



Atención a la Patología Cerebrovascular. Resultados a partir del CMBD. Región de Murcia. 2010-2018.

Resumen:

Método:

- *Periodo de estudio:* Años 2010-2018, repartidos en tres trienios.
- *Fuente de los sujetos:* Registros del CMBD con internamiento.
- *Hecho a estudio:* Pacientes asistidos por patología cerebrovascular residentes en la Región de Murcia, cuyo tratamiento haya sido sufragado por el Servicio Murciano de Salud.
- Se construyen episodios completos uniendo las altas por traslado entre hospitales.

Resultados:

En el último trienio se ha registrado una media anual de 3.000 episodios de enfermedad cerebrovascular, de los que un 65% se corresponden con casos de ictus isquémico.

No se ha identificado una tendencia en la frecuentación por ictus isquémico (123,9 episodios por 100.000 habitantes), ni tampoco variaciones significativas en la estancia media (9,9 días), mortalidad intrahospitalaria (11,2%) o los reingresos a 30 días (9,7%).

Con respecto al primer trienio se observa un aumento en la intensidad terapéutica del 50%, el porcentaje de pacientes que han recibido tratamiento de fase aguda pasa del 5,5 al 8,6 y del 9,3 al 13,9 los que han recibido algún tipo de tratamiento. En el grupo de pacientes menores de 80 años, un 10,5% ha recibido tratamiento de fase aguda y un 17,6% algún tipo de tratamiento en el periodo 2016-2018.

Se identifican diferencias en la intensidad terapéutica en función del área de salud de residencia del paciente pero no en relación al sexo.

El cambio en la codificación de la CIE-9 por la CIE-10 desde el año 2016 ha supuesto una pérdida de información sobre los pacientes afectados y la intensidad diagnóstico terapéutica que aún no se ha recuperado.

Agosto de 2020

¹ Puede accederse al total de los indicadores estudiados por tipo de patología, área de salud de residencia del paciente y hospital responsable del alta entre los años 2008 a 2018 en el siguiente [enlace](#)



Atención a la Patología Cerebrovascular. Resultados a partir del CMBD. Región de Murcia. 2010-2018.

APOYO ADMINISTRATIVO Y DE EDICIÓN

Mónica Garay Pelegrín.

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

Eva María Victoria Méndez.

CODIFICACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Sara Blázquez Hidalgo.

ANÁLISIS Y REDACCIÓN DEL DOCUMENTO:

Lauro Hernando Arizaleta.

REVISIÓN:

Marta Cañadilla Ferreira (*).

Ana Morales Ortiz (**).

Joaquín A. Palomar Rodríguez.

María del Pilar Ros Abellán.

Senay Rueda Nieto (*).

(*). Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Región de Murcia

(**). Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

EDITA:

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al ciudadano. Consejería de Salud. Región de Murcia.

CITA RECOMENDADA:

Atención a la Patología Cerebrovascular. Resultados a partir del CMBD. Región de Murcia. 2010-2018. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 2013. Murcia: Consejería de Salud; 2020.

Puede acceder a información relacionada en <http://www.murciasalud.es/cmbd> o solicitar una copia de este documento y/o de las tablas en formato electrónico a: cmbd@listas.carm.es.

Si desea recibir las publicaciones relacionadas que se elaboren puede mandar un correo electrónico a cmbd@listas.carm.es indicando en ‘asunto’: suscripción informes

© 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.

El personal debidamente acreditado por la Dirección-Gerencia del Área de Salud puede solicitar una base de datos con la información de su población.

Agradecimientos: A todos los profesionales de la salud que, al realizar su labor, han permitido la obtención de la información necesaria para la elaboración de este informe.



El año 2010 fue el primero de aplicación completa del Programa de Atención al Ictus en la Región². En el presente informe, en base a la información que proporciona el CMBD, se analiza la evolución de la enfermedad cerebrovascular en los tres trienios posteriores.

Para valorar de manera correcta la información que se expone hay que tener en cuenta que en 2016 (y por tanto en todo el último trienio), se cambió el sistema de codificación de la CIE-9 a la CIE-10. Este hecho ha traído consigo un descenso en el porcentaje de las altas hospitalarias codificadas y un cambio en los usos de la codificación³, lo que ha supuesto: 1) que el número de episodios anuales ha tenido que ser estimado, aunque persiste una cierta infraestimación del 3-5%; 2) que la intensidad terapéutica también a tenido que ser estimada, con resultados más ajustados pero que cuando se comparan con los ofrecidos por el registro del H. V. de la Arrixaca indican que existe infraestimación y 3) que la intensidad diagnóstica no es fiable y no ha podido ser estimada.

De media, cada año, se asisten cerca de 3.000 episodios de enfermedad cerebrovascular sufragados por el Servicio Murciano de Salud en los hospitales de la Región, que afectan a personas residentes en esta.

Dos tercios de estos episodios se corresponden con casos de ictus isquémico, entre los años 2006 y 2014 no se ha identificado una tendencia en su incidencia⁴. En estos años, la intensidad terapéutica ha aumentado un 50% o más, pasando del 5,5% de los pacientes (2010-2012, tratamiento de fase aguda que incluye la trombolisis química y mecánica) al 8,6% (2016-2018) y del 9,3% (cualquier tipo de tratamiento) al 13,9%. Estos resultados han sido posibles, en parte, debido a que el porcentaje de los pacientes asistidos en los hospitales de referencia ha pasado del 39,5% al 47,0%. Hay que hacer constar que el aumento del fraccionamiento de la asistencia entre varios hospitales no ha afectado a la estancia media (alrededor de 10 días). La mortalidad intrahospitalaria y los reingresos a 30 días no han presentado grandes variaciones. Por último, los resultados en el grupo de población de edad menor a los 80 años (un 60% del total) mejoran a los expuestos para el total de la población.

La existencia de demarcaciones geográficas (áreas de salud) que aúnan los recursos bajo un único equipo de gestión y prestan sus servicios a una población definida, facilita el establecimiento de programas de intervención estructurados y de su evaluación. Esta evaluación se debe de centrar en aspectos relativos a la calidad asistencial y sus resultados, pero, en sistemas sanitarios tipo 'sistema nacional de salud', no se deben relegar aspectos relacionados con la accesibilidad y la equidad.

En el caso del ictus isquémico, no existen diferencias reseñables por sexo del paciente. Tampoco en la mortalidad intrahospitalaria o el nivel de reingresos entre las personas residentes en las distintas áreas de salud. Sin embargo, en el último trienio, los pacientes que residen en las áreas de salud donde radican los hospitales de referencia han recibido en un 50% más de ocasiones tratamiento de fase aguda (11,0% frente a un 7,4%) o algún tipo de tratamiento (18,0% frente a un 11,8%), lo que parece estar asociado a un déficit en la derivación de los residentes en las otras áreas.

