

# La atención al paciente en las unidades de digestivo del Sistema Nacional de Salud

## Recursos y Calidad en Aparato Digestivo (RECALAD)

## Índice

1.	Antecedentes .....	3
2.	Objetivos .....	3
3.	Encuesta RECALAD .....	4
3.1.	Número de respuestas y representatividad de la muestra .....	4
3.2.	Tipología de las unidades.....	5
3.3.	Relación con atención primaria .....	5
3.4.	Estructura, recursos y cartera de servicios .....	5
3.5.	Clínica .....	6
3.6.	Unidad de endoscopia.....	6
3.7.	Unidad de ecografía.....	6
3.8.	Unidad de hepatología .....	6
3.9.	Unidad de enfermedad inflamatoria intestinal .....	7
3.10.	Unidad de páncreas .....	7
3.11.	Unidad de trastornos de la motilidad .....	7
3.12.	Unidad de riesgo de cáncer colo-rectal .....	7
3.13.	Formación .....	7
3.14.	Investigación .....	7
3.15.	Buenas prácticas .....	7
4.	CMBD .....	7
	Referencias.....	15

## Tablas

Tabla 1.	Tasa de respuesta a la encuesta RECALAD por Comunidades Autónomas.....	4
Tabla 2.	Cartera de servicios de las UAD.....	5
Tabla 3.	Altas dadas por los servicios de digestivo en el SNS .....	7
Tabla 4.	Episodios de alta por “enfermedades del área de Digestivo”. 2014. Distribución por servicios de alta (los 5 principales y resto).....	8
Tabla 5.	Distribución de los diagnósticos principales al alta en el CMBD_AD, 2005-2014 (10 diagnósticos principales) .....	8
Tabla 6.	Evolución de la estancia media en la base de datos CMBD_AD. 5 diagnósticos principales más frecuentes. 2005-2014	9
Tabla 7.	Evolución de la tasa bruta de mortalidad en la base de datos CMBD_AD. 5 diagnósticos principales más frecuentes. 2005-2014 .....	10
Tabla 8.	Evolución de la tasa de reingresos hospitalarios en la base de datos CMBD_AD. 5 diagnósticos principales más frecuentes. 2005-2014 .....	10
Tabla 9.	Indicadores CAMBD_AD 2014. Enfermedades del Área de Digestivo.....	10
Tabla 10.	Indicadores hospitalarios. CMBD_AD. Altas EAD. SNS. 2014.....	10
Tabla 11.	Distribución de las altas por enfermedades del área de Digestivo por tipología de hospitales (2014).....	11

## Figuras

Figura 1.	Evolución estancia media en UAD del SNS. 2005-2014.....	8
Figura 2.	Evolución tasa bruta de mortalidad en UAD del SNS .....	8

*Figura 3. Evolución del número de episodios. 10 diagnósticos principales más frecuentes. EAD. SNS 2005-2014 ..... 9*

## 1. Antecedentes

En 2011, la Asociación Española para el Estudio del Hígado, la Asociación Española de Gastroenterología y la Sociedad Española de Patología Digestiva, entre otras sociedades científicas, colaboraron con el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, en la elaboración del documento de estándares y recomendaciones de las unidades asistenciales del aparato digestivo<sup>1</sup>. Entre las recomendaciones que recogía este documento, se incluían las siguientes:

- Realizar un análisis sistemático de los indicadores de las Unidades del Aparato Digestivo.
- Un análisis de los datos sobre la dotación de recursos humanos y tiempos de dedicación, contemplando la necesidad de que se considere el tiempo dedicado a actividades asistenciales vinculadas al trabajo conjunto con atención primaria (interconsulta telefónica, correo electrónico, videoconferencia, etc.).

La Sociedad Española de Cardiología -SEC- y después otras sociedades científicas (Sociedad Española de Oncología Médica, Sociedad Española de Medicina Interna -SEMI-) han iniciado una línea de proyectos que persigue superar el déficit de información señalado tanto en el documento de estándares de las unidades del aparato digestivo como en otras áreas de conocimiento clínico<sup>2,3,4</sup>, así como investigar la relación entre estructura y recursos y resultados en salud, en la línea de lo desarrollado por el grupo de trabajo de gestión clínica de la SEMI<sup>5,6,7</sup> o, por ejemplo, los *Centers of Medicare&Medicaid Services*<sup>8</sup>. Ejemplos de esta línea de investigación son los proyectos RECALCAR, de la Sociedad Española de Cardiología<sup>9,10,11</sup> y RECALMIN (Sociedad Española de Medicina Interna)<sup>12</sup>. Esta línea de proyectos recibe el nombre de Recursos y Calidad (**RECAL**).

