



Atención al Ictus Isquémico a través del CMBD hospitalario. 2011-2012.

Resumen:

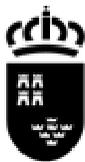
Métodos:

- *Periodo de estudio:* Años 2011 y 2012.
- *Fuente de los sujetos:* Registros del CMBD con internamiento.
- *Hecho a estudio:* Episodios de ictus isquémico en residentes en Murcia, atendidos en hospitales de la Región, cuya asistencia haya sido sufragada por el SMS.
- *Indicadores:* En función del área de salud de residencia, edad, sexo, estancia media, frecuentación hospitalaria, mortalidad intrahospitalaria total y a los 30 días, intensidad diagnóstico-terapéutica, asistencia en los hospitales de referencia regionales o en la concertada y reingresos en 30 días.

Conclusiones:

En 2012 se han registrado 1.884 episodios completos de asistencia hospitalaria con internamiento de ictus isquémico en pacientes residentes en la Región de Murcia, con asistencia a cargo del SMS que se corresponden con 2.053 altas registradas en el CMBD, esto supone un descenso del 5,4% con respecto al año anterior, lo que se traduce con un descenso de la frecuentación hospitalaria. Un 9,3% de los pacientes han sido sometidos a algún procedimiento terapéutico de los valorados (10,0% en 2011), este descenso se debe al descenso de la trombolisis (4,2% y 5,3% en 2011). Existe gran variabilidad diagnóstico-terapéutica por áreas de salud de residencia del paciente. En la estancia media y la mortalidad no se observan cambios.

Agosto de 2013



Atención al Ictus Isquémico a través del CMBD hospitalario.
2011-2012.

MANTENIMIENTO DE LAS BB DD DEL CMBD Y ELABORACIÓN DE LAS BB DD A ESTUDIO

Oscar Forcada Navarro.

María del Carmen Ibáñez Pérez.

ANÁLISIS Y REDACCIÓN DEL DOCUMENTO:

Lauro Hernando Arizaleta.

REVISIÓN:

Ana Morales Ortiz (*).

Joaquín A. Palomar Rodríguez.

(*). Coordinación del Programa del Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Arrixaca.
SMS.

EDITA:

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria.

Dirección General de Planificación, Ordenación

Sanitaria y Farmacéutica e Investigación

Consejería de Sanidad y Política Social. Región de Murcia.

CITA RECOMENDADA:

Atención al Ictus Isquémico a través del CMBD hospitalario.
2011-2012.

Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1321. Murcia: Consejería Sanidad y Política Social;
2013.

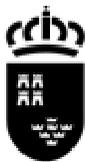
Se puede solicitar una copia de este documento y/o de las tablas en formato electrónico a:

planificacion-sanitaria@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.



Las enfermedades cerebrovasculares constituyen una de las principales causas de mortalidad (la segunda en España y la primera entre las mujeres) siendo la Región de Murcia una de las CCAA con mayor mortalidad por esta causa. Además, son la principal causa de discapacidad grave en adultos y con un importante impacto económico-sanitario (en el último quinquenio, cada día, alrededor de 90 camas de los hospitales murcianos están ocupadas por personas afectadas por dichas patologías).

A pesar de la aparición en los últimos años de nuevas opciones terapéuticas como el tratamiento trombolítico (fibrinólisis intravenosa e intraarterial) y vascular (angioplastia/endarterectomía), continúan existiendo ciertas limitaciones en el manejo de estos pacientes.

A mediados del 2009, la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia elaboró el Programa de Atención al Ictus, una de sus líneas estratégicas de actuación es la atención en fase aguda al paciente con ictus, con el establecimiento del Código Ictus, sistema que permite una rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con ictus a los servicios de urgencias y la creación de Unidades de Ictus, unidades hospitalarias situadas en áreas geográficas bien definidas e integradas por un equipo multidisciplinar coordinado y entrenado en el manejo de estos pacientes. Además se designan dos hospitales de referencia regional para la realización del tratamiento fibrinolítico. El Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca y el Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, únicos que disponen de la Unidad.

El presente informe es una actualización de los previos^{1,2} y presenta un resumen de los indicadores sobre la asistencia hospitalaria de la fase aguda de los pacientes residentes en la Región atendidos por Ictus Isquémico (excluyendo el Ictus Hemorrágico y el AIT) durante los años 2011 y 2012.