Por último, desde 2018 se ha introducido la posibilidad de codificar el resultado del NIHSS que podría proporcionar información válida de cara a orientar las características de los cuadros, pero, su nivel de inclusión en el informe de alta/codificación es aún escaso (10,5%).

² Programa de Atención al Ictus en la Región de Murcia 2009-2011. Murcia: Consejería de Sanidad, 2009, ([enlace](#)).

³ Grado de codificación del CMBD. Hospitales del Servicio Murciano de Salud, 2018. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 2005. Murcia: Consejería de Salud; 2020, ([enlace](#)).

⁴ Maldonado-Cárceles AB, et al. Tendencia de la hospitalización por ictus isquémico en adultos jóvenes de la Región de Murcia durante el periodo 2006-2014. Neurología. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.10.005>.



Patología Cerebrovascular. Indicadores a partir del CMBD. Región de Murcia, 2010-2018.

	2010-2012	2013-2015 ⁽¹⁾	2016-2018 ⁽¹⁾
Episodios completos	9.015	9.187	8.438
<i>Subtipos</i>			
AIT (%)	18,2	19,1	18,1
Hemorragico (%)	16,7	16,6	17,0
Isquémico (%)	65,1	64,3	64,8
Tasa (100.000 habitantes, anualizada)	204,5	208,5	191,2
Estancia media	10,7	10,1	9,8
Mortalidad intrahospitalaria (%)	13,7	12,0	12,0
Reingresos a 30 días (%) ^{(2) (3)}	9,2	9,0	9,5
Asistido en hospital de referencia (%) ⁽⁴⁾	41,3	46,8	49,2
Altas por Episodio completo	1,07	1,11	1,14

2010, primer año completo de aplicación del Programa de Atención al Ictus. (1) Existe una subcodificación que afecta en 2015 al Hospital Rafael Méndez y al Área de Salud de Lorca, en 2016-2018 a los hospitales Rafael Méndez, Virgen Arrixaca y Cartagena. Tras el proceso de estimación, la frecuentación en 2015 no debe de estar afectada; en el resto, puede existir una infraestimación máxima entre el 2,8% (2018) y el 5,2% (2016); el resto de parámetros se calculan con el periodo febrero-julio como estimación del año completo. (2) Por cualquier motivo, en cualquier hospital. (3) En denominador se excluyen los fallecidos. (4) Han estado internados en hospitales referencia en algún momento. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud. Región de Murcia. Población: Padrón Municipal, Centro Regional de Estadística.

Cada año se producen unos 3.000 episodios de enfermedad cerebrovascular asistidos en los hospitales del Servicio Murciano de Salud. En el último periodo se aprecia el ya comentado posible subregistro de casos. Independientemente de ello, ningún indicador hace pensar que esté aumentando la incidencia de esta patología⁵.

En comparación con el primer periodo (2010-2012), el porcentaje de pacientes que, en algún momento del proceso, han sido asistidos en los hospitales de referencia ha crecido un 19% (49,2% en el periodo 2016-2018), lo que significa que dichos pacientes han podido acceder a la máxima tecnología disponible. Este hecho es congruente con el aumento del número de altas por episodio asistencial que, hay que resaltar, no ha significado un aumento en la estancia media.

Como indicadores más cercanos a los resultados, la mortalidad intrahospitalaria y los reingresos⁶ no presentan grandes variaciones a lo largo de este periodo.

⁵ Puede acceder a los indicadores detallados para cada año en una tabla al final del texto o pulsando en este [enlace](#).

⁶ Urgentes a 30 días por cualquier causa y en cualquier hospital.



Ictus Isquémico. Indicadores a partir del CMBD.

Región de Murcia, 2010-2018.

	2010-2012	2013-2015 ⁽¹⁾	2016-2018 ⁽¹⁾	Menores de 80 años		
				2010-2012	2013-2015 ⁽¹⁾	2016-2018 ⁽¹⁾
Episodios completos	5.866	5.907	5.470	3.610	3.636	3.332
Tasa (100.000 habitantes, anualizada)	133,1	134,1	123,9	85,2	86,2	79,2
Estancia media	11,0	10,2	9,9	10,4	9,8	9,9
Mortalidad intrahospitalaria (%)	12,8	11,6	11,2	7,0	5,6	5,7
Trombolisis (%)	4,7	5,7	5,8	5,8	6,1	6,5
Trombectomía mecánica (%)	1,7	3,7	4,2	2,1	4,9	5,9
Algún tratamiento fase aguda (%)	5,5	7,6	8,6	6,8	8,6	10,5
Algún procedimiento terapéutico (%) ⁽²⁾	9,3	12,2	13,9	12,0	15,3	17,6
Reingresos a 30 días (%) ^{(3) (4)}	9,0	9,3	9,7	8,0	8,8	9,7
Asistido en hospital de referencia (%) ⁽⁵⁾	39,4	43,9	47,0	46,1	50,2	53,4
Altas por Episodio completo	1,07	1,11	1,15	1,09	1,12	1,17

2010, primer año completo de aplicación del Programa de Atención al Ictus. (1) Existe una subcodificación que afecta en 2015 al Hospital Rafael Méndez y al Área de Salud de Lorca, en 2016-2018 a los hospitales Rafael Méndez, Virgen Arrixaca y Cartagena. Tras el proceso de estimación, la frecuentación en 2015 no debe de estar afectada; en el resto, puede existir una infraestimación máxima entre el 2,8% (2018) y el 5,2% (2016); el resto de parámetros se calculan con el período febrero-julio como estimación del año completo. (2) Incluye trombolisis química, trombectomía mecánica, endarterectomía y/o angioplastia. (3) Por cualquier motivo, en cualquier hospital. (4) En denominador se descuentan los fallecidos. (5) Han estado internados en hospitales referencia en algún momento. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud. Región de Murcia. Población: Padrón Municipal, Centro Regional de Estadística.

Alrededor del 65% de los episodios de enfermedad cerebrovascular son debidos a un ictus isquémico (1.900 al año, 1.100 de ellos en menores de 80 años). Como en cualquier grupo de esta patología, la valoración de la tendencia temporal de la incidencia es difícil de interpretar por la infracodificación existente.

La edad media de los pacientes se sitúa alrededor de los 73 años, siendo un 62% de ellos menores de 80. Es dentro de este último grupo donde se aprecia una evolución más favorable de los indicadores relacionados con el tratamiento: desde el inicio del Programa de Atención al Ictus los pacientes con un tratamiento de fase aguda han crecido un 55% (del 6,8% al 10,5% en el último trienio estudiado). Casi uno de cada cinco pacientes (17,6%) recibe algún tipo de tratamiento⁷. En parte, estos resultados se deben a que el 53,4% han sido asistidos en un hospital de referencia. En los indicadores clásicos, aunque aumenta la proporción de los pacientes que pasan por más de un hospital a lo largo de la asistencia a su proceso, la estancia media en lugar de aumentar disminuye de 10,9 a 9,9 días. La mortalidad intrahospitalaria y reingresos⁸ no presentan grandes variaciones.

