Bases de datos clínico-administrativas

Conjunto mínimo básico de datos (CMBD)

Pilar Torre Lloveras
Eugènia Sarsanedas Castellanos

PID_00190520

UOC
Universitat Oberta de Catalunya

Los textos e imágenes publicados en esta obra están sujetos –excepto que se indique lo contrario– a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 España de Creative Commons. Podéis copiarlos, distribuirlos y transmitirlos públicamente siempre que citéis el autor y la fuente (FUOC. Fundación para la Universitat Oberta de Catalunya), no hagáis de ellos un uso comercial y ni obra derivada. La licencia completa se puede consultar en http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.es

Índice

1. Concepto, usos y evolución histórica del CMBD 5

2. Estructura y variables del CMBD 8

3. Calidad del CMBD 10

4. Circuitos del CMBD 12
4.1. Circuito interno del CMBD 12
4.2. Circuito externo del CMBD 13

Resumen 14

Bibliografía 15

1. Concepto, usos y evolución histórica del CMBD

El término **conjunto mínimo básico de datos (CMBD)** se refiere a un sistema de información basado en los datos de los pacientes, la morbilidad y la atención recibida a partir de los registros de la actividad asistencial.

CMBD

- En 1972, en Estados Unidos, el Comité Nacional de Estadísticas Vitales y de Salud establece, por primera vez, el concepto y la estructura del CMBD. La Comisión de CCEE para el CMBD europeo publica, en 1982, el *Informe Roger*, que recoge la propuesta de definición de estructura y variables del CMBD para Europa.
- En España, la primera normativa al respecto corresponde al acuerdo de 14 de diciembre de 1987 del Consejo Interterritorial del Sistema nacional de salud (CISNS), que fue recogido posteriormente por el INSALUD en enero de 1992.
- En Cataluña, la primera legislación sobre estructura y obligatoriedad del CMDB se publica en el DOGC de 7 de noviembre de 1986. Posteriormente, ha sufrido varias modificaciones, siendo la última en el año 2003.

Es un conjunto de variables obtenibles al alta del paciente y que deben registrarse en cada episodio de asistencia. El registro de estas variables debe cumplir tres requisitos básicos:

1) **Sistemático**. En todos los casos

2) **Homogéneo**. Mismo significado de las variables y misma forma de registro

3) **Mecanizado**. En soporte magnético

El concepto de CMBD corresponde al acuerdo sobre el número mínimo de variables que permiten el máximo de aplicaciones posibles, ya que intenta responder a las necesidades informativas de múltiples usuarios:

- Planificación de servicios sanitarios
- Gestión de los centros
- Investigación

Disponer de información válida y fiable es un condicionante para la planificación, la gestión y la evaluación del sistema. El CMBD proporciona información sobre las patologías atendidas y la actividad de los centros sanitarios, lo cual permite:

- Conocer la morbilidad de la población.
- Analizar la evolución de la demanda atendida.

- Establecer el sistema de pago (tarifas).
- Evaluar la calidad y la eficiencia de los centros.

A efectos de gestión de los centros, disponer de un CMBD estándar permite comparar información clínica y datos de actividad con otras organizaciones de asistencia sanitaria o con otros periodos evolutivos. Esto facilita:

- Identificar áreas de desviación de los estancares previstos y corregir desviaciones.

- Desarrollar objetivos y capacidades futuras.

Inicialmente, y teniendo en cuenta el nivel de desarrollo de los sistemas de información sanitarios, el CMBD se limitó al registro de la actividad de los hospitales de agudos en el área de hospitalización convencional. A medida que han ido evolucionando los sistemas de información, se ha podido disponer de datos de otras modalidades asistenciales y otros niveles de atención.

De esta manera, la situación actual del registro sistemático del CMBD, en los distintos niveles de atención sanitaria, es la siguiente:

- **Atención primaria:**
  - Estructura del CMBD definida.
  - Envíos en fase piloto.

- **Atención hospitalaria:**
  - Estructura definida que permite el registro de la actividad de algunas modalidades asistenciales (hospitalización, cirugía mayor ambulatoria, hospital de día, entre otras).
  - Obligatoriedad de registro en hospitalización y cirugía mayor ambulatoria.

- **Atención sociosanitaria:**
  - Estructura definida que permite el registro de cualquier actividad en cualquier línea asistencial.
  - Obligatoriedad de registro en larga estancia, cuidados paliativos y convalecencia.

- **Atención de urgencias:**
  - Estructura definida del CMBD.
  - Envíos en fase piloto.

- **Atención salud mental:**
  - Estructuras definidas que permiten el registro de la actividad de los centros ambulatorios de salud mental y de la atención hospitalaria.

– Obligatoriedad de registro en salud mental ambulatoria y hospitalización.