Los resultados que se exponen se limitan a la atención intrahospitalaria. Las deficiencias en la información de la población (reconocimiento tardío de los síntomas), los retrasos en solicitar asistencia o los problemas de accesibilidad no se pueden identificar y pueden afectar a los resultados asistenciales. Tampoco se puede valorar, con esta fuente de información, la evolución de la mortalidad o de las secuelas de esta patología.

La evolución de la asistencia al conjunto de la patología cerebrovascular entre 2008 y 2012, y de manera más detallada al Ictus Isquémico, con todos los indicadores elaborados se encuentra disponible en www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2083. Las ligeras variaciones en los resultados con los informes previos se deben a que el recalcado de los indicadores se ha visto afectado por la actualización de la base de datos del CMBD. También, recientemente, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha publicado un resumen de resultados correspondientes al año 2010³.

¹ Patología cerebrovascular y Programa de atención al Ictus a través del CMBD. 2008-2010. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1107. Murcia: Consejería Sanidad y Política Social; 2011. accesible en http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=1868&idsec=88

² Atención al Ictus a través del CMBD hospitalario. 2010-2011. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1215. Murcia: Consejería Sanidad y Política Social; 2012. accesible en http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=1984&idsec=88

³ Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Estadísticas Comentadas: Carga de morbilidad y proceso de atención a las enfermedades cerebrovasculares en los hospitales del SNS. Año 2010 [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Accesible en http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ECV_SNS_2010.pdf



El Programa del Ictus indica la necesidad de trasladar a los pacientes a los centros de referencia en ciertas circunstancias, por este motivo, en el presente informe se han unido episodios asistenciales del mismo paciente, realizados en distintos hospitales sin presentar interrupción asistencial (episodios completos). Al final del documento, se adjunta la metodología de manera detallada.

En el año 2012 se han identificado 1.884 episodios completos que se basan en 2.053 altas registradas en el CMBD (1,09 altas por episodio completo). La frecuentación hospitalaria (127,8 episodios completos por 100.000 habitantes) ha disminuido un 5,7% en relación al año anterior. Un 62,4% de estos episodios se corresponden a pacientes menores de 80 años, que presentan una frecuentación de 83,0, con una disminución del 2,4%.

Tabla 1. Indicadores de Ictus Isquémico en población total y menor de 80 años. Región de Murcia. 2011-2012.

	Total población		Menores de 80 años	
	2011	2012	2011	2012
Episodios completos	1.992	1.884	1.202	1.175
Tasa (100.000 habitantes)	135,5	127,8	85,1	83,0
Altas por Episodio completo	1,07	1,09	1,10	1,11
Varones (%)	52,3	55,2	60,8	64,9
Menores de 80 años (%)	60,4	62,4	-	-
Edad media	74,2	73,8	67,0	66,9
Ingreso Urgente (%)	88,5	89,1	88,4	89,1
Estancia media	10,8	10,3	10,3	9,4
Mortalidad (%)	12,2	12,5	7,0	6,6
Mortalidad 30 días (%)	10,7	10,2	6,2	5,9
<i>Procedimientos diagnósticos</i>				
TAC (%)	82,2	83,9	83,0	83,6
RMN (%)	33,1	31,2	44,2	40,7
Angiografía (%)	24,5	23,0	32,5	30,8
Ultrasonidos (%)	39,2	41,6	46,5	46,9
<i>Procedimientos terapéuticos</i>				
Trombolisis (%)	5,3	4,2	6,2	5,6
Trombectomía mecánica (%)	2,0	2,5	2,1	3,3
Alguno de los anteriores (%)	6,1	5,4	7,1	7,2
Endarterectomía (%)	1,1	1,2	1,3	1,7
Angioplastia (%)	4,1	4,2	5,4	5,9
Alguno de los anteriores (%)	5,2	5,3	6,7	7,4
Algún procedimiento terapéutico (%)	10,0	9,3	12,2	12,6
Reingresos a 30 días (%) ⁽¹⁾⁽⁵⁾	10,1	8,4	8,9	7,8
Reing. Program. 2 meses (%) ⁽²⁾⁽⁵⁾	1,0	1,1	1,5	1,8
Hosp. referencia (%) ⁽³⁾	37,4	40,8	44,6	47,3
Solo h. concertados (%) ⁽⁴⁾	10,4	7,4	5,8	3,7

(1) Por cualquier motivo, en cualquier hospital. (2) Programados en Neurología de hospitales de referencia (H. Arrixaca o C.H. Cartagena). (3) Han estado internados en hospitales referencia en algún momento. (4) Solo han estado internados en hospitales concertados. (5) En denominador se descuentan los fallecidos. Fuente: Registro del CMBD. Consejería de Sanidad. Población: Padrón Municipal, Centro Regional de Estadística.