Como novedad, desde el año 2018, la CIE-10-ES permite la codificación del resultado del NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale). El uso de esta escala está ampliamente difundido y valora las funciones neurológicas básicas en la fase aguda. En el año 2018 se conoce la puntuación obtenida en el 10,5% de los pacientes menores de 80 años⁹, motivo por el cual su interpretación y uso es muy limitado. En un 75,9% de los casos, la puntuación fue inferior a 11.

⁷ Puede acceder a los indicadores detallados para cada año en una tabla al final del texto o pulsando en este [enlace](#).

⁸ Urgentes a 30 días por cualquier causa y en cualquier hospital.

⁹ Ver tabla al final del texto o pulse este [enlace](#).



**Ictus Isquémico. Indicadores a partir del CMBD por área de salud de residencia del paciente.
Región de Murcia, 2010-2018 (I).**

	Tasa (x10 ⁵ hab., anualizada)			Estancia media			Mortalidad intrahospitalaria (%)			Reingresos a 30 días (%) ^{(2) (3)}		
	2010-12	2013-15 ⁽¹⁾	2016-18 ⁽¹⁾	2010-12	2013-15 ⁽¹⁾	2016-18 ⁽¹⁾	2010-12	2013-15 ⁽¹⁾	2016-18 ⁽¹⁾	2010-12	2013-15 ⁽¹⁾	2016-18 ⁽¹⁾
Área I Murcia Oeste	122,8	121,8	103,5	9,9	8,7	10,1	13,8	11,7	13,9	7,2	7,5	9,0
Área II Cartagena	104,8	119,5	117,8	12,9	12,2	10,1	13,6	11,2	9,8	8,9	8,3	9,3
Área III Lorca	142,7	154,1	146,2	10,7	10,4	9,4	13,6	11,1	10,1	7,5	10,9	11,3
Área IV Noroeste	188,7	188,6	134,3	9,2	8,3	10,1	16,9	10,8	15,8	7,7	7,6	12,9
Área V Altiplano	129,0	125,5	116,3	7,5	9,4	9,9	13,3	15,4	15,3	10,6	12,5	5,9
Área VI Vega Media	123,9	121,0	124,8	10,4	10,8	8,9	10,7	14,3	10,7	9,5	11,5	8,5
Área VII Murcia Este	153,2	148,7	128,4	10,6	10,3	10,6	9,5	8,6	7,9	9,1	9,4	11,2
Área VIII Mar Menor	120,3	119,5	125,3	11,2	10,1	9,8	10,4	9,8	10,8	11,7	8,0	8,1
Área IX Vega Alta	184,6	147,9	152,5	13,9	9,4	8,3	15,2	12,2	13,9	13,5	6,2	9,4
Región	133,1	134,1	123,9	10,9	10,2	9,9	12,8	11,6	11,2	9,0	9,3	9,7

2010, primer año completo de aplicación del Programa de Atención al Ictus. En negrita valores superiores a la media regional. (1) Existe una subcodificación que afecta en 2015 al Hospital Rafael Méndez y al Área de Salud de Lorca, en 2016-2018 a los hospitales Rafael Méndez, Virgen Arrixaca y Cartagena. Tras el proceso de estimación, la frecuentación en 2015 no debe de estar afectada; en el resto, puede existir una infraestimación máxima entre el 2,8% (2018) y el 5,2% (2016); el resto de parámetros se calculan con el periodo febrero-julio como estimación del año completo. (2) Por cualquier motivo, en cualquier hospital. (3) En denominador se descuentan los fallecidos. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud. Región de Murcia. Población: Padrón Municipal, Centro Regional de Estadística.

El análisis de los indicadores en función del área de salud de residencia del paciente nos permite un acercamiento a la accesibilidad y a la equidad intraterritorial de la asistencia y de sus resultados¹⁰.

A lo largo del periodo estudiado, en los indicadores habituales en la gestión asistencial no se aprecian variaciones consistentes y de cierta magnitud, sobre todo si tenemos en cuenta que dichos indicadores no están ajustados (como mínimo por edad y sexo). A modo de ejemplo entre los años 2013 a 2015 la tasa de frecuentación (134,1 episodios por 100.000 habitantes) fue un 58% mayor entre los residentes en el Área de Salud del Noroeste (188,6, mayor valor) y los residentes en el Área de Salud de Cartagena (119,5, menor valor); si estandarizamos la frecuentación por edad y sexo (lo que significa recalculamos la frecuentación eliminando de manera artefactual la influencia de la estructura por edad y sexo) esta diferencia del 58% se reduce al 42%.

¹⁰ Puede acceder a los indicadores detallados para cada año pulsando en este [enlace](#)



Ictus Isquémico. Indicadores a partir del CMBD por área de salud de residencia del paciente. Región de Murcia, 2010-2018 (II).

	Algún tratamiento fase aguda (%)			Algún proc. terapéutico (%) ⁽²⁾			Asistido en hosp. referencia (%) ⁽³⁾		
	2010-12	2013-15 ⁽¹⁾	2016-18 ⁽¹⁾	2010-12	2013-15 ⁽¹⁾	2016-18 ⁽¹⁾	2010-12	2013-15 ⁽¹⁾	2016-18 ⁽¹⁾
Área I Murcia Oeste	6,9	9,7	13,7	11,8	16,0	21,8	82,8	85,7	91,3
Área II Cartagena	8,7	10,0	8,9	14,9	16,3	14,9	95,7	98,2	97,0
Área III Lorca	3,1	5,8	5,7	5,3	12,3	10,5	10,8	21,1	19,1
Área IV Noroeste	4,3	5,3	10,7	7,1	7,4	14,5	21,7	15,9	32,5
Área V Altiplano	4,6	3,3	4,3	7,0	5,3	7,7	12,6	13,3	16,2
Área VI Vega Media	5,5	6,4	7,3	9,1	10,8	11,8	16,3	17,9	20,0
Área VII Murcia Este	4,6	7,9	8,5	8,0	11,0	14,1	16,5	20,4	25,4
Área VIII Mar Menor	4,5	7,5	8,1	9,0	10,5	10,8	27,4	29,9	30,8
Área IX Vega Alta	4,3	9,1	8,1	6,2	11,6	10,8	13,9	18,2	16,0
Región	5,5	7,6	8,6	9,3	12,3	13,9	39,5	43,9	47,0

2010, primer año completo de aplicación del Programa de Atención al Ictus. En negrita valores superiores a la media regional. (1) Existe una subcodificación que afecta en 2015 al Hospital Rafael Méndez y al Área de Salud de Lorca, en 2016-2018 a los hospitales Rafael Méndez, Virgen Arrixaca y Cartagena. Tras el proceso de estimación, la frecuentación en 2015 no debe de estar afectada; en el resto, puede existir una infraestimación máxima entre el 2,8%(2018) y el 5,2%(2016); el resto de parámetros se calculan con el periodo febrero-julio como estimación del año completo. (2) Incluye trombolisis química, trombectomía mecánica, endarterectomía y/o angioplastia. (3) Han estado internados en hospitales referencia en algún momento. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud. Región de Murcia.