## 2. Objetivos

Los objetivos del proyecto RECALAD son:

- Elaborar un Registro de Unidades Asistenciales de Digestivo (UAD).
  - Disponer, de forma permanente, de los recursos asistenciales (organización y recursos estructurales) específicos de Aparato Digestivo del SNS.
  - Analizar la actividad y rendimientos de las UAD.
  - Evaluar los resultados de los recursos especializados de las UAD, en la medida que se puedan poner en relación datos de estructura y proceso con la explotación de la base de datos del CMBD.
  - Disponer de datos de la actividad docente y de investigación de las UAD.
- Desarrollar, basándose en el análisis anterior, propuestas de políticas de mejora de la calidad y eficiencia de la UAD en el SNS.
- Facilitar un sistema de “benchmarking” de las UAD que permita su mejora continua

- Facilitar a los distintos equipos de investigación el material preciso para poner en relación estructura y procesos con resultados, sobre las bases metodológicas desarrolladas en el Estudio RECALCAR.
- Elaborar un informe anual sobre la situación de las UAD en España, para su presentación en las reuniones de las respectivas sociedades.
- Disponer de una base de datos que permita poder informar a las autoridades públicas españolas, así como a entidades multinacionales sobre los recursos y actividad de las UAD en España.

En este informe provisional se exponen los datos de las unidades que han contestado la encuesta.

### 3. Encuesta RECALAD

#### 3.1. Número de respuestas y representatividad de la muestra

Se han recibido 57 respuestas de unidades del SNS y 2 del sector privado. Para elaborar el presente informe no se han considerado las respuestas de hospitales de menos de 100 camas, ni privados. Sobre el universo de unidades identificadas (hospitales generales de agudos con más de 100 camas), la muestra de unidades que han contestado supone solamente el 26,3%, lejos del requisito que exige el MSSSI para acreditar el registro como de interés para el SNS. La representatividad es mayor si se pondera el número de camas instaladas o la población del área de influencia de los respectivos hospitales (37%, en ambos casos), al existir un sesgo hacia los hospitales más grandes y unidades más complejas. Si se consideraran únicamente las UAD “*sensu stricto*” (es decir, estructuradas como unidad), el porcentaje de respuesta sería mayor, aunque por debajo del 50%.

La tasa de respuesta por Comunidades varía notablemente, Cantabria, Madrid, Murcia y La Rioja alcanzan porcentajes iguales a superiores al 50%, las Islas Baleares, Extremadura y Navarra no registran una sola respuesta, mientras que en Cataluña solamente responde una unidad (tabla 1).

**Tabla 1. Tasa de respuesta a la encuesta RECALAD por Comunidades Autónomas**

Comunidad Autónoma	Nº Hosp. C.A.	Nº Hosp.	Nº Hospitales / Total
Andalucía	30	9	30,0%
Aragón	10	3	30,0%
Canarias	7	3	42,9%
Cantabria	2	1	50,0%
Castilla-La Mancha	12	2	16,7%
Castilla y León	14	1	7,1%
Cataluña	36	1	2,8%
C. Valenciana	25	8	32,0%
Extremadura	8	0	0,0%
Galicia	10	4	40,0%
Islas Baleares	6	0	0,0%
La Rioja	1	1	100,0%
Madrid	22	14	63,6%
Navarra	1	0	0,0%
País Vasco	10	3	30,0%
Ppdo. Asturias	7	1	14,3%
Región de Murcia	8	4	50,0%
<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>55</b>	<b>26,3%</b>

### 3.2. Tipología de las unidades

32 de las 55 (58%) unidades que contestaron la encuesta eran servicios, 24% secciones y 14,5% institutos o áreas de gestión clínica. Existe una notable dispersión en la tipología de hospitales en donde se ubican las UAD. El número promedio de camas instaladas en los mencionados hospitales es de  $635 \pm 388$  camas, con un rango de 100 a 1.671 camas. En relación con la población en el área de influencia del hospital existe la misma dispersión, con un promedio de (en cifras redondeadas)  $315.000 \pm 180.000$  habitantes, el rango es de 70.000 a 1.200.000 habitantes.

13 unidades (24%) están en hospitales del grupo “grandes hospitales” (Cluster 5 del MSSSI); 31% de las unidades están en hospitales de gran peso estructural y mucha actividad; 27% en hospitales de área; 11% en hospitales generales básicos y 7% en pequeños hospitales comarcales.

La tercera parte (33%) de las UAD que respondieron la encuesta atendían a población infantil (menos de 18 años) y el 55% señalaba que estaba integrada en una red asistencial.

### 3.3. Relación con atención primaria

26 de las 55 UAD (47%) contestaron que los Equipos de Atención Primaria (EAP) del ámbito de influencia del hospital tenían asignado un digestólogo de la unidad. La mayoría de las UAD (86%) tienen establecido un sistema de contacto del profesional de Atención Primaria con el digestólogo, siendo el correo electrónico y el teléfono los sistemas más frecuentes (72% y 77%, respectivamente), un 21% de las UAD mantiene reuniones regulares con los equipos de atención primaria (1 al mes, como promedio).