La edad media de los pacientes (73,8 años), la distribución por sexo, con un predominio de los varones (55,2%) sobre todo en los menores de 80 años y la mortalidad hospitalaria total (12,5%) y a 30 días (10,2%) son similares al año anterior.

De manera genérica la intensidad diagnóstico-terapéutica es mayor en el grupo de población de menor edad.

A un 83,9% de los pacientes se les practicó un TAC, disminuye la práctica de la RMN (31,2% en 2012) y angiografía (23,0%), aumentando la de ultrasonidos diagnósticos (41,6%).

Un 9,3% de los pacientes han sido sometido a un procedimiento terapéutico (10,0% en el año anterior). La trombolisis farmacológica se ha practicado a un 4,2% de los pacientes (5,3% en 2011), la trombectomía mecánica a un 2,5% (2,0), la endarterectomía a un 1,2% (1,1) y la angioplastia a un 4,2% (4,1).

Los reingresos se han calculado descontando los fallecidos; se consideran en un periodo de 30 días, en cualquier hospital (no solamente en el que se produce el alta), tanto de carácter urgente como programado (los ingresos en los hospitales concertados son mayoritariamente programados, ya que provienen de hospitales del SMS) y por cualquier motivo, bajo esta definición un 8,4% de los pacientes han sufrido un reingreso en 2012. Está pendiente de analizar los motivos de los mismos.

Descontando los pacientes fallecidos, un 1,1% de los pacientes han reingresado de manera programada en los dos meses posteriores al alta, el reingreso se ha producido en alguno de los hospitales de referencia (Hospital Virgen de la Arrixaca o Complejo Hospitalario de Cartagena) con un diagnóstico de Ictus Isquémico y en ese mismo ingreso se les ha practicado una angioplastia, por lo que son susceptibles de no ser casos nuevos de Ictus, en tal caso se deberían de descontar del total de episodios aunque se debería de seguir teniendo en cuenta el tratamiento realizado.

Un 40,8% de los pacientes han sido asistidos, en algún momento, en los hospitales de referencia (47,3% entre los menores de 80 años) y son estos los que han podido acceder plenamente, en caso de estar indicado, al arsenal terapéutico disponible. Por el contrario, un 7,4% de los pacientes han sido asistidos exclusivamente en un hospital concertado (3,7% en los menores de 80 años) en su mayor parte tras haber sido evaluados en los servicios de urgencias de los hospitales del SMS.



Tabla 2. Indicadores de Ictus Isquémico (%) por Áreas de Salud de residencia del paciente. Región de Murcia. 2011-2012.