Sin embargo esta situación cambia cuando se estudia el tratamiento recibido. Se observa un mayor nivel de tratamiento en aquellos pacientes que viven en las áreas de salud donde están enclavados los hospitales de referencia (Murcia Oeste y Cartagena) que, probablemente, está relacionado con la accesibilidad a los centros.

Pero llama la atención que en las áreas de salud del municipio de Murcia, distintas a Murcia Oeste, en las que, a priori, las distancias con el Hospital Virgen de la Arrixaca son escasas, el nivel de derivación al hospital de referencia es menor que en el caso de los residentes en el Área de Salud del Mar Menor, por ejemplo.



Ictus Isquémico y sexo. Región de Murcia, 2016-2018. Indicadores a partir del CMBD estandarizados por edad y sexo.

	Mujer	Hombre	Total	Menores de 80 años		
				Mujer	Hombre	Total
Tasa (bruta) [#]	114,8	143,9	129,3	61,0	105,3	83,5
Tasa estandar [#]	118,3	176,3	147,3	47,4	93,6	70,5
Estancia media (bruta)	10,4	9,6	9,9	10,2	9,4	9,6
Mortalidad intrahospitalaria (%)	13,6	8,8	11,2	7,4	4,8	6,1
Trombolisis (%)	6,8	4,4	5,6	8,8	5,3	7,1
Trombectomía mecánica (%)	6,0	3,1	4,5	8,6	4,2	6,4
Algún ttº fase aguda (%)	11,6	6,5	9,1	14,5	8,1	11,3
Algún procedimiento terapéutico (%) ⁽¹⁾	15,7	12,9	14,3	20,5	16,2	18,3
Reingresos a 30 días (%) ^{(2) (3)}	8,6	10,8	9,7	8,5	10,6	9,6
Asistido en hospital de referencia (%) ⁽⁴⁾	47,4	47,3	47,3	54,9	52,9	53,9
Altas por Episodio completo (bruta)	1,14	1,15	1,15	1,19	1,16	1,17

Tasas por 100.000 habitantes 2013-2015 (no se puede calcular en 2016-2018), resto por 100 pacientes. (1) Incluye trombolisis química, trombectomía mecánica, endarterectomía y/o angioplastia. (2) Por cualquier motivo, en cualquier hospital. (3) En denominador se descuentan los fallecidos. (4) Han estado internados en hospitales referencia en algún momento. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud. Región de Murcia. Población: Padrón Municipal, Centro Regional de Estadística.

Las mujeres presentan una frecuencia menor de ictus ligada a fenómenos de tipo hormonal, que se va igualando llegado el climaterio.

Pero, esta frecuencia desigual no debe tener reflejo en los niveles de los indicadores de tratamiento o resultado. Aunque se observa un porcentaje de reingresos urgentes menor en el grupo de las mujeres y una mortalidad y una intensidad terapéutica mayores, en ningún caso existe diferencia estadísticamente significativa, ni en el total, ni en las menores de 80 años.



Accidente Isquémico Transitorio. Indicadores a partir del CMBD. Región de Murcia, 2010-2018.

	2010-2012	2013-2015 ⁽¹⁾	2016-2018 ⁽¹⁾
Episodios completos	1.645	1.756	1.530
Tasa (100.000 habitantes, anualizada)	37,3	39,9	34,7
Estancia media	6,2	5,9	5,6
Mortalidad intrahospitalaria (%)	1,0	0,6	1,0
Reingresos a 30 días (%) ^{(2) (3)}	8,2	6,7	9,1
Asistido en hospital de referencia (%) ⁽⁴⁾	24,1	32,1	33,0
Altas por Episodio completo	1,02	1,03	1,05

2010, primer año completo de aplicación del Programa de Atención al Ictus. (1) Existe una subcodificación que afecta en 2015 al Hospital Rafael Méndez y al Área de Salud de Lorca, en 2016-2018 a los hospitales Rafael Méndez, Virgen Arrixaca y Cartagena. Tras el proceso de estimación, la frecuentación en 2015 no debe de estar afectada; en el resto, puede existir una infraestimación máxima entre el 2,8% (2018) y el 5,2% (2016); el resto de parámetros se calculan con el periodo febrero-julio como estimación del año completo. (2) Por cualquier motivo, en cualquier hospital. (3) En denominador se descuentan los fallecidos. (4) Han estado internados en hospitales referencia en algún momento. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud. Región de Murcia. Población: Padrón Municipal, Centro Regional de Estadística.

El accidente Isquémico Transitorio (AIT) reúne a menos del 20% del total de los episodios y son los pacientes que presentan un mejor pronóstico asistencial en relación con la supervivencia a corto plazo (mortalidad intrahospitalaria del 1%)¹¹. Uno de los motivos que aconsejan su monitorización es evaluar la evolución de su frecuencia en relación con la del ictus isquémico.

¹¹ Puede acceder a los indicadores detallados para cada año en una tabla al final del texto o pulsando en este [enlace](#).
C/ Pinares, 6 - 3ªpl. - 30001 Murcia - T.968 362 246 - F. 968 365 925 – email: serplan@listas.carm.es



Ictus Hemorrágico. Indicadores a partir del CMBD. Región de Murcia, 2010-2018.

	2010-2012	2013-2015 ⁽¹⁾	2016-2018 ⁽¹⁾
Episodios completos	1.504	1.524	1.438
Tasa (100.000 habitantes, anualizada)	34,1	34,6	32,6
Estancia media	14,7	14,7	13,2
Mortalidad intrahospitalaria (%)	30,8	26,2	25,6
Reingresos a 30 días (%) ^{(2) (3)}	11,8	11,5	9,4
Asistido en hospital de referencia (%) ⁽⁴⁾	56,5	64,8	73,2
Altas por Episodio completo	1,14	1,20	1,19

2010, primer año completo de aplicación del Programa de Atención al Ictus. (1) Existe una subcodificación que afecta en 2015 al Hospital Rafael Méndez y al Área de Salud de Lorca, en 2016-2018 a los hospitales Rafael Méndez, Virgen Arrixaca y Cartagena. Tras el proceso de estimación, la frecuentación en 2015 no debe de estar afectada; en el resto, puede existir una infraestimación máxima entre el 2,8% (2018) y el 5,2% (2016); el resto de parámetros se calculan con el periodo febrero-julio como estimación del año completo. (2) Por cualquier motivo, en cualquier hospital. (3) En denominador se descuentan los fallecidos. (4) Han estado internados en hospitales referencia en algún momento. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud. Región de Murcia. Población: Padrón Municipal, Centro Regional de Estadística.

