable avance en el conocimiento de los parámetros sanitarios de nuestra comunidad.

A partir del fichero del CMBD cedido por Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud, el Área de Estadísticas Sociales del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid realiza una explotación de este extenso registro administrativo. Este trabajo consiste en una serie de tablas generales con información sanitaria que complementa la disponible en el ámbito de la salud en la Comunidad de Madrid. A diferencia de la mayoría de las explotaciones realizadas con el CMBD, esta pretende tener un marcado carácter descriptivo y hacer esta información más accesible a cualquier usuario no especialista en medicina.

Además de contar con las ventajas propias de la utilización de un registro administrativo para la obtención de estadísticas de interés (bajo costo, cobertura completa de la población, ausencia de errores de muestreo, mayor posibilidad de desagregación...), la explotación del CMBD resulta especialmente interesante y sencilla, ya que desde su definición fue concebido como un registro homogéneo para ser utilizado también como fuente de información estadística.

En esta explotación se ha dividido la información obtenida en 6 bloques diferenciados:

1. Tipología de las altas hospitalarias
2. Diagnósticos en las altas hospitalarias
3. Diagnóstico principal al alta de neoplasia maligna
4. Estancias medias hospitalarias
5. Abortos
6. Trasplantes

1. Tipología de las altas hospitalarias

La base de datos CMBD está compuesta por una serie de informaciones para cada alta hospitalaria que se produce en los centros hospitalarios de la Comunidad de Madrid en un periodo determinado. Se entiende por alta hospitalaria “la salida de un paciente previamente ingresado en el hospital, dejando de ocupar una cama de hospitalización en el centro, independientemente de la forma de salida (traslado a otro centro, alta voluntaria, fuga, etc.) o el estado del paciente (curación, mejoría, fallecimiento, ...).”

Por lo tanto, la tabulación se realiza a las altas hospitalarias u hospitalarias con atención ambulatoria producidas desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre, independientemente de la fecha de su ingreso hospitalario. Entendiendo que un mismo paciente puede haber producido varias altas a lo largo de un año natural.

Se hace diferencia entre alta hospitalaria y alta hospitalaria con atención ambulatoria. Por alta hospitalaria con atención ambulatoria se entiende “Salida de un paciente al que se le ha efectuado un procedimiento quirúrgico programado realizado en quirófano de forma ambulatoria, o técnicas diagnósticas y terapéuticas especiales, u otros tratamientos diurnos que no requieren ingreso hospitalario previo.”

Desde el año 2012 ya se dispone de datos de altas hospitalarias con atención ambulatoria en centros privados.

- **Variables utilizadas:** (Más información en <http://cmbd.sanidadmadrid.org/>)

- **Diagnóstico principal**

Afección que tras el estudio necesario se establece que fue la causa del ingreso de acuerdo con el criterio del servicio clínico o facultativo que atendió al paciente, aunque durante su estancia hayan aparecido complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes que se consignarán como diagnósticos secundarios. La codificación clínica de diagnósticos y procedimientos se realiza con la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión Modificación Clínica.

- **Tipo de ingreso general**

- **Urgente**

El ingreso urgente es el que no cumple los requisitos del programado y ha sido atendido habitualmente en el área de urgencias, no obstante, un ingreso urgente también puede derivarse del área de consultas externas, o en el transcurso de una prueba diagnóstica. Se realiza con una orden de ingreso urgente. Se incluyen en este concepto los partos no programados, los recién nacidos patológicos, los ingresos por orden judicial y los pacientes atendidos en cirugía ambulatoria que requieran ingresos en una cama de hospitalización.

- **Programado**

Se considera ingreso programado el concertado con fecha anterior al mismo y al margen de si el paciente procede de lista de espera o no.

Se realiza con una orden de ingreso programada.

- **Cirugía ambulatoria**

Paciente que acude de manera programada para una intervención quirúrgica ambulatoria a realizar en un quirófano, no existiendo ingreso hospitalario previo.

- **Tipo de centro al alta**

Se clasifica los centros hospitalarios según su dependencia funcional. Según el catálogo de hospitales (<http://catalogohospitales.sanidadmadrid.org/>), se entiende por dependencia funcional de un establecimiento sanitario, la persona física o jurídica que gestiona el hospital de forma inmediata. Se diferencia entre Hospitales Públicos (Insalud (hasta 2001 inclusive), Comunidad Autónoma (Instituto Madrileño de la Salud y/o SERMAS, desde 2002), Administración Central, Administración Local, Otros Públicos) y Hospitales No Públicos (Mutuas de A.T.E.P., Privados Benéficos, Privados, Otros No Públicos).