	Episodios		Mortalidad		TAC		RMN		Angiografía		Ultrasonidos		Algún proc. terapéutico		Hosp. referencia ⁽¹⁾		Hosp. concertados ⁽²⁾	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Área I Murcia Oeste	320	303	15,0	11,6	77,2	78,9	29,1	29,7	32,2	29,4	43,8	43,2	15,6	9,6	79,4	86,5	16,9	11,2
Área II Cartagena	287	315	13,2	11,4	84,3	82,2	46,3	35,2	28,9	25,1	43,6	44,1	17,8	14,0	95,5	95,2	3,1	3,8
Área III Lorca	247	252	12,1	14,7	75,3	81,7	42,9	38,1	33,6	30,2	24,3	32,9	4,9	4,8	13,8	8,3	20,2	16,7
Área IV Noroeste	120	147	20,0	17,0	70,8	69,4	3,3	4,1	14,2	12,9	8,3	4,8	6,7	9,5	19,2	20,4	1,7	1,4
Área V Altiplano	57	72	10,5	15,3	94,7	95,8	36,8	23,6	24,6	13,9	5,3	9,7	7,0	9,7	10,5	15,3	0,0	0,0
Área VI Vega Media	352	305	8,5	11,1	88,1	90,2	16,2	22,3	17,9	21,3	42,9	50,5	7,7	11,5	14,2	18,4	17,9	8,5
Área VII Murcia Este	342	282	7,6	9,6	86,0	89,0	45,9	48,6	20,8	18,1	54,4	59,2	8,8	6,4	17,0	14,5	4,4	3,5
Área VIII Mar Menor	139	110	12,9	10,0	87,1	84,5	34,5	26,4	27,3	25,5	39,6	43,6	7,2	10,0	23,0	26,4	0,0	4,5
Área IX Vega Alta	111	83	16,2	19,3	82,9	92,8	33,3	36,1	14,4	14,5	45,0	54,2	7,2	6,0	10,8	14,5	0,0	1,2
Total	1992	1884	12,2	12,5	82,2	83,9	33,1	31,2	24,5	23,0	39,2	41,6	10,0	9,3	37,4	40,8	10,4	7,4

(1) Atendidos en hospitales de referencia en algún momento (%). (2) Atendidos sólo en hospitales concertados (%). Fuente: Registro del CMBD. Consejería de Sanidad.

En líneas generales, los pacientes residentes en las Áreas de Salud de Murcia-Oeste, Cartagena, Noroeste, Altiplano, Vega Media y Mar Menor, reciben una intensidad terapéutica mayor que el resto. Los residentes en el Área del Noroeste presentan una (relativa) baja intensidad diagnóstica que no se relaciona con una (relativa) alta intensidad terapéutica y de asistencia en los hospitales de referencia.

No parece existir una gran relación entre accesibilidad geográfica y asistencia en los hospitales de referencia, los residentes en el Noroeste (20,4%) o el Mar Menor (26,4%) son asistidos con mayor frecuencia en dichos hospitales que los residentes en la Vega Media (18,4%) o Murcia-Este (14,5%), aunque los residentes en el Área de la Vega Media presentan una mayor proporción de procedimientos terapéuticos.

Los residentes en las Áreas de Salud de Murcia-Oeste y Lorca son los que con mayor frecuencia son atendidos únicamente en hospitales concertados.



Tabla 3. Indicadores de Ictus Isquémico (%) por Áreas de Salud de residencia del paciente. Población menor de 80 años. Región de Murcia. 2011-2012.

	Episodios		Mortalidad		TAC		RMN		Angiografía		Ultrasonidos		Algún proc. terapéutico		Hosp. referencia ⁽¹⁾		Hosp. concertados ⁽²⁾	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Área I Murcia Oeste	189	193	6,9	6,2	81,5	82,9	42,3	37,8	40,2	36,3	49,2	49,2	20,1	13,5	91,0	95,9	6,3	2,1
Área II Cartagena	190	211	8,4	4,7	85,3	81,5	56,3	43,6	33,7	32,2	48,4	51,2	17,4	19,4	98,4	97,2	0,5	1,9
Área III Lorca	150	166	6,0	9,0	80,7	82,5	56,0	47,0	46,7	41,6	28,0	37,3	6,7	5,4	18,7	11,4	11,3	10,8
Área IV Noroeste	63	87	17,5	12,6	74,6	70,1	6,3	6,9	20,6	14,9	12,7	4,6	6,3	9,2	28,6	26,4	1,6	0,0
Área V Altiplano	33	39	6,1	5,1	93,9	92,3	39,4	33,3	30,3	25,6	9,1	10,3	9,1	15,4	15,2	25,6	0,0	0,0
Área VI Vega Media	203	184	4,9	6,0	86,2	87,5	24,1	32,6	26,6	28,8	57,1	59,8	11,3	14,7	21,2	23,9	13,3	6,5
Área VII Murcia Este	222	157	4,1	5,1	82,4	87,3	54,5	64,3	28,4	24,8	59,9	63,7	11,7	10,2	23,0	18,5	3,6	1,3
Área VIII Mar Menor	87	80	13,8	6,3	87,4	81,3	47,1	33,8	34,5	31,3	42,5	42,5	4,6	12,5	23,0	30,0	0,0	3,8
Área IX Vega Alta	59	51	3,4	5,9	79,7	92,2	49,2	47,1	18,6	21,6	57,6	62,7	10,2	9,8	16,9	21,6	0,0	0,0
Total	1202	1175	7,0	6,6	83,0	83,6	44,2	40,7	32,5	30,8	46,5	46,9	12,2	12,6	44,6	47,3	5,8	3,7

(1) Atendidos en hospitales de referencia en algún momento (%). (2) Atendidos sólo en hospitales concertados (%). Fuente: Registro del CMBD. Consejería de Sanidad.