Entre los episodios de enfermedad cerebrovascular, el Ictus Hemorrágico supone una frecuencia cercana al 20% (similar a la del AIT), pero es el cuadro que presenta un peor pronóstico en relación con la supervivencia aunque no así con las secuelas, si se compara con el ictus isquémico.

En el periodo estudiado, la frecuencia anual parece estable¹², con unos 500 episodios anuales. De los indicadores seleccionados solamente destaca la disminución de la mortalidad intrahospitalaria que debe monitorizarse para confirmar esta tendencia en los próximos años.

¹² Puede acceder a los indicadores detallados para cada año en una tabla al final del texto o pulsando en este [enlace](#).



Métodos¹³:

Periodo de estudio: Años 2008 a 2018.

Fuente de los sujetos: Registro Regional del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) tras internamiento (hospitales públicos y privados radicados en la Región), Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano.

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

- Que el diagnóstico principal que motivó el ingreso sea un código de enfermedad cerebro vascular.
- Residentes en la Región de Murcia.
- En los que la asistencia sanitaria ha sido sufragada por el Servicio Murciano de Salud (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 (cada año se recalculan los indicadores de los dos últimos años incluidos en la serie):

- *Unión de episodios (episodios completos):* El Programa Ictus indica la necesidad de trasladar a los pacientes a los hospitales de referencia regional para la realización de tratamiento, 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 realiza una definición operativa que identifica como tales a aquellos episodios que se producen en hospitales concertados con una duración superior a 90 días. Se parte del supuesto de que en los hospitales del SMS se atienden pacientes agudos y, por ello, si un paciente supera esta duración de la estancia se debe a necesidades de atención o, en otro caso, hubiera sido trasladado. Esta estrategia puede aumentar la mortalidad intrahospitalaria.
- *Agrupaciones de códigos diagnósticos¹⁴* (hasta 2015, coincidentes con la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud elaborada por el Ministerio de Sanidad en 2009), se entiende por:
 - *Accidente isquémico transitorio (AIT) a los episodios con código de diagnóstico principal en función de la versión de la CIE (actualizado hasta 2020 inclusive).*

CIE-9-MC	CIE-10ES
435.%%: Isquemia cerebral transitoria.	G45.0-G45.3 , G45.8-G45.9: Accidentes isquémicos transitorios y síndromes relacionados (excepto amnesia global)

- *Ictus hemorrágico* a los episodios con código de diagnóstico principal en función de la versión de la CIE.

CIE-9-MC	CIE-10ES
430 Hemorragia subaracnoidea, 431 Hemorragia intracerebral, 432. % Otra hemorragia intrac. y las no especificadas.	I60.%% Hemorragia subaracnoidea no traumática, I61.%, Hemorragia intracerebral no traumática, I62.%% Otra hemorragia intrac. y las no especific.

- *Ictus isquémico* a los episodios con código de diagnóstico principal en función de la versión de la CIE.

CIE-9-MC	CIE-10ES
433.%% Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales, 434.%% oclusión de las arterias cerebrales, 436.%% enfermedad cerebrovascular aguda mal definida.	G43.6%% Aura migrañosa persistente con infarto cerebral. I63.%% Infarto cerebral, I65.%% Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales que no produce infarto cerebral, I66.%% oclusión y estenosis de las arterias cerebrales que no produce infarto cerebral, I67.89 otra enfermedad cerebrovascular.

¹³ Se refieren al estudio de la serie completa y no solo a los presentes resultados. Acceda al resto de resultados en MurciaSalud

¹⁴ El símbolo % se utiliza como comodín y puede ser sustituido por cualquier carácter válido.



- Convenciones de codificación:
 - El diagnóstico principal del primer episodio identificado, cuando existe continuidad asistencial, es el que define a todo el episodio completo.
- Agrupaciones de códigos de procedimientos diagnóstico-terapéuticos². Se considera:

CIE-9-MC	CIE-10ES
Tomografía axial computerizada de cabeza (TAC):	
87.03 Tomografía axial computerizada de cabeza. 87.04 Otra tomografía de cabeza.	BW28%% Tomografía computerizada (scanner TC) de cabeza. BW29%% TAC de cabeza y cuello. B020%% de cerebro. B325%% de arteria carótida común, bilateral. B328%% de arterias carótidas internas, bilateral. B32G%% de arterias vertebrales, bilateral. B32R%% de arterias intracraneales
Resonancia magnética nuclear (RMN):	
88.91 Imagen por resonancia magnética de cerebro y tronco cerebral.	B030%% Imagen por resonancia magnética (rm) de cerebro. B335%% rm de arteria carótida común, bilateral. B338%% rm de arterias carótidas internas, bilateral. B33G%% rm de arterias vertebrales, bilateral. B33Q%% rm de arco cervico-cerebral. B33R%% rm de arterias intracraneales. B531%% rm de venas cerebrales y cerebelosas
Angiografía cerebral (angiografía):	
88.41 Arteriografía de las arterias cerebrales	B30(1,3,4,5,6,7,8,9,B,C,D,F,G,R,Q)%% Radiograf. simple arteria subclavia/carótida/cervical/vertebral /intracraneal. B31(1,3,4,5,6,7,8,9,B,C,D,F,G,R,Q)%% Radioscop arteria subclavia/carótida/cervic /vertebral/intracran. B511%% Radioscop de venas cerebrales y cerebelosas
Ultrasonidos diagnósticos de cabeza y cuello (Ultrasonidos):	
88.71 Ultrasonidos diagnósticos de cabeza y cuello.	BH4CZZZ Ecografía de cabeza y cuello. B040ZZZ de cerebro. B34 (3,4,5,6,7,8)%% de art. carótida B341%% de art. braquiocefálica-subclavia, der. B34R%% arterias intracraneales.
Trombolisis (la existencia de al menos uno de los siguientes códigos):	
99.10: inyección o infusión de agente trombolítico; V45.88 Estado posterior a la administración de tPA (rtPA) en una institución diferente dentro de las últimas 24 horas previas a la admisión en la institución actual (código diagnóstico).	3E0(3/4/5/6)1% Introduc. en vena/arteria periférica / central de trombolítico, otro trombolítico. Z92.82 Estado posterior a la administración de tPA (rtPA) en institución diferente dentro de las últimas 24 horas previas a la admisión en la institución actual (código diagnóstico).
Trombectomía mecánica / Endarterectomía:	
39.74 eliminación endovascular de obstrucción de vasos de cabeza y cuello. 38.01-38.02 incisión, escisión y oclusión de vasos intracraneales o de otros vasos de cabeza y cuello. 38.11-38.12 endarterectomía de vasos intracraneales o de otros vasos (cabeza y cuello).	03C(2,3,G,H,J,K,L,M,N,P,Q)%% Extirpación en arteria carótida/intracraneal/vertebral. 05CL%% Extirpación en vena intracraneal. <i>Definición operativa:</i> Trombectomía mecánica: Cualquier procedimiento (de la lista) realizado en el HVA el día del ingreso o al siguiente. Endarterectomía: Cualquier procedimiento realizado tras el segundo día de ingreso en HVA y todos los realizados en el CH de Cartagena. Trombectomía mecánica/ Endarterectomía: Procedimiento realizado en HVA que no lleva fecha asociada al mismo.