El ámbito de la atención ambulatoria, tanto en el ámbito hospitalario (consulta externa, urgencias, entre otros) como en atención primaria, presenta especiales dificultades para la normalización del CMBD.

Estas dificultades aparecen ya en la definición de la estructura de la base de datos, y también en el registro sistemático de la actividad, y están relacionadas con las especificidades de este tipo de actividad, siendo las más significativas las siguientes:

1) Volumen de actividad. En atención ambulatoria, el número de contactos del paciente con el sistema en un periodo de tiempo (visitas) es muy superior al de hospitalización o CMA (altas).

2) Dificultad de definición de la unidad de registro. El concepto de alta hospitalaria como unidad de actividad en hospitalización no ofrece dudas. No ocurre lo mismo en el ámbito ambulatorio, en el que, en función del uso posterior que quiera darse a la información, pueden plantearse diferentes unidades de registro tales como paciente, episodio, visita, motivo de contacto, etc.

3) Falta de desarrollo de los sistemas de codificación. Existe un acuerdo internacional en cuanto a la utilización de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9.ª revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC) como sistema de codificación de los datos clínicos en hospitalización.

En la actividad ambulatoria y, básicamente, en la atención primaria, no se dispone de acuerdos similares, aunque la propuesta de CMBD para atención primaria, que se menciona anteriormente, recomienda como sistema de codificación para este tipo de actividad la 10.ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10).

2. Estructura y variables del CMBD

Las variables clínicas, que conforman la estructura general del CMBD vigente, son las que determinan en mayor medida la utilidad posterior de este tipo de sistemas de información; también resultan ser las de mayor riesgo a la hora de presentar problemas cualitativos.

Podemos clasificarlas en función de lo siguiente:

1) Variables identificativas del paciente

- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Población de residencia
- Identificador en el sistema sanitario: CIP
- Número de historia clínica

2) Variables identificativas del episodio

a) Administrativas

- Tipo de recurso sanitario
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Tipo de ingreso
- Circunstancias de alta
- Destino al alta

b) Clínicas

- **Diagnóstico principal (DP)**
  Es el proceso patológico que después del estudio pertinente, y según criterio facultativo, se considera la causa principal del ingreso del paciente en el hospital.
  Cuando un paciente ingresa en el hospital con distintos procesos concomitantes y cada uno de ellos es lo suficientemente importante como para motivar el ingreso, cualquier diagnóstico se podrá considerar como principal. Se recomienda considerar como DP el que requiera procedimiento quirúrgico.

"Traducción" de las variables clínicas

Para que la información del CMBD pueda ser procesada posteriormente, a fin de obtener indicadores de actividad, eficiencia y calidad del centro, es imprescindible que las variables clínicas hayan sido "traducidas" al lenguaje documental estándar internacional. Esta

"traducción" es la codificación mediante CIE-9-MC aceptada actualmente como estándar de codificación de las variables clínicas.

- **Diagnósticos secundarios (DS)**

  Se trata de los procesos patológicos que no son el principal y que coexisten con este en el momento del ingreso, se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria, influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrado.

  La American Hospital Association (AHA) indica que podemos informar como DS todas aquellas situaciones clínicas que hayan requerido alguna de las actuaciones siguientes:
  - Evaluación clínica
  - Estudios y procedimientos diagnósticos
  - Tratamiento terapéutico
  - Prolongación de la estancia
  - Aumento de los cuidados de enfermería

  Proponemos una clasificación de las circunstancias clínicas que podemos informar como DS en un episodio de hospitalización, ya que cumplen las condiciones mencionadas:
  - Comorbilidades: entidades nosológicas crónicas ya existentes antes del ingreso y que perduran una vez finalizado este.
  - Complicaciones
  - Antecedentes o estados: situaciones que, sin ser patológicas, tienen significación clínica y deben ser tenidas en cuenta en el actual episodio.

Comorbilidades

Por ejemplo, hipertensión, diabetes, insuficiencia renal crónica, etc.

Complicaciones

Por ejemplo, infección de orina, flebitis por catéter, hematoma de herida quirúrgica, etc.

Antecedentes o estados

Por ejemplo, historia de neoplasia, portador de colostomía, alergia a fármacos.

Procedimientos (principal y otros)

Deben informarse todos aquellos procedimientos quirúrgicos y obstétricos, diagnósticos o terapéuticos que requieren recursos materiales o humanos especializados y que impliquen un riesgo para el paciente. Serán, por tanto, aquellos procedimientos en los que se haya utilizado quirófano o sala de partos.

Si existen varios, se informa como principal:

- El más relacionado con el DP.
- El que tenga finalidad terapéutica antes que diagnóstica.