La asistencia a los menores de 80 años se caracteriza por una menor mortalidad (cercana al 50%), una mayor intensidad diagnóstica (35% superior en el caso de la RMN o la angiografía) y terapéutica (35%), un mayor uso de los hospitales de referencia (15%) y menor de la concertada (50%).

Exceptuando a los residentes en el Área de Salud del Noroeste, el patrón por Áreas de Salud de residencia coincide con el observado en el total de los pacientes.



Tabla 4. Indicadores de Ictus Isquémico (%) por Hospital responsable del alta. Región de Murcia. 2011-2012.

	Episodios		Estancia media		Mortalidad		TAC		RMN		Angiografía		Ultrasonidos		Algún proc. terapéutico		Reingresos 30 días		Hosp. referencia ⁽¹⁾	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
H. C. Virgen Arrixaca	384	385	8,3	7,2	11,7	10,9	78,4	80,5	28,4	28,6	45,8	43,1	42,7	39,2	27,9	22,3	8,8	8,5	100,0	100,0
C. Hospitalario de Cartagena	283	298	10,9	8,9	10,2	5,7	88,3	86,9	50,5	38,6	30,4	25,5	45,6	48,3	18,0	13,8	7,5	7,8	100,0	100,0
H. Rafael Méndez	160	196	7,2	6,6	6,9	10,7	93,8	91,8	56,9	45,9	45,6	33,2	27,5	41,3	1,9	3,6	6,0	5,1	2,5	4,1
H. Comarcal del Noroeste	104	121	9,7	7,8	18,3	14,0	71,2	71,9	2,9	0,0	6,7	3,3	5,8	1,7	4,8	4,1	7,1	4,8	8,7	5,8
H. Virgen del Castillo	55	65	8,1	7,3	9,1	13,8	96,4	98,5	36,4	24,6	23,6	10,8	3,6	7,7	3,6	6,2	10,0	12,5	7,3	6,2
H. JM Morales Meseguer	250	248	10,8	10,5	8,2	8,8	92,8	94,4	23,2	27,0	15,6	18,5	57,2	60,9	4,8	6,5	13,9	4,8	6,8	8,9
H. Reina Sofía	301	243	8,8	10,2	6,3	7,4	91,0	92,2	51,8	53,5	19,9	13,6	59,5	65,0	4,3	2,9	9,2	8,4	7,6	4,9
H. Los Arcos del Mar Menor	110	80	8,5	8,5	12,2	5,3	94,5	93,8	30,9	30,0	20,0	26,3	43,6	42,5	0,9	2,5	14,3	13,2	1,8	7,5
Hospital de la Vega L. Guirao	104	75	10,6	10,1	18,3	20,0	82,7	94,7	31,7	36,0	7,7	12,0	46,2	56,0	3,8	6,7	14,1	13,3	1,9	10,7
Hospitales Concertados	241	173	21,9	27,9	27,4	41,6	47,3	43,9	5,0	5,2	1,7	3,5	7,5	9,2	0,8	1,2	13,7	17,8	7,1	11,0

(1) Atendidos en hospitales de referencia en algún momento (%). Fuente: Registro del CMBD. Consejería de Sanidad.

En los episodios completos (aquellos que comprenden más de un alta hospitalaria con continuidad asistencial), se considera hospital responsable del alta al último hospital donde fue asistido el paciente y fue dado de alta con destino a domicilio o a un centro de media-larga estancia, teniendo en cuenta que si este último episodio tiene una duración mayor a los 90 días no se contabiliza.

Para valorar los resultados hay que tener en cuenta que el escaso número de pacientes en algunos centros puede ocasionar amplias oscilaciones en los mismos, por otra parte los pacientes asistidos en los hospitales concertados están seleccionados (por su asistencia anterior en hospitales o servicios de urgencias de los hospitales del SMS) y pueden presentar características de peor pronóstico, que podrían justificar el nivel de mortalidad o de reingresos.