CIE-9-MC	CIE-10ES
Angioplastia:	
00.61 a 00.65 angioplastia percutánea de vaso/s extra/intracraneales, inserción de stent. 39.72, 39.75 o 39.76 reparación u oclusión endovascular de vasos de cabeza y cuello.	03(7,L,V)(G,H,J,K,L,M,N,P,Q)%%% Dilatación/ oclusión/restricción de art. carótida/vertebral /intracraneal. 03(7,L,V) (2,3)%%% Dilatación/ oclusión/restricción de arteria innominada/subclavia.
Escala de ictus del NIHSS:	
	R29.7% Puntuación de la escala de ictus del National Institutes of Health (NIHSS)

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 del último año.
- El resto de tasas se calculan sobre 100 pacientes.
- Altas por episodio completo: Total de altas hospitalarias con diagnóstico principal de patología cerebrovascular dividido por el total de episodios completos identificados.
- Mortalidad: Se calcula la total intrahospitalaria y a los 30 días en los pacientes hospitalizados.
- Tratamiento en fase aguda: los tratamientos administrados de manera precóz (trombolisis y trombectomía mecánica). En algún procedimiento terapéutico, también se incluye la endarterectomía y la angioplastia.
- 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, con ingreso urgente en cualquier hospital público e ingreso urgente o programado en los concertados. 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). Se parte de la hipótesis 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,...)¹⁵.
- 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 responsable del alta: Es el hospital que atiende al paciente en la última alta identificada, en el caso de que existan episodios con continuidad asistencial.
- Hospital de referencia: Pacientes internados en algún momento del proceso en alguno (o ambos).
- 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 que no se ha podido identificar el episodio previo por carecer de CIP.
- Razón de variación: En un indicador dado, es el resultado de dividir el mayor por el menor de los valores calculados. Indica la variabilidad-diferencia entre los valores extremos.

Validez de la información, limitaciones del estudio:

- *Sobre la fuente de información:*
 - El CMBD es una base de datos clínico-administrativa que parte de la información existente en el informe de alta y la calidad de su codificación. Omisiones o inexactitudes en el diagnóstico o actividad diagnóstico-terapéutica en el informe de alta o errores en la codificación influyen en los resultados.
 - Exhaustividad: En relación con el Sistema de Información de Asistencia Especializada (SIAE, antes denominado Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado), única fuente que registra

¹⁵ Ver Atención a la patología cerebro-vascular: Reingresos, 2010-2012. Informes sobre el Sistema Regional de Salud. 1410. Murcia: Consejería Sanidad y Política Social; 2014 ([enlace](#)).



la información de las altas producidas en los centros públicos y privados en función de su régimen de financiación, es superior al 95% en el conjunto de la serie y cercana al 97-98% en los últimos años.

- Las ligeras variaciones con informes precedentes se deben al mantenimiento y actualización del Registro 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 el 99% de las ocasiones. Sin embargo, en los pacientes atendidos en hospitales concertados, este porcentaje es menor. Esta limitación aumenta la frecuentación y disminuye el resto de los indicadores elaborados.
- *Sobre la identificación de los casos de enfermedad cerebrovascular asistidos:*
 - El porcentaje de codificación de las altas ha superado el 99% en todos los años de la serie hasta 2015. En ese año, un déficit de codificación selectivo del Hospital Rafael Méndez hizo disminuir el porcentaje de codificación global hasta el 97,5%. En los años 2016 a 2018, los Hospitales Virgen de la Arrixaca y Complejo Hospitalario de Cartagena no codificaron el último trimestre del año, lo que produjo un descenso del porcentaje de codificación global hasta el 83 - 88%. Para intentar paliar esta situación, en estos años, se ha realizado:
 - Para la estimación de episodios asistenciales: una búsqueda en los hospitales afectados de los pacientes asistidos en Urgencias con un diagnóstico relacionado con la enfermedad cerebro vascular y un ingreso hospitalario posterior no codificado y que no estuviera integrado en un episodio 'completo'. Los diagnósticos de urgencias relacionados se identificaron por medio del estudio de los diagnósticos de los episodios de urgencias que habían ingresado y este ingreso estaba identificado como enfermedad cerebrovascular. Tras el proceso, se juzga que la subestimación máxima en el total de los episodios asistidos se sitúa entre un 5,2% (2016) y un 2,8 % (2018).
 - Para el resto de las variables estudiadas: Entre los años 2016 y 2018 se utiliza el periodo febrero – septiembre para elaborar una estimación de los resultados del año completo; tras verificar que, en años anteriores, sus resultados son muy similares a los del semestre agosto – enero en cuanto a mortalidad intrahospitalaria, intensidad diagnóstico-terapéutica y reingresos. No se aprecia estacionalidad.
 - 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. En este periodo no existe el marcador POA (presente en la admisión) o se juzga de escasa implantación.
 - Por no existir un código CIE específico, no se pueden discriminar los reingresos debidos a un ictus previo de los ocasionados por un segundo ictus en la misma persona.
 - Es difícil identificar los episodios debidos a 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 evaluación de la asistencia prestada (Programa de Atención al Ictus):*
 - Por definición, aunque el CMBD tras internamiento recoge la experiencia asistencial incluyendo los hitos de mayor trascendencia acaecidos en el servicio de urgencias del propio hospital, no incluye las intervenciones realizadas durante el transporte de los pacientes. Esta circunstancia puede infravalorar la magnitud del tratamiento de trombolisis química.
 - 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 ser analizadas con cautela. Las distintas frecuencias en la realización de un diagnóstico/intervención en un área concreta pueden deberse a un problema de retraso en la demanda de servicios sanitarios, de organización de la asistencia, de accesibilidad o de estilo en la práctica médica.
 - Por último, la evaluación de resultados (secuelas) no puede realizarse a través de esta fuente.
- *Sobre el cambio de la versión de la CIE (CIE-9-MC a la CIE-10-ES).* Tanto el número de códigos de diagnóstico como de procedimientos se ha elevado (de 14.000 y 3.800 en la CIE-9 a 70.000 y 78.000 en la CIE-10) y también se han cambiado algunas reglas de codificación que afectan a la patología cerebrovascular. Por tanto, hay que ser muy cauto a la hora de analizar las tendencias en algunos subgrupos de patología y algunos de los indicadores elaborados. Las diferencias de mayor relevancia son: desde el punto de vista de los diagnósticos, la inclusión de los infartos lacunares y la migraña con aura e infarto y, desde el punto de vista de los procedimientos, la imposibilidad de distinguir entre la trombectomía y la endarterectomía, lo que ha sido solucionado mediante una definición operativa que deberá ser revisada según se extienda la realización de ambas técnicas.