### 3.4. Estructura, recursos y cartera de servicios

El promedio de digestólogos por UAD es de  $14,5 \pm 7,3$  (rango: 2 a 34). El promedio de digestólogos por millón de habitantes en las áreas de influencia de las UAD que contestaron la encuesta es de  $50 \pm 15$ .

El 91% de las unidades que contestaron tenía camas de hospitalización asignadas ( $25 \pm 14$ ). 18% de las UAD disponían de camas de nivel 1 (monitorización). El promedio de camas por millón de habitantes en las áreas de influencia de las UAD que contestaron la encuesta es de  $81 \pm 35$ .

En la tabla 2 se muestra la distribución de la cartera de servicios en las UAD que contestaron la encuesta.

**Tabla 2. Cartera de servicios de las UAD**

Unidades Funcionales / C. Monigráficas	%
Endoscopia	84%
Ecografía	24%
Hepatología	67%
Enfermedad Inflamatoria Intestinal	71%
Páncreas	28%
Trastornos de la motilidad	24%
Tracto digestivo superior	4%
Riesgo Cáncer Colorrectal	56%
Otras: tumores digestivos; hipertensión portal; trasplante hepático; unidad de fibrosis quística de páncreas; y hemodinámica hepática	

### 3.5. Clínica

El 83% de los digestólogos tienen alguna dedicación a la actividad clínica. El promedio de altas de hospitalización por UAD y año es de  $1.139 \pm 653$ , y de  $100 \pm 66$  altas por cardiólogo dedicado y año.

La frecuentación hospitalaria (altas de UAD por cien mil habitantes y año) estimada a través de la encuesta es de 352, con una estancia media de 7,4 días. La frecuentación calculada con la base de datos del CMBD (año 2014) es de 280 con una estancia media de 7,6. Estas diferencias son debidas, aparte del sesgo de la muestra, a que mientras las UAD contabilizan los pacientes atendidos en la unidad, el CMBD contabiliza solamente los pacientes dados de alta por las UAD como servicios finales, es decir: incorporando los traslados.

La frecuentación de consultas externas (primeras) es de  $19 \pm 9$  por mil habitantes y año, con unas relación sucesivas : primeras de 2,3. El 34,5% de las unidades realiza guardias de presencia física; el 51,9% en unidades con 24 o más camas asignadas de hospitalización convencional, aunque todas ellas contaban con guardia localizada. El 78,8% de las unidades sin guardia de presencia física tenían guardia localizada.

El 64% de las unidades realizan cribado del cáncer colo-rectal.

### 3.6. Unidad de endoscopia

El 84% de las UAD tenía unidad de endoscopia, con una población de referencia muy similar a la del área de influencia del hospital y un promedio de 1 sala por cada 75.000 ( $\pm 25.000$ ) habitantes (cifras redondeadas). El promedio de utilización de la sala es de  $55 \pm 19$  horas. El 34% de los digestólogos tenían dedicación a la unidad de endoscopia.

La tasa de colonoscopias se sitúa en  $16 \pm 6$  por mil habitantes y año, siendo de 3 por mil habitantes y año para las colonoscopias de cribado colo-rectal. En el 35% de las colonoscopias se realizaba algún tipo de intervencionismo, aunque con importantes variaciones entre unidades ( $\pm 20\%$ ).

La tasa de endoscopias digestivas altas se sitúa en  $12 \pm 7$  por mil habitantes y año. En el 17% de las endoscopias digestivas altas se realizaba algún tipo de intervencionismo, aunque con importantes variaciones entre unidades.

La tasa de CPRE estimada mediante la encuesta es de  $790 \pm 405$  por millón de habitantes, como promedio, mientras que la de la ultrasonografía endoscópica es de  $941 \pm 527$  por millón de habitantes

El rendimiento de las salas de endoscopia digestiva, estimado utilizando la información sobre número de salas y horario de funcionamiento facilitada en la encuesta y aplicando los tiempos estimados en el documento de estándares<sup>1</sup>, es del  $33 \pm 12\%$ .

### 3.7. Unidad de ecografía

El 23,6% de las UAD disponía de una unidad de ecografía estructurada, con una población de referencia similar a la del área de influencia del hospital. El promedio de horas de funcionamiento de la unidad de ecografía era de  $34 \pm 15$ . El 9% de los digestólogos tenían dedicación a la unidad de ecografía. La tasa promedio de ecografías por mil habitantes estimada a través de la encuesta es de  $10 \pm 6$ . Sin embargo, este dato debe tomarse con precaución debido a la baja tasa de respuesta dentro de las UAD que contestaron la encuesta.

### 3.8. Unidad de hepatología

El 67,3% de las UAD disponía de una unidad de hepatología. Un 23% de los digestólogos de las UAD que disponían de esta unidad funcional tenían alguna dedicación a la misma. El 32,4% de

las unidades de hepatología estaban integradas en una red asistencial y en el 47,2% está regionalizada la asistencia.