3. Calidad del CMBD

La calidad del CMBD está directamente relacionada con la calidad de sus variables clínicas, ya que son estas las que requieren una mayor **elaboración** y, por tanto, son más susceptibles de error.

El CMBD tiene, hoy en día, un gran número de utilidades, que van desde la fijación de tarifas para el pago a los proveedores del sistema hasta la elaboración de indicadores de calidad de asistencia (como pueden ser las tasas de complicaciones ajustadas por riesgo o la mortalidad ajustada por riesgo).

Según esto último, es especialmente importante garantizar la calidad de las variables clínicas para que se correspondan, de la forma más precisa posible, con la realidad clínica del episodio.

Los diagnósticos y procedimientos que constituyen las variables clínicas se obtienen, sobre todo, del **informe de alta o asistencia**. Este documento debe elaborarlo el clínico responsable del paciente. La historia clínica informatizada actualmente permite el acceso a otra información complementaria que pueda ser de interés en este proceso.

Ved también

Encontraréis una descripción detallada del informe de alta en el apartado "Funciones y usos de la HC" del módulo 2.

Los aspectos que determinan, en gran manera, la calidad del informe de alta y, consecuentemente, de las variables clínicas y del CMBD, son los siguientes:

1) Selección del diagnóstico principal

- Se denomina indización.
- Como hemos definido anteriormente, el concepto de DP es una convención internacional y debe aplicarse de forma homogénea.
- La identificación y selección del DP corresponde al clínico responsable del paciente.

2) Exhaustividad

- Informar todos los episodios y en cada uno de ellos todas las variables posibles.
- Es importante informar la totalidad de los DS existentes, ya que esta variable tiene un gran impacto en los indicadores de complejidad de la patología atendida y justificará prolongaciones de la estancia que podrían valorarse como ineficiencias del sistema, si falta esta información.

3) Precisión

- Informar con todo el grado de detalle.

- Es importante en algunos aspectos, como son las localizaciones de determinadas lesiones o traumatismos, estadios evolutivos de algunos procesos, patrones de consumo de tóxicos, etc.

- La información detallada permitirá el uso de códigos específicos.

- La precisión de la información no tiene especial impacto en los indicadores que mencionábamos, pero sí lo tiene en las búsquedas documentales que posteriormente puedan hacerse sobre el CMBD, ya que permitirá recuperar de forma específica la totalidad de los casos que necesitamos y solo los que nos interesen.

4. Circuitos del CMBD

4.1. Circuito interno del CMBD

El servicio o unidad de admisiones tiene la responsabilidad de las variables identificativas del paciente y las administrativas del proceso. Este servicio obtiene los datos identificativos, en el primer contacto con el paciente, y como responsable de la gestión del episodio asistencial también lo es de sus datos administrativos (fecha de ingreso, fecha de alta, tipo de ingreso, etc.).

Los datos clínicos se generan a partir de la interacción del equipo sanitario con el paciente en el proceso de diagnóstico y tratamiento del proceso patológico. Esta información se registra en la **historia clínica** y, al finalizar el episodio, se resume en el **informe de alta**.

Ved también

Más información sobre la historia clínica, en el apartado "Etapas históricas de evolución de la historia clínica (HC)" del módulo 2.

Encontraréis una descripción detallada del informe de alta en el apartado "Funciones y usos de la HC" del módulo 2.

El servicio o la unidad de documentación clínica es el responsable de validar la indización y codificar el episodio. A partir de la codificación de los diagnósticos y los procedimientos, se ha cumplimentado la totalidad del CMBD del episodio.

Indización y codificación

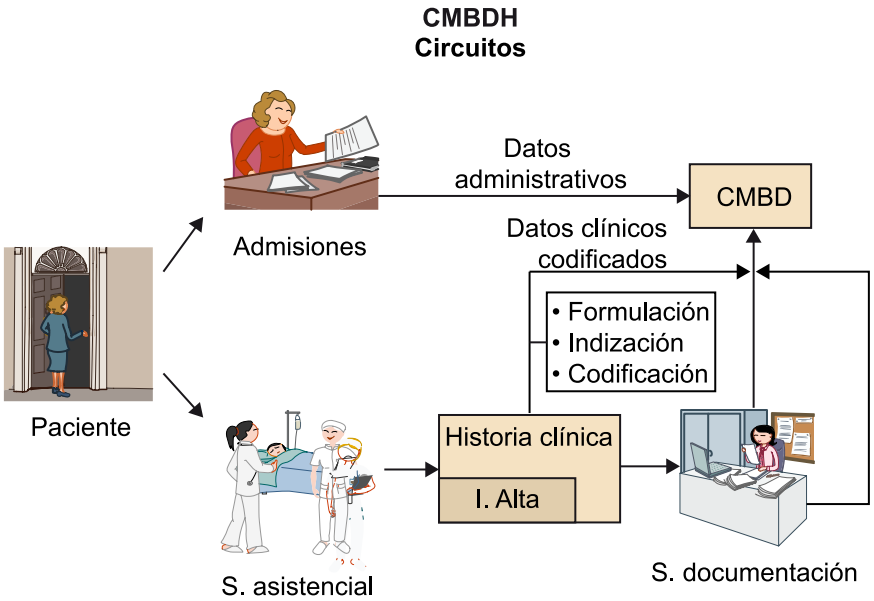
Sobre el informe de alta, deben llevarse a cabo las dos actuaciones documentales:

1) Indización: selección del DP, DS y procedimientos

2) Codificación: "traducción" del lenguaje natural al documental CIE-9-MC

Podemos representar el proceso gráficamente:

Circuito interno del CMBD



4.2. Circuito externo del CMBD

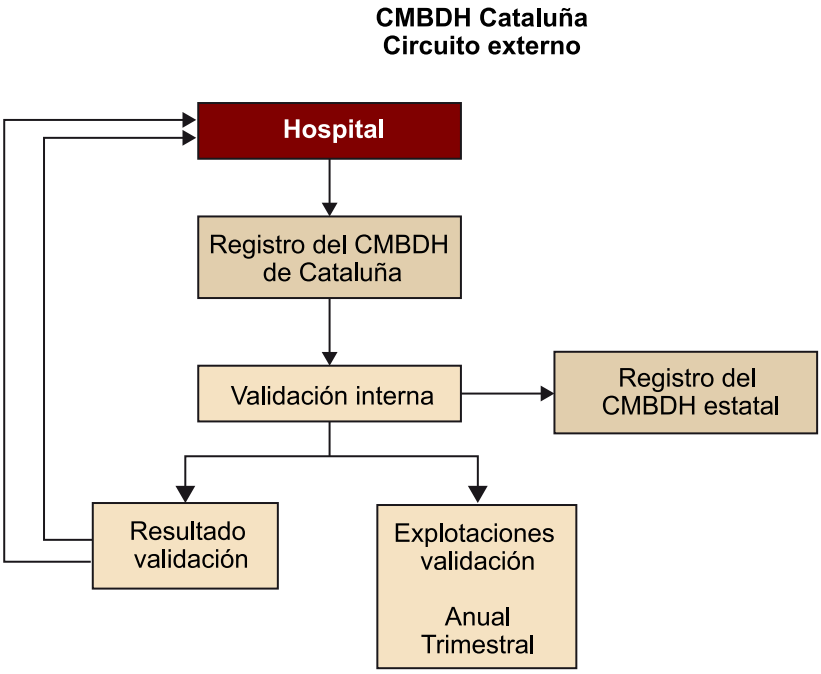
Los centros asistenciales deben trasmitir el CMBD de su actividad a las autoridades sanitarias con una periodicidad diaria (a través de *webservice*), mensual, trimestral o semestral, en función del tipo de CMBD.

En Cataluña, la entidad receptora es el Registro del CMBD de Cataluña, el cual lleva a cabo un proceso de validación interna de la base de datos e informa del resultado al centro, a fin de que este pueda corregir los errores detectados.

Periódicamente, el Registro del CMBD informa a los centros de los resultados de las explotaciones realizadas y del posicionamiento del centro, en relación con el conjunto en base a los indicadores establecidos en cada momento.

Podemos representar el proceso gráficamente:

Circuito externo del CMBDH Cataluña



Resumen

El CMBD es la principal fuente de información que tienen las administraciones sanitarias para poder llevar a cabo sus funciones. En España, cada comunidad autónoma tiene el control sobre este registro. Por lo tanto, hay algunas diferencias en el formato. Existe un registro centralizado que aglutina todos los CMBD de todas las comunidades y que es consultable por Internet.

Bibliografía

Consulta interactiva del SNS. Disponible en: http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/Default.aspx

Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD). Disponible en: http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/prov_cmbd.htm

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Iasist. Disponible en: http://www.iasist.com/es/recursos/glosario/conjunto-minimo-basico-de-datos-cmbd

Junta de Andalucía. *CMBD*. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hhuuvr/extranet/CmsHUVR/Online/Externo/huvr/profesionales/CMBD.html

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estadísticas y Estudios - Registro de Altas de los Hospitales*. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd.htm

Rojo, F. (1996). "El conjunto mínimo básico de datos (CMBD) como fuente de estudio para la morbilidad hospitalaria". *CSIC. Estudios geográficos* (vol. 49, núm. 192, págs. 357-380). Disponible en: http://hdl.handle.net/10261/25599 [Consultado: 2010-08-06].