Patología Cerebrovascular. Indicadores a partir del CMBD. Región de Murcia, 2008-2018.

	Total episodios											Menores de 80 años										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ⁽¹⁾	2016 ⁽¹⁾	2017 ⁽¹⁾	2018 ⁽¹⁾	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ⁽¹⁾	2016 ⁽¹⁾	2017 ⁽¹⁾	2018 ⁽¹⁾
Episodios completos	3.100	3.124	3.109	3.012	2.894	3.094	3.076	3.017	2.767	2.765	2.906	2.027	2.086	1.964	1.850	1.828	1.979	1.884	1.827	1.689	1.755	1.783
Tasa (100.000 habitantes)	217,4	216,0	212,6	204,8	196,3	210,2	209,7	205,6	188,9	188,1	196,5	147,2	149,5	139,5	130,9	129,2	140,3	134,3	130,3	121	125	127
Con CIP válido (%)	95,3	96,0	96,3	96,3	97,0	99,0	99,0	99,3	99,5	99,6	98,6	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Altas por Episodio completo	1,04	1,05	1,06	1,07	1,09	1,10	1,11	1,13	1,14	1,15	1,14	1,04	1,06	1,08	1,09	1,10	1,11	1,13	1,14	1,15	1,17	1,15
Varones (%)	51,9	51,9	52,3	52,0	54,8	54,5	55,0	56,4	54,0	56,6	56,7	58,8	57,7	59,9	59,7	62,2	61,2	62,0	63,9	60,6	63,7	61,5
Menores de 80 años (%)	65,4	66,8	63,2	61,4	63,2	64,0	61,3	61,0	60,8	65,2	62,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Edad media	72,8	72,5	73,6	73,5	73,2	72,5	73,0	73,4	73,4	71,9	72,8	66,3	66,4	66,9	66,2	66,3	65,4	65,2	66,0	65,6	64,6	65,0
Ingreso Urgente (%)	92,3	92,3	91,9	90,7	91,6	91,7	91,3	91,4	93,3	93,0	91,7	92,4	92,5	91,2	90,7	91,6	91,3	90,6	90,7	92,2	92,1	90,6
Estancia media	11,3	11,3	11,5	10,6	10,0	10,2	10,0	10,2	9,3	10,3	9,7	11,4	11,7	11,7	10,6	9,6	10,4	10,5	10,2	9,6	10,7	9,9
Mortalidad intrahospitalaria (%)	14,5	11,8	14,8	12,6	13,6	11,7	12,0	12,3	13,4	10,6	11,9	10,4	8,5	9,8	8,5	9,1	7,4	7,3	8,2	7,5	7,3	7,5
Mortalidad intrahospitalaria 30 días (*)	13,9	11,0	14,3	11,9	12,3	10,4	10,8	11,1	12,4	10,0	10,9	9,6	7,3	9,0	7,6	8,7	6,5	6,6	7,8	6,7	6,8	6,9
TAC (%)	85,2	86,5	85,9	85,2	87,0	87,1	86,8	87,4	44,7	48,7	50,4	85,7	85,9	86,2	86,1	87,0	86,1	85,8	86,1	45,1	50,2	48,7
RMN (%)	29,5	31,8	31,2	30,0	27,7	31,3	30,6	30,7	18,7	19,9	19,6	38,4	39,2	39,6	39,4	36,1	38,3	39,8	38,0	23,4	24,4	26,1
Angiografía (%)	12,5	20,4	23,2	24,8	20,4	18,7	19,4	20,1	8,4	8,3	6,5	17,3	24,4	29,1	30,8	27,2	24,5	26,2	26,5	11,4	10,8	9,4
Ultrasonidos (%)	22,6	30,4	34,4	36,6	37,8	40,1	41,1	40,0	5,1	4,2	4,5	25,7	34,0	38,5	42,2	42,2	43,8	46,0	44,1	5,2	4,6	4,6
Reingresos a 30 días (%) ^{(2) (6)}	7,7	8,0	8,5	10,3	8,8	9,0	9,2	8,9	9,2	9,9	9,5	7,3	7,3	8,0	8,6	8,2	8,2	9,6	8,4	8,7	9,8	9,2
Reing. Program. 2 meses (%) ^{(3) (6)}	0,8	0,4	1,0	1,0	0,9	0,6	1,3	0,9	1,1	1,3	1,3	1,0	0,5	1,2	1,3	1,2	0,8	1,8	1,2	1,8	1,9	1,5
Hosp. referencia (%) ⁽⁴⁾	35,2	38,4	40,5	39,6	44,0	45,0	46,1	49,4	47,3	49,5	50,7	39,8	43,3	46,8	47,4	50,5	51,2	54,4	55,8	54,9	55,6	57,0
Solo h. concertados (%) ⁽⁵⁾	8,8	8,1	7,7	8,6	6,2	5,2	4,9	4,1	2,7	2,0	2,2	5,2	5,2	4,5	4,8	3,4	3,2	3,0	2,4	1,3	0,5	1,1

2010, primer año completo de aplicación del Programa de Atención al Ictus. (*) Existe una subcodificación que afecta en 2015 al Hospital Rafael Méndez y al Área de Salud de Lorca, en 2016-2018 a los hospitales Rafael Méndez, Virgen Arrixaca y Cartagena. Tras el proceso de estimación, la frecuentación en 2015 no debe de estar afectada; en el resto, puede existir una infraestimación máxima entre el 2,8% (2018) y el 5,2% (2016); el resto de parámetros se calculan con el periodo febrero-julio como estimación del año completo. En trama gris: disminución de la frecuencia debida a cambios en los criterios de codificación. (1) Solo se calcula para el total. (2) Por cualquier motivo, en cualquier hospital. (3) Programados en Neurología de hospitales de referencia (H. Arrixaca o C.H. Cartagena). (4) Han estado internados en hospitales de referencia en algún momento. (5) Solo han estado internados en hospitales concertados. (6) En denominador se descuentan los fallecidos. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud. Región de Murcia. Población: Padrón Municipal, Centro Regional de Estadística.



Ictus Isquémico. Indicadores a partir del CMBD. Región de Murcia, 2008-2018.