### 3.9. Unidad de enfermedad inflamatoria intestinal

El 70,1% de las UAD disponía de una unidad de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Un 17% de los digestólogos de las UAD que disponían de esta unidad funcional tenían alguna dedicación a la misma. El 34,2% de las unidades de EII estaban integradas en una red asistencial y en el 36,8% está regionalizada la asistencia.

### 3.10. Unidad de páncreas

El 28% de las UAD disponía de una unidad de páncreas. Un 9% de los digestólogos de las UAD que disponían de esta unidad funcional tenían alguna dedicación a la misma. El 18,8% de las unidades de EII estaban integradas en una red asistencial y en el 31,3% está regionalizada la asistencia<sup>(1)</sup>.

### 3.11. Unidad de trastornos de la motilidad

El 24% de las UAD disponía de una unidad de trastornos de la motilidad (TM). Un 9% de los digestólogos de las UAD que disponían de esta unidad funcional tenían alguna dedicación a la misma. Solamente el 15% de las unidades de TM señalaba estar integradas en una red asistencial y en el 38% está regionalizada la asistencia.

### 3.12. Unidad de riesgo de cáncer colo-rectal

El 56% de las UAD disponía de una unidad de riesgo de cáncer colo-rectal. Un 9% de los digestólogos de las UAD que disponían de esta unidad funcional tenían alguna dedicación a la misma. El 45% de las unidades de riesgo de cáncer colo-rectal estaban integradas en una red asistencial y en el 35% está regionalizada la asistencia.

### 3.13. Formación

El 74% de las UAD que contestaron la encuesta estaban acreditadas para la formación de residentes en digestivo y el 96% participaba en docencia de pregrado. El 66% de las UAD tenían profesores universitarios asociados y el 23% titulares.

### 3.14. Investigación

El 26% de las UAD están integradas en una RETIC o un CIBER. El 65% de las UAD contestaron tener proyectos de investigación (3 proyectos como promedio). El 89% de las UAD contestaban haber publicado en revistas indexadas (4 artículos como mediana). En 4 unidades los profesionales habían registrado una patente.

### 3.15. Buenas prácticas

El 49% de las UAD contestaban haber implantado una gestión para los procesos más relevantes que atiende la unidad. El 4% estaba integrada en una red asistencial de UAD con ámbito regional (600.000 o más habitantes).

## 4. CMBD

A lo largo del período 2005 (primer año en el que el CMBD recoge con fiabilidad el servicio médico de alta) hasta 2014 (único año disponible) los servicios y unidades de digestivo del SNS han dado 1.175.201 altas (tabla 3).

**Tabla 3. Altas dadas por los servicios de digestivo en el SNS**

	Casos	Estancia Media	TBM
--	-------	----------------	-----

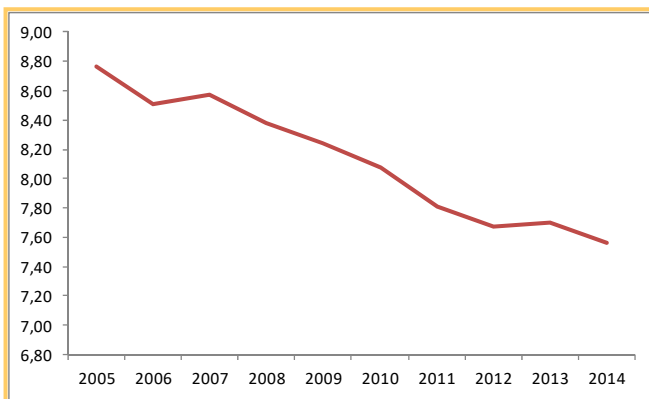
<sup>(1)</sup> La tasa de respuesta a estos ítems para la unidad funcional es baja, por lo que los porcentajes pueden no obedecer a la realidad y ser más bajos.



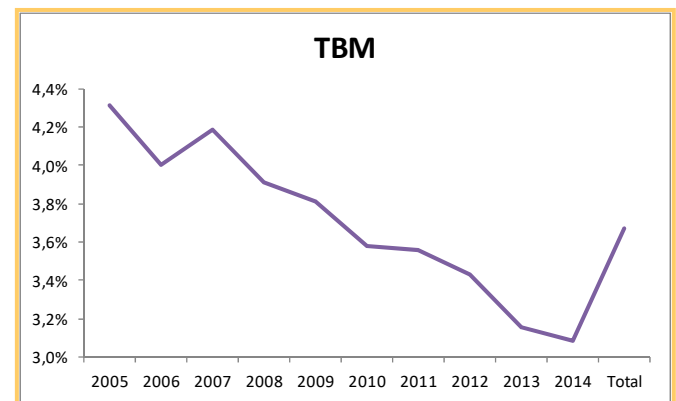
	Casos	Estancia Media	TBM
2005	96.113	8,76	4,3%
2006	108.243	8,51	4,0%
2007	111.668	8,57	4,2%
2008	107.920	8,38	3,9%
2009	121.222	8,24	3,8%
2010	122.742	8,08	3,6%
2011	124.855	7,81	3,6%
2012	124.149	7,67	3,4%
2013	126.520	7,70	3,2%
2014	131.769	7,56	3,1%
<b>Total / Promedio</b>	<b>1.175.201</b>	<b>8,10</b>	<b>3,7%</b>
<b>TBM: Tasa bruta de mortalidad</b>			

La estancia media de los pacientes ingresados en las UAD se ha reducido en 14% en el período 2005-2014, siendo de 7,6 días en 2014 (figura 1), mientras que la tasa bruta de mortalidad ha descendido un 28% (figura 2).