En las ocasiones en que el hospital responsable es un centro de referencia regional es cuando se observa una mayor intensidad diagnóstico-terapéutica.

Descontando los hospitales de referencia y la concertada, no parece existir relación entre la estancia media y el porcentaje de pacientes que son asistidos en los hospitales de referencia, lo que inicialmente orientaría hacia que la derivación no aumenta la estancia media.



Tabla 5. Indicadores de Ictus Isquémico (%) por Hospital responsable del alta. Población menor de 80 años. Región de Murcia. 2011-2012

	Episodios		Estancia media		Mortalidad		TAC		RMN		Angiografía		Ultrasonidos		Algún proc. terapéutico		Reingresos 30 días		Hosp. referencia ⁽¹⁾	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
H. C. Virgen Arrixaca	280	283	8,7	6,9	8,2	9,9	75,4	75,6	34,3	32,5	50,0	45,9	40,7	38,9	28,2	25,1	8,2	7,5	100,0	100,0
C. Hospitalario de Cartagena	186	205	10,2	8,8	7,3	1,9	86,9	84,8	59,7	45,7	33,5	31,0	49,2	54,8	17,3	17,6	6,2	7,8	100,0	100,0
H. Rafael Méndez	105	134	7,6	6,6	3,8	7,5	94,3	88,8	67,6	54,5	56,2	44,0	28,6	45,5	2,9	3,7	5,9	5,6	3,8	5,2
H. Comarcal del Noroeste	50	69	9,5	8,0	12,0	8,7	76,0	72,5	6,0	0,0	12,0	2,9	10,0	0,0	8,0	4,3	2,3	3,2	16,0	7,2
H. Virgen del Castillo	32	33	7,3	7,1	3,1	3,0	93,8	97,0	37,5	36,4	28,1	21,2	6,3	6,1	6,3	9,1	6,5	9,4	12,5	12,1
H. JM Morales Meseguer	148	151	10,8	9,6	3,4	4,0	90,5	93,4	34,5	39,7	23,0	27,2	77,0	73,5	7,4	9,3	11,2	4,1	10,8	11,9
H. Reina Sofía	184	134	8,9	11,4	2,2	2,2	89,1	89,6	63,6	70,1	28,3	18,7	67,4	69,4	5,4	4,5	10,9	5,2	10,3	6,7
H. Los Arcos del Mar Menor	69	58	7,8	8,8	10,1	3,4	92,8	91,4	44,9	39,7	29,0	32,8	49,3	39,7	1,4	3,4	11,3	17,9	2,9	6,9
Hospital de la Vega L. Guirao	52	44	9,5	10,3	3,8	6,8	80,8	95,5	48,1	47,7	9,6	18,2	61,5	65,9	5,8	11,4	8,0	9,8	3,8	15,9
Hospitales Concertados	91	59	24,2	27,4	19,8	23,7	54,9	55,9	12,1	11,9	2,2	10,2	11,0	11,9	1,1	3,4	15,1	26,7	11,0	15,3

(1) Atendidos en hospitales de referencia en algún momento (%). Fuente: Registro del CMBD. Consejería de Sanidad.

En su mayor parte los resultados coinciden con los observados en el total de los pacientes, con las mismas salvedades apreciadas en el estudio por áreas de residencia.



Anexo: Metodología utilizada para la elaboración del informe⁴.

Periodo de estudio: Años 2011 y 2012.

Fuente de los sujetos: Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD-AH), que incluye los hospitales públicos y privados radicados en la Región.

Hecho a estudio: Son los episodios de alta hospitalaria de los pacientes que cumplen los siguientes requisitos:

- Que el diagnóstico principal que motivó el ingreso sea un código de la CIE 9MC 433, 434 o 436 (Ictus Isquémico).
- Residentes en la Región de Murcia.
- En los que la asistencia sanitaria ha sido sufragada por el SMS, independientemente de que el alta se haya producido en un Hospital de titularidad pública o privada.
- Que no se corresponda con un episodio de media-larga estancia.