- **Número de ingresos en el año**

Cada registro corresponde con un alta. Contando las altas se deducen el número de ingresos en un año. Existen dos particularidades que hay que tener en cuenta. La primera es que, al contar con registros de alta de un año natural, pueden existir casos con ingresos en el año anterior, y al revés, ingresos en el presente año que no figuran ya que a 31 de diciembre no se ha producido el alta. La segunda particularidad, es que el número de altas corresponden al mismo paciente en mismo centro hospitalario. Si el paciente ha cambiado de centro se hace imposible su seguimiento en diferentes centros hospitalarios.

- **Régimen de financiación**

Esta variable hace referencia a la entidad o institución que financia el episodio del paciente:

- **Sistema nacional de salud**

Cuando el episodio es financiado por los Servicios de Salud incluidos en el Sistema Nacional de Salud (INSALUD, SAS, SVS...) independientemente de que el paciente tenga otras fuentes de financiación. También se incluyen los extranjeros que tengan cubierta su asistencia por Convenios Internacionales con la Seguridad Social, y la asistencia prestada a reclusos con cargo a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Así mismo incluyen aquellos pacientes que no disponen de ningún tipo de aseguramiento ni de recursos propios para financiar su estancia. Se diferencian los siguientes casos:

- 'Madrid'
- 'Cataluña'
- 'País Vasco'
- 'Navarra'
- 'Andalucía'
- 'Galicia'
- 'Canarias'
- 'Valencia'
- 'Aragón'

- 'Asturias'
 - 'Balears'
 - 'Cantabria'
 - 'Castilla La Mancha'
 - 'Castilla León'
 - 'Extremadura'
 - 'Murcia'
 - 'Rioja (La)'
 - 'Otros'
- Convenios Internacionales
 - Dirección General de Instituciones Penitenciarias
 - Instituto de Gestión sanitaria (INGESA, Ceuta y Melilla)
 - Instituto Social de la Marina (ISM)
 - Comunidad Europea
 - Cooperación internacional (Acuerdos bilaterales de la Comunidad y Ayuda Humanitaria)
- **Mutualidades (MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Otras)**
Incluye la asistencia sanitaria prestada a los asegurados o beneficiarios pertenecientes a la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y La Mutualidad Judicial (MUGEJU).
 - MUFACE adscritos a recibir asistencia sanitaria en Entidades Sanitarias Privadas
 - MUFACE adscritos a los distintos Servicios de Salud de las CCAA
 - MUGEJU Entidades Sanitarias Privadas
 - MUGEJU Servicios de Salud de las CCAA
 - ISFAS Sanidad Militar
 - ISFAS Entidades Sanitarias Privadas
 - ISFAS Servicios de Salud de las CCAA
- **Mutuas de trabajo y aseguradoras de accidentes**
 - Entidades colaboradoras de la Seguridad Social
Se incluirán los episodios a cargo de empresas colaboradoras de la Seguridad Social en las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional y/o enfermedad común y accidente no laboral, de acuerdo con la normativa reguladora de la colaboración voluntaria en la gestión de la Seguridad Social.
 - Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
Incluye la asistencia sanitaria prestada en los supuestos de accidente de trabajo o enfermedades profesionales, o contingencia común cuando estas estén concertada con una Mutua.
 - Compañías o entidades de seguros de accidentes de tráfico u otros seguros obligatorios
Se incluyen los pacientes cuyo ingreso en el centro se ha producido a causa de un accidente de tráfico, escolar, deportivo, etc. y por tanto la financiación de su estancia, independientemente de que el paciente sea o no beneficiario de la Seguridad Social o de una

aseguradora privada, corre a cargo de una entidad aseguradora de accidentes:

- Tráfico
- Escolares
- Deportivos
- Seguro obligatorio de viajeros
- Seguro obligatorio de caza
- Particulares

Se incluirán en este concepto aquellos casos en que el paciente, independientemente de que tenga otros medios de financiación, paga directamente su asistencia.

▪ **Aseguradoras privadas**

Se incluirán en este concepto aquellos episodios financiados por una entidad de seguro libre de asistencia sanitaria.

▪ **Otros financiadores**

▪ **Otros financiadores públicos**

Se incluirán en este grupo cualquier modalidad de financiación pública no descrita en las anteriores categorías.