**Figura 1. Evolución estancia media en UAD del SNS. 2005-2014**



**Figura 2. Evolución tasa bruta de mortalidad en UAD del SNS**



**Tabla 4. Episodios de alta por "enfermedades del área de Digestivo". 2014. Distribución por servicios de alta (los 5 principales y resto)**

Servicio	Casos	Estancia Media	TBM	% Reingresos
Digestivo	102.677	7,70	3,5	10,7
Medicina Interna	68.485	9,27	10,3	12,2
Cirugía General y Digestivo	101.808	8,79	2,6	11,4
Cirugía	87.468	7,35	2,7	11,4
Oncología Médica	12.772	10,88	22,0	25,0
Resto	24.300	12,32	29,4	17,3
<b>Total</b>	<b>397.510</b>	<b>9,38</b>	<b>11,7</b>	<b>14,7</b>

Sólo para los diagnósticos principales de alta tipificados de EAD (Anexo 1)

**Tabla 5. Distribución de los diagnósticos principales al alta en el CMBD\_AD, 2005-2014 (10 diagnósticos principales)**

Diagnóstico Principal (3 dígitos)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Δ%	%/Total
-----------------------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	----	---------

Diagnóstico Principal (3 dígitos)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Δ%	%/Total
COLELITIASIS	66.455	68.583	70.403	74.170	77.372	79.260	80.809	79.595	82.064	83.138	761.849	25%	20%
ENFERMEADES PANCREATICAS	22.724	23.212	23.874	24.669	25.645	26.392	27.143	27.152	27.626	28.516	256.953	25%	7%
NEOPLASIA MALIGNA COLON	19.319	20.180	21.503	21.923	23.435	23.337	24.832	25.072	25.255	25.831	230.687	34%	6%
OBSTRUCCION INTESTINAL SIN HERNIA	17.930	19.329	19.256	19.415	19.584	20.222	20.449	20.502	21.142	21.587	199.416	20%	5%
DIVERTICULO INTESTINAL	12.811	13.649	14.059	14.370	15.464	15.736	16.348	16.806	17.792	18.579	155.614	45%	4%
ENFERMEDAD HEPATICA Y CIRROSIS CRONICA	20.030	19.819	18.975	19.644	19.063	18.177	17.290	16.223	15.556	15.269	180.046	-24%	5%
OTRA GASTROENTERITIS Y COLITIS NO INFECCIOSAS Y LAS NO ESPECIFICADAS	13.256	15.229	15.037	14.938	15.178	15.428	15.159	14.986	14.686	14.976	148.873	13%	4%
OTROS TRASTORNOS INTESTINALES	10.030	10.690	11.710	12.008	12.393	12.422	13.232	13.044	13.406	13.742	122.677	37%	3%
NEOPLASIA MALIGNA RECTO, UNION RECTOSIGMOIDEA Y ANO	12.483	12.541	13.146	13.465	14.142	13.651	14.044	13.358	13.914	13.412	134.156	7%	4%
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	11.595	11.332	11.904	12.159	11.462	11.723	11.789	11.816	11.776	11.969	117.525	3%	3%
Resto	132.220	137.081	139.012	142.648	144.866	145.358	147.016	145.785	148.801	150.491	1.433.278	14%	38%
Total	338.853	351.645	358.879	369.409	378.604	381.706	388.111	384.339	392.018	397.510	3.741.074	17%	100%

Δ%: incremento 2014/2005; para el total de altas (EAD)

Figura 3. Evolución del número de episodios. 10 diagnósticos principales más frecuentes. EAD. SNS 2005-2014