Métodos:

- *Unión de episodios:* El Programa Ictus indica la necesidad de trasladar a los pacientes a los hospitales de referencia regional para la realización del tratamiento fibrinolítico, por ese motivo se han unido episodios asistenciales que pertenecen al mismo paciente y se realizan en distintos hospitales sin presentar interrupción asistencial. Para unir los episodios, la estrategia de búsqueda fue identificar altas con el mismo CIP (código de identificación personal de Tarjeta Sanitaria) que presentaran una fecha de alta el mismo día (o el anterior) que un ingreso por un código de patología cerebrovascular investigado o una fecha de ingreso el mismo día (o el posterior) a la del alta. Si los códigos de los episodios consecutivos de una persona pertenecían todos al rango investigado, se unían los episodios. Esta estrategia de análisis afecta al cálculo de los indicadores disminuyendo la frecuentación y aumentando los indicadores relativos a la mortalidad, intensidad diagnóstico-terapéutica y estancia media.
- *Definición de larga estancia:* No se pueden diferenciar los episodios que obedecen a la media-larga estancia. Por este motivo se ha realizado una definición operativa que identifica como tales a aquellos con una duración superior a los 90 días y que se producen en hospitales privados. Se parte del supuesto de que en los hospitales del Servicio Murciano de Salud (SMS) se atienden pacientes agudos y por lo tanto si un paciente supera esta duración de la estancia se debe a las necesidades de atención o, en otro caso, hubiera sido trasladado.
- *Agrupaciones de códigos de procedimientos diagnóstico-terapéuticos:*
 - TAC: Tomografía Axial Computerizada de cabeza, 87.03 y 87.04.
 - RMN: Resonancia Magnética Nuclear de cerebro, 88.91.
 - Angiografía: Angiografía cerebral, 88.41.
 - Ultrasonidos: Ultrasonidos diagnósticos de cabeza y cuello, 88.71.
 - Trombolisis: Inyección de agente trombolítico, 99.10.
 - Trombectomía mecánica: Eliminación endovascular de obstrucción de vasos de cabeza y cuello, 39.74, o incisión, escisión y oclusión de vasos intracraneales o de otros v. de cabeza y cuello, 38.01-2.
 - Endarterectomía: Endarterectomía de vasos intracraneales o de otros vasos de cabeza y cuello, 38.11-2.
 - Angioplastia: Angioplastia percutánea de vaso/s extra/intracraneales, inserción de stent, 00.61 a 00.65. Reparación u oclusión endovascular de vasos de cabeza y cuello, 39.72, 39.75 o 39.76.
- *Indicadores:*
 - Frecuentación: En tasas por 100.000 habitantes. Se utiliza la población a 1 de enero de cada año, en lugar de la interpolación a 1 de julio, por no estar disponible la población a 1 de enero de 2013.
 - El resto de tasas se calculan sobre 100 pacientes.
 - Mortalidad: Se calcula la mortalidad total intrahospitalaria y la mortalidad a los 30 días en los pacientes hospitalizados.

⁴ Idéntica metodología se aplica al informe: Patología cerebrovascular indicadores 2008-2012. www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2083.



- Reingresos a 30 días: Denominador: pacientes ingresados por ictus isquémico dados de alta con vida. Numerador: pacientes incluidos en el denominador que, identificados por el CIP reingresan antes de 30 días por cualquier motivo, en ingreso urgente o programado, en cualquier hospital público o concertado. El indicador se calcula exclusivamente sobre el año natural del ingreso por ictus. Esta forma de cálculo produce una infraestimación de los reingresos de los pacientes dados de alta en diciembre, pero, el sesgo, al ser sistemático, permite valorar la tendencia incluyendo el último año de la serie (en el que no se dispone del mes de enero del año siguiente). Indicador pendiente de validación, parte de la base de que los ingresos en la concertada son mayoritariamente programados (aunque procedan de urgencias de un hospital público) y que un porcentaje de los reingresos están potencialmente causados por el ictus pero el diagnóstico principal no está relacionado con el mismo (infección urinaria, úlceras de decúbito,...).
- Reingresos programados a 2 meses: Denominador: pacientes ingresados por ictus isquémico dados de alta con vida. Numerador: pacientes incluidos en el denominador que, identificados por el CIP, son ingresados antes de 60 días, de manera programada en el Servicio de Neurología del Hospital C.V. Arrixaca o C.H. de Cartagena a los que se les ha practicado una endarterectomía/angioplastia. El indicador se calcula exclusivamente sobre el año natural del ingreso por ictus y presenta el mismo sesgo que el anterior. Parte de la evidencia de que algunos pacientes ingresados por ictus isquémico son citados para la realización de una endarterectomía/angioplastia 'en frío', posteriormente al ingreso por el episodio agudo. Estima la sobrevaloración del número de pacientes con ictus, sin perder información sobre el tratamiento practicado.
- Hospital de referencia: Pacientes internados en algún momento del proceso en algún (o ambos) hospital de referencia.
- Solo hospitales concertados: Pacientes en los que solo se identifica un episodio de asistencia y se corresponde con un hospital concertado. Pueden ser pacientes derivados directamente desde los servicios de urgencias de los hospitales del SMS, asistidos en el Hospital de Molina (con concierto propio con el SMS) o pacientes en los que no se ha podido identificar el episodio de internamiento previo por carecer de CIP.