▪ **Otros financiadores privados**

Se incluirán en este grupo cualquier modalidad de financiación privada no descrita en las anteriores categorías.

○ **Tipo de alta (hospitalaria)**

Se entiende por tipo de alta el destino del paciente tras el cierre del episodio.

• **Domicilio**

Se refiere al regreso a la residencia habitual del paciente, tanto ésta sea un domicilio particular o una residencia social (si ésta era la procedencia del paciente al ingreso).

• **Traslado a otro hospital**

Se asignará este código cuando el destino del paciente sea otro centro hospitalario, siempre que no se trate de un episodio de cirugía ambulatoria, en cuyo caso se seleccionará la categoría 4.

• **Traslado a un centro sociosanitario**

Se incluyen en esta categoría los traslados a centros sustitutorios del propio domicilio, destinados al alojamiento temporal o permanente de personas que presentan algún grado de limitación que impida la realización autónoma de las actividades de la vida diaria, sin que puedan mantener una calidad de vida adecuada en su medio habitual y que no precisen de cuidados hospitalarios continuados ni encontrarse en situación terminal.

- **Traslado a hospitalización convencional desde cirugía ambulatoria**

Se incluyen en esta categoría el traslado de un paciente de cirugía ambulatoria que precisa hospitalización convencional en el mismo centro u otro.

- **Alta voluntaria**

Cuando el alta se produce a instancias del propio paciente sin que exista indicación médica.

- **Fuga**

Cuando el enfermo abandone el centro donde estaba ingresado sin conocimiento del mismo.

- **Fallecimiento del enfermo**

- **Otros:**

Se incluirá en este concepto cualquier modalidad de alta no descrita en las anteriores categorías.

- **Días de estancia**

Es el resultado de la diferencia en días entre la fecha alta y la fecha de ingreso.

- **Tipo de visita** (Hospital con atención ambulatoria)

- Cirugía ambulatoria:
Incluye los procedimientos programados realizados en quirófano de forma ambulatoria.
- Técnicas diagnósticas y terapéuticas especiales
- Hemodinámica cardíaca
- Cateterismo cardíaco y/o arteriografía coronaria
- Angioplastia y valvuloplastia
- Malformaciones congénitas
- Implantación, revisión y sustitución de marcapasos uni y bicameral
- Estudios electrofisiológicos cardíacos Implante o sustitución de desfibrilador, sólo electrodos o generador del pulso.
- Ablaciones
- Hospital de día y otros tratamientos diurnos
Incluye los registros correspondientes a la asistencia en los puestos destinados a tratamientos diurnos (< de 12 horas) de oncología,

hematología, SIDA, geriatría, psiquiatría y otros tratamientos médicos en hospital de día.

- **Destino (Hospital con atención ambulatoria)**

Se entiende por tipo de alta el destino del paciente tras la atención ambulatoria.

- Alta médica
- Alta voluntaria
- Fallecimiento del enfermo
- Centro sociosanitario
- Consulta hospitalaria
- Urgencias
- Cirugía ambulatoria
- Atención primaria
- Otro hospital
- Continuación de tratamiento. El caso de pacientes que acuden al hospital de día en sesiones programadas durante un período de tiempo determinado.

2. Diagnósticos en las altas hospitalarias

Es el conjunto de diagnósticos elaborados para cada una de las altas producidas. Se diferencian en principales y resto de diagnósticos:

- **Diagnostico principal**

Afección que tras el estudio necesario se establece que fue la causa del ingreso de acuerdo con el criterio del Servicio Clínico o facultativo que atendió al paciente, aunque durante su estancia hayan aparecido complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes que se consignarán como diagnósticos secundarios.

- **Resto de diagnósticos**

Se consignarán los diagnósticos que coexisten con el principal en el momento del ingreso o se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria y que influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con otro episodio anterior y los que no tienen relación con el que ha ocasionado el actual ingreso.

Se ha utilizado la agrupación a nivel de capítulo de la clasificación CIE-10-MC, publicada por el Ministerio de Sanidad.

(https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html) y utilizada también por el Instituto Nacional de Estadística.