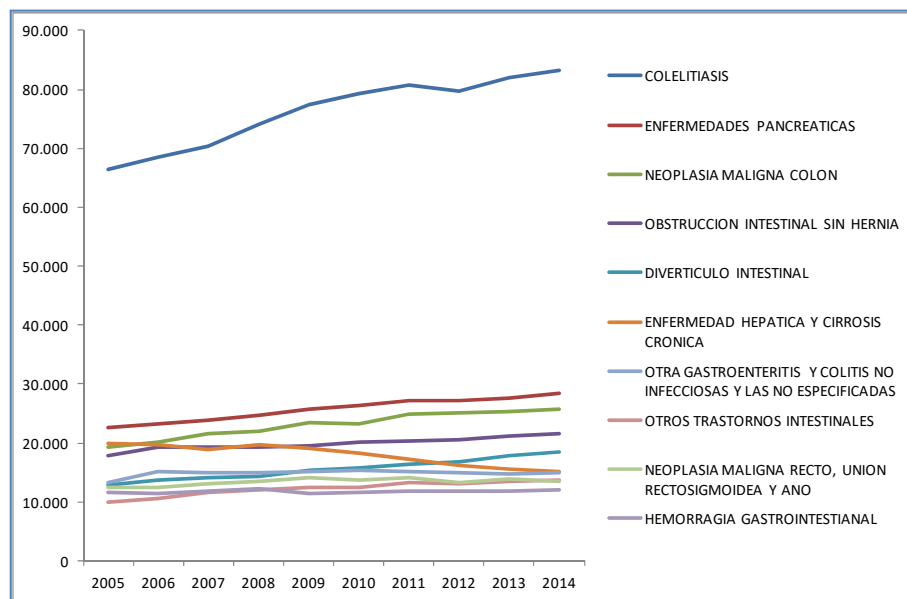


Tabla 6. Evolución de la estancia media en la base de datos CMBD\_AD. 5 diagnósticos principales más frecuentes. 2005-2014

Diagnóstico Principal (3 dígitos)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Δ%
COLELITIASIS	7,42	7,15	6,97	6,67	6,41	6,15	5,80	5,65	3,00	3,00	-60%
ENFERMEADES PANCREATICAS	11,90	11,73	11,51	11,35	11,04	10,94	10,45	10,32	7,00	7,00	-41%
NEOPLASIA MALIGNA COLON	16,37	15,92	15,70	15,35	14,65	13,99	13,41	12,85	9,00	9,00	-45%
OBSTRUCCION INTESTINAL SIN HERNIA	10,11	10,16	10,14	10,02	9,90	9,76	9,41	9,21	6,00	6,00	-41%
DIVERTICULO INTESTINAL	9,98	9,72	9,64	9,40	9,09	8,80	8,54	8,25	6,00	6,00	-40%

**Tabla 7. Evolución de la tasa bruta de mortalidad en la base de datos CMBD\_AD. 5 diagnósticos principales más frecuentes. 2005-2014**

Diagnóstico Principal	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Δ%
COLELITIASIS	1,52	1,54	1,43	1,42	1,42	1,42	1,39	1,36	1,27	1,35	-11%
ENFERMEADES PANCREATICAS	4,73	4,57	4,60	4,48	4,45	4,31	4,17	4,16	3,95	4,14	-13%
NEOPLASIA MALIGNA COLON	13,49	12,17	13,29	12,44	11,84	11,71	11,60	11,30	11,23	11,10	-18%
OBSTRUCCION INTESTINAL SIN HERNIA	10,59	10,24	10,89	10,79	10,19	10,42	9,99	10,00	9,31	9,53	-10%
DIVERTICULO INTESTINAL	2,27	2,28	2,00	2,26	2,15	2,07	1,93	2,02	2,08	1,66	-27%

**Tabla 8. Evolución de la tasa de reingresos hospitalarios en la base de datos CMBD\_AD. 5 diagnósticos principales más frecuentes. 2005-2014**

Diagnóstico Principal	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Δ%
COLELITIASIS	9,35	9,33	9,41	9,33	9,32	8,80	9,07	8,98	9,32	9,46	1%
ENFERMEADES PANCREATICAS	8,49	8,27	8,53	8,67	8,64	9,05	8,93	9,62	9,86	9,91	17%
NEOPLASIA MALIGNA COLON	9,63	9,90	10,46	10,29	10,50	10,63	10,77	10,16	10,74	11,00	14%
OBSTRUCCION INTESTINAL SIN HERNIA	13,61	14,30	14,64	13,26	14,15	14,55	13,70	14,09	14,55	14,65	8%
DIVERTICULO INTESTINAL	6,07	6,46	7,26	6,44	7,13	6,91	7,17	6,84	6,96	7,10	17%

**Tabla 9. Indicadores CAMBD\_AD 2014. Enfermedades del Área de Digestivo**

	HOSPITAL	DIGESTIVO
ALTAS	394.457	102.618
ESTANCIAS (días)	3.375.675	790.760
ESTANCIA MEDIA (días)	8,56	7,71
TBM (%)	7,07	3,19
TASA DE REINGRESOS EN EL HOSPITAL (%)	11,89	11,30
Hemorragia digestiva (HD) (ver ficha en Anexo 3. Indicadores RECALAD)	30.148	15.802
EM HD (DÍAS)	215.132	101.358
TBM HD(%)	7,14	6,41
TASA DE REINGRESOS EN EL HOSPITAL HD (%)	5,97	2,18

Definición Indicadores: RECALAD\_2016\_Indicadores. Se han eliminado hospitales con menos de 100 alta de EAD en 2014