Validez de la información, limitaciones del estudio:

- *Sobre el número de episodios identificados:* Se han vuelto a recalcular todos los episodios. Las ligeras variaciones con informes precedentes se deben al mantenimiento y actualización del CMBD.
- *Sobre la identificación de los pacientes asistidos:* Para identificar a los pacientes se utiliza el CIP. En el total de episodios completos de altas por patología cerebrovascular se dispone de CIP en más del 95% de las ocasiones. Sin embargo, en los pacientes atendidos en hospitales concertados por ictus isquémico, este porcentaje cae al 55-70%. Esta limitación aumenta la frecuentación y disminuye el resto de los indicadores elaborados.
- *Sobre la identificación de los casos de enfermedad cerebrovascular asistidos:*
 - No se pueden identificar los ictus acaecidos en el transcurso de otro episodio con el paciente ingresado, ya que el código investigado ocupa un diagnóstico secundario. Solamente se han podido introducir aquellos que fueron trasladados a otro centro, por motivo de la patología cerebrovascular, que, entonces, ocupa el diagnóstico principal.
 - Por no existir un código CIE específico, no se pueden discriminar los reingresos debidos a un ictus producido anteriormente de los ocasionados por un segundo ictus en la misma persona.
 - Es difícil identificar los episodios provocados por la rehabilitación y/o la larga estancia. La definición operativa utilizada elimina gran parte de ellos, sin embargo, aquellos episodios con pacientes derivados a la larga estancia que fallecen de manera temprana (antes de los 90 días), están incluidos y penalizan la mortalidad global.
- *Sobre la fuente de información:*
 - El CMBD es una base de datos clínico-administrativa que se basa en la información existente en el informe de alta y la calidad de su codificación. Inexactitudes en el diagnóstico, omisiones en la actividad diagnóstico-terapéutica en el informe de alta o errores en la codificación influyen en los resultados.
 - Exhaustividad: No se dispone de la Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (EESRI) completa para 2012, única fuente que registra la información de las altas



producidas en los centros públicos y privados en función de su régimen de financiación, por lo que no se puede facilitar un indicador definitivo para este año. Sin embargo, según el Sistema de Información de Atención Especializada del SMS (SIAE) la exhaustividad del CMBD de los Hospitales Públicos de Agudos (altas remitidas al CMBD frente a altas producidas) es de un 99%, por lo que la global superará previsiblemente el 96%.

• *Sobre la evaluación del Programa de atención al Ictus:*

- El CMBD recoge, de manera limitada, la experiencia del paciente en el ingreso hospitalario con internamiento. Aunque se hayan unido episodios consecutivos de atención en hospitales distintos, las desigualdades entre áreas de salud deben de ser analizadas con cautela. La baja frecuencia en la práctica de una intervención (fibrinólisis) en un área concreta puede deberse a un problema de accesibilidad, en el que solo se puede intervenir acercando la técnica al paciente, si ello es posible (desde la instauración de la clínica a la primera intervención sanitaria ha pasado un tiempo que sumado al de transporte al centro de referencia superaría las indicaciones de la realización de la intervención, por lo que no se deriva al paciente).
- Por último, la evaluación de resultados (sobre las secuelas de la patología) no puede realizarse a través de esta fuente de información.