- I Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- II Neoplasias
- III Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos del mecanismo inmunológico
- IV Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas V Trastornos mentales y del comportamiento
- VI Enfermedades del sistema nervioso
- VII Enfermedades del ojo y sus anexos
- VIII Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
- IX Enfermedades del aparato circulatorio X Enfermedades del aparato respiratorio
- XI Enfermedades del aparato digestivo
- XII Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- XIII Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo
- XIV Enfermedades del aparato genitourinario
- XV Embarazo, parto y puerperio
- XVI Ciertas enfermedades con origen en el periodo perinatal
- XVII Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- XVIII Síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias
- XIX Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas
- XX Causas externas de morbilidad
- XXI Factores que influyen en la salud y contacto con los servicios sanitarios

3. Diagnóstico principal al alta de neoplasia maligna

Se ha realizado el ranking por número de altas de los siguientes grupos del capítulo de neoplasias de la clasificación CIE-10-MC, publicada por el Ministerio de Sanidad. (https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html) y utilizada por el INE.

II. Neoplasias malignas

- Neoplasia maligna de esófago
- Neoplasia maligna de estómago
- Neoplasia maligna de colon y recto
- Neoplasia maligna de laringe
- Neoplasia maligna de tráquea, bronquios y pulmón
- Neoplasia maligna de piel
- Neoplasia maligna de mama
- Neoplasia maligna de útero
- Neoplasia maligna de próstata
- Neoplasia maligna de vejiga
- Neoplasias malignas de tejidos linfáticos
- Leucemias
- Otras neoplasias malignas

4. Estancias medias hospitalarias

Se han calculado los días de estancia para cada alta como la diferencia entre la fecha de alta y la fecha de ingreso. La estancia media se ha calculado tomando la media de los días de estancia de cada alta para cada grupo considerado:

- **Hospitales públicos**
 - Total públicos
 - Públicos sólo de agudos

Así mismo se ha calculado la estancia media sin valores extremos. En donde para calcular la estancia media de cada grupo considerado, se han eliminado los casos extremos atendiendo a los siguientes criterios:

- Extremo inferior: Estancias con más de 0 noches, o Estancias de 0 noches con altas por fallecimiento o traslados a otro centro sanitario.
- Extremo superior: Se excluyen los casos superiores al percentil 97 de días de estancia para cada tipo de agrupación (Centro o Capítulo de CIE-10).

Para la clasificación de hospitales de agudos se ha acudido a la clasificación según finalidad asistencial que se realiza en el catálogo de hospitales de la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

(<http://catalogohospitales.sanidadmadrid.org>)

5. Abortos

Se han contemplado los siguientes tipos de aborto: 'Espontáneo' y 'Provocado'

Cabe aclarar que, en los casos seleccionados de abortos, mediante estos códigos de diagnóstico principal, no se puede discriminar la “voluntariedad” para realizar el aborto. Por lo que en ningún caso se puede hablar de “interrupción voluntaria del embarazo”, y por tanto los datos no son comparables con las estadísticas oficiales publicadas sobre interrupción voluntaria del embarazo.

6. Trasplantes

Para los diferentes procedimientos de trasplantes la clasificación utilizada es la siguiente:

- Corazón
- Médula ósea o células madre:
 - Trasplante de médula ósea, no especificado de otra manera
 - Trasplante autólogo de médula ósea sin purgado
 - Trasplante alogénico de médula ósea con purgado
 - Trasplante de médula ósea sin purgado
 - Trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas sin purgado
 - Trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas sin purgado
 - Trasplante de células madre de sangre del cordón umbilical

- Trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas con purgado
 - Trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas con purgado
 - Trasplante autólogo de médula ósea con purgado
-
- Pulmón
 - Córnea
 - Hígado
 - Hueso
 - Intestino
 - Páncreas
 - Pelo
 - Riñón
 - Ovario

Existen altas en las que se han realizado varios trasplantes. Y también se da la circunstancia, en menor medida, que varias altas pueden corresponder a varios trasplantes realizados a un mismo paciente.

También cabe recordar que los trasplantes recogidos son los realizados a pacientes que reciben el alta en un año natural, dándose casos de altas de pacientes que han recibido un trasplante en años anteriores.

Con respecto a la comparación con los datos ofrecidos por la Organización Nacional de Trasplantes, existen grandes diferencias en los métodos de obtención y tratamiento de los datos, así mismo, el registro CMBD registra las altas hospitalarias según la fecha de alta y la Organización Nacional de Trasplantes por fecha del evento. Por lo que los datos de trasplantes de órgano sólido obtenidos del registro CMBD, no son comparables a los ofrecidos por las estadísticas de la Oficina Nacional de Trasplantes.