**Tabla 10. Indicadores hospitalarios. CMBD\_AD. Altas EAD. SNS. 2014**

	N	Frecuencia- ción	EM	TBM	% Reingresos	%DIG/Total
Andalucía	57.433	684	8,95	7,29	10,96	30,58
Aragón	12.965	976	8,83	6,32	11,30	32,52
Asturias	11.242	1.067	9,85	6,68	11,11	27,98
Baleares	7.502	670	8,12	5,53	11,85	30,91
Canarias	11.525	544	11,64	7,91	9,33	30,66
Cantabria	5.237	893	8,08	5,94	11,09	26,20
Castilla y León	28.171	1.133	8,91	6,78	12,88	28,31
Castilla-La Mancha	19.146	926	8,72	6,44	11,82	25,23

	N	Frecuencia	EM	TBM	% Reingresos	%DIG/Total
<b>Cataluña</b>	63.735	861	7,47	5,67	12,26	16,89
<b>Comunidad Valenciana</b>	46.677	943	7,54	6,06	12,78	27,00
<b>Extremadura</b>	10.945	1.001	8,36	7,66	13,00	19,42
<b>Galicia</b>	27.616	1.008	9,96	7,36	11,49	24,40
<b>Madrid</b>	50.144	786	9,04	6,09	12,91	24,13
<b>Murcia</b>	11.904	814	8,45	5,79	12,49	21,96
<b>Navarra</b>	6.512	1.024	7,15	6,47	11,48	28,82
<b>País Vasco</b>	22.258	1.028	7,97	6,37	12,59	34,13
<b>Rioja</b>	3.490	1.111	7,52	4,30	12,53	33,30
<b>Total general</b>						
<b>Promedio</b>	23.324	910	8,62	6,39	11,87	27,20
<b>Mediana</b>	12.965	943	8,45	6,37	11,85	27,98
<b>DS</b>	19.448	165	1,11	0,88	0,96	4,82
<b>Min</b>	3.490	544	7,15	4,30	9,33	16,89
<b>Max</b>	63.735	1.133	11,64	7,91	13,00	34,13

Frec.: Altas por 100.000 habitantes; EM: estancia media; TBM: tasa bruta de mortalidad; Reingreso: dentro de los 30 días de dar el alta (cualquier causa); % DIG/Total: porcentaje de las altas dadas por servicios de Digestivo sobre el total.

**Tabla 11. Distribución de las altas por enfermedades del área de Digestivo por tipología de hospitales (2014)**

	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	Tipo 5	No clas.	Total
Nº Altas	32.891	88.157	105.313	58.306	54.964	15.508	355.139
Nº Altas / Total	9,3%	24,8%	29,7%	16,4%	15,5%	4,4%	
DIG	4.545	10.808	35.689	19.651	17.744	1.953	<b>90.390</b>
DIG / Total	13,8%	12,3%	33,9%	33,7%	32,3%	12,6%	25,5%

## Anexo 1. Enfermedades del Área de Digestivo

Capítulo y Diagnóstico	Código CIE-9-MC
<b>II NEOPLASIAS</b>	<b>140-239</b>
<b>II.1 NEOPLASIAS MALIGNAS</b>	<b>140-208</b>
Neoplasia maligna de esófago	150
Neoplasia maligna de estómago	151
Neoplasia maligna de colon y recto	153-154
<b>IX.2 ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO</b>	<b>530-538</b>
Enfermedades del esófago	530
Úlceras	531-534
Gastritis y otras enfermedades del estómago y duodeno	535-538
<b>IX.5 ENTERITIS Y COLITIS NO INFECCIOSA Y OTRAS ENFERMEDADES DEL INTESTINO Y PERITONEO</b>	<b>555-569</b>
Enteritis regional y colitis ulcerosa	555-556
Otras gastroenteritis, colitis no infecciosas y no especificadas	558
Obstrucción intestinal sin mención de hernia	560
Divertículos intestinales	562
Otras enfermedades del intestino y peritoneo	Resto (555-569)
<b>IX.6 OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO</b>	<b>570-579</b>
Enfermedad hepática y cirrosis crónica	571
Colelitiasis	574
Otros trastornos de la vesícula y del tracto biliar	575-576
Enfermedades pancreáticas	577
Otras enfermedades del aparato digestivo	Resto (570-579)

## Anexo 2. Indicadores RECALAD

Indicador	Indicador	Observaciones	DIG	Hosp
Global		Para todos los indicadores de "global" seleccionar solamente los diagnósticos principales de alta por enfermedades de Digestivo: 150, 151, 153, 154, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 555, 556, 557, 558, 560, 562, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579		
	TBM	Excluye a: 1. Pacientes trasladados a otro hospital (códigos 2 y 5 en tipo de alta). 2. Altas < 2 días a domicilio (Alta :1) 3. Pacientes <18 años. 4. Motivo de alta ausente o inconsistente (Alta: 9). 5. Altas voluntarias (Alta: 3). 6. CDM : 14 (embarazo, parto, puerperio)		
	Razón de Mortalidad Ajustada por Riesgo	Ajustar por Charlson		
	% Reingresos	Para los reingresos además excluir: - Ingresos de pacientes con alta por exitus - Ingresos programados (código 2 en campo ingreso) - Si un paciente tiene uno o más reingresos dentro de los 30 días de alta se contabilizan como un solo reingreso		
	Razón de Reingresos Ajustada por Riesgo	Ajustar por Charlson		
	Estancia Media			
	IEMA			
	Peso Medio GRD			
I Charlson				
Hemorragia digestiva	TBM	In-hospital deaths per 1,000 hospital discharges with gastrointestinal hemorrhage as a principal diagnosis :  4560; 45620; 53082; 53100; 53101; 53301; 53240; 5307; 53241; 53021; 53120; 53121; 53140; 53141; 53160; 53161; 53200; 53201; 53220; 53221; 53240; 53241; 53260; 53261; 53320; 53321; 53260; 53261; 53300; 53300; 53301; 53320; 53321; 53340; 53341; 53360; 53361; 53400; 53401; 53420; 53421; 53440; 53441; 53460; 53461; 53501; 53511; 53521; 53531; 53541; 53551; 53561; 53783; 53784; 56202; 56203; 56212; 56213; 5693; 56985; 56986; 5780; 5781; 5789  Excluye a: 1. Pacientes trasladados a otro hospital (códigos 2 y 5 en tipo de alta). 2. Altas < 2 días a domicilio (Alta :1) 3. Pacientes <18 años. 4. Motivo de alta ausente o inconsistente (Alta: 9). 5. Altas voluntarias (Alta: 3). 6. CDM : 14 (embarazo, parto, puerperio)		
	Estancia Media	Selección TBM		

Fuente:  
Gastrointestinal Hemorrhage Mortality Rate. Technical Specifications. Inpatient Quality Indicators #18 (IQI #18). AHRQ Quality Indicators™, Version 5 March 2015

Indicador	Indicador	Observaciones	DIG	Hosp
	% Reingresos	<p><b>Selección TBM</b></p> <p>Para los reingresos además excluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingresos de pacientes con alta por exitus</li> <li>- Ingresos programados (código 2 en campo ingreso)</li> <li>- Si un paciente tiene uno o más reingresos dentro de los 30 días de alta se contabilizan como un solo reingreso</li> </ul>		

## Referencias

- 1** Bernal JL, Colomer J, Elola FJ, Palanca I, Paniagua JL. Unidades asistenciales del aparato digestivo. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.  
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Aparato\\_Digestivo\\_EyR.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Aparato_Digestivo_EyR.pdf)
- 2** Palanca I (Dir), Medina J (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.  
[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR\\_UPP.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf)
- 3** Palanca I (Dir), Castro A (Coord. Cientif.), Macaya C (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidades asistenciales del área del corazón. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2011.  
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/EyR\\_UAC.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/EyR_UAC.pdf)
- 4** Palanca I (Dir), Borrás JM (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidades Asistenciales del Área del Cáncer. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En elaboración.  
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cancer\\_EyR.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cancer_EyR.pdf)
- 5** Losa JE, Zapatero A, Barba R y cols. Encuesta SEMI sobre la oferta asistencial de los internistas en los hospitales del Sistema Público de Salud. *Rev Clin Esp* 2011;211:223-232.
- 6** Barba R, Losa JE, Velasco M, Guijarro C, García de Casasola G, Zapatero A. Mortality among adult patients admitted to the hospital on weekends. *European Journal of Internal Medicine* 2006;17:322-324.
- 7** Marco J, Barba R, Plaza S, Losa JE, Canora J, Zapatero A. Analysis of the mortality of patients admitted over the weekend to internal medicine wards. *American Journal of Medical Quality* 2010; 25: 312-8.
- 8** Ross JS, Normand ST, Wang Y, Ko DT, Chen J, Drye EE, Keenan PS, Lichtman JH, Bueno H, Schreiner GC, Krumholz HM. Hospital Volume and 30-Day Mortality for Three Common Medical Conditions. *N Eng J Med* 2010;362:1110-1118.
- 9** Rodríguez-Padiel et al. Editor's page. Quality Improvement Strategy of the Spanish Society of Cardiology The RECALCAR Registry. *J Am Col Cardiol* 2016;68:1140-2.
- 10** Bertomeu V, Cequier A, Bernal JL, Alfonso S, Anguita MP, Muñiz J y cols. Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Relevancia por el tipo de hospital y la atención dispensada. *Estudio RECALCAR. Rev. Esp. Cardiol.* 2013; 66(12):935-942
- 11** Cequier Á, et al. Impact on Mortality of Different Network Systems in the Treatment of ST-segment Elevation Acute Myocardial Infarction. The Spanish Experience. *Rev Esp Cardiol.* 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2016.07.005>
- 12** Zapatero Gaviria A, et al. RECALMIN. La atención al paciente en las unidades de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud. *Rev Clin Esp.* 2016;216:175-82.