	Total episodios											Menores de 80 años										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ^(*)	2016 ^(*)	2017 ^(*)	2018 ^(*)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ^(*)	2016 ^(*)	2017 ^(*)	2018 ^(*)
Episodios completos	2.021	2.003	1.996	1.992	1.878	1.993	1.974	1.940	1.835	1.766	1.869	1.317	1.319	1.236	1.202	1.172	1.269	1.209	1.158	1091	1125	1116
Tasa (100.000 habitantes)	141,7	138,5	136,5	135,5	127,4	135,4	134,6	132,2	125,3	120,1	126,4	95,6	94,6	87,8	85,1	82,8	89,9	86,2	82,6	78,0	80,3	79,2
Altas por Episodio completo	1,03	1,05	1,06	1,07	1,09	1,10	1,10	1,13	1,14	1,15	1,16	1,03	1,06	1,07	1,10	1,11	1,11	1,12	1,13	1,17	1,17	1,18
Varones (%)	52,7	53,3	52,1	52,3	55,3	55,4	55,3	56,1	54,3	56,2	56,5	60,5	61,0	60,5	60,8	65,0	63,3	63,5	64,7	64,0	63,6	64,3
Menores de 80 años (%)	65,2	65,9	61,9	60,4	62,4	63,7	61,3	60,1	58,9	64,9	60,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Edad media	73,7	73,2	74,3	74,2	73,8	72,9	73,6	73,9	74,1	72,4	73,4	67,6	67,2	67,7	67,0	66,9	65,9	66,0	66,2	66,2	65,0	65,2
Ingreso Urgente (%)	90,0	90,6	89,4	88,5	89,0	89,5	89,0	89,0	92,2	90,6	89,6	89,9	90,5	88,5	88,4	88,9	89,1	88,3	88,1	90,7	89,6	87,7
Estancia media	11,6	11,7	11,7	10,8	10,3	10,4	9,9	10,3	9,4	10,1	10,2	10,9	11,7	11,4	10,3	9,4	10,0	9,8	9,7	9,3	10,2	10,2
Puntuación Escala NIHSS																						
0-10, leve	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75,9
11-20, moderado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17,2
21 y más, grave	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,9
Valores conocidos (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10,5
Mortalidad intrahospitalaria (%)	14,1	11,8	13,7	12,2	12,5	11,1	12,2	11,6	13,8	8,8	11,0	8,9	7,4	7,5	7,0	6,6	5,5	5,5	5,9	6,3	4,8	6,1
Mortalidad intrahospitalaria 30 días (%)	12,4	10,4	12,1	10,7	10,2	9,7	10,8	10,1	12,4	7,9	9,8	8,0	6,4	6,8	6,2	5,9	4,8	5,0	5,5	5,1	4,1	5,6
TAC (%)	83,7	84,4	83,6	82,2	83,7	85,2	84,4	85,3	41,8	44,5	47,2	84,2	84,0	83,6	83,0	83,4	84,0	83,5	84,2	41,1	45,3	45,1
RMN (%)	33,4	36,2	34,4	33,1	31,2	35,1	34,4	33,9	20,5	21,4	21,8	44,0	45,1	43,7	44,2	40,7	43,6	44,8	42,1	26,0	26,3	29,2
Angiografía (%)	12,3	20,0	23,1	24,5	23,0	20,8	21,3	21,9	7,8	8,1	6,0	17,1	26,5	31,5	32,5	30,8	26,6	27,8	28,0	10,0	10,1	8,8
Ultrasonidos (%)	23,8	31,2	37,5	39,2	41,5	42,5	43,6	42,8	4,5	4,4	5,3	27,3	34,6	42,1	46,5	46,8	46,7	49,7	47,7	4,2	5,0	5,2
Trombolisis (%)	0,9	2,3	4,6	5,3	4,2	5,0	5,6	6,5	6,4	5,5	5,4	0,9	3,1	5,7	6,2	5,6	5,7	6,0	6,8	8,1	5,8	5,8
Trombectomía mecánica (%)	0,0	0,0	0,8	2,0	2,5	3,2	3,2	4,6	3,5	4,3	4,8	0,1	0,0	1,1	2,1	3,2	4,4	4,2	6,0	5,1	5,6	6,9
Alguno de los anteriores (%)	0,9	2,3	4,9	6,1	5,4	6,4	7,3	9,1	8,8	8,4	8,7	0,9	3,1	6,1	7,1	7,2	7,6	8,3	10,1	11,2	9,4	10,8
Endarterectomía (%)	0,6	0,7	0,8	1,1	1,2	1,2	1,2	0,7	0,6	0,9	0,8	0,8	1,1	1,0	1,3	1,7	1,7	1,7	1,0	0,7	1,2	1,3
Tromb. mecánica/Endart. (%) ⁽⁶⁾	-	-	-	-	-	-	-	-	2,1	2,5	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	2,6	2,9	2,3
Angioplastia (%)	1,2	2,1	3,7	4,1	4,3	5,2	4,7	5,0	4,5	4,2	4,1	1,7	3,0	5,3	5,4	5,9	7,3	6,5	7,2	6,2	5,6	5,8
Alguno de los anteriores (%)	1,8	2,8	4,5	5,2	5,3	6,3	5,8	5,7	6,3	7,3	6,4	2,6	4,2	6,2	6,7	7,4	8,9	8,1	8,1	8,6	9,4	9,2
Algún proc. terapéutico (%)	2,7	5,1	8,7	10,0	9,3	11,3	12,1	13,4	13,6	14,4	13,7	3,5	7,3	11,3	12,2	12,5	14,7	14,8	16,4	17,6	17,4	17,9
Reingresos a 30 días (%) ^{(1) (5)}	8,2	8,1	8,4	10,1	8,6	9,1	9,3	9,3	8,6	10,8	9,8	7,7	7,2	7,2	8,9	7,9	8,2	9,6	8,7	8,4	10,4	10,1
Reing. Program. 2 meses (%) ^{(2) (5)}	0,8	0,4	1,1	1,0	1,3	0,9	1,8	1,1	1,3	1,7	1,7	1,2	0,7	1,5	1,5	1,8	1,1	2,5	1,3	2,3	2,4	2,0
Hosp. referencia (%) ⁽³⁾	32,0	36,3	40,1	37,4	40,9	42,4	43,3	46,0	44,2	46,8	49,9	34,9	41,8	46,3	44,6	47,4	48,9	50,0	51,6	52,0	51,8	56,3
Solo h. concertados (%) ⁽⁴⁾	9,8	9,0	8,5	10,4	7,5	5,6	5,2	5,3	2,6	2,1	2,5	5,5	5,9	4,8	5,8	3,8	2,7	3,1	3,1	1,1	0,3	1,1

2010, primer año completo de aplicación del Programa de Atención al Ictus. (*) Existe una subcodificación que afecta en 2015 al Hospital Rafael Méndez y al Área de Salud de Lorca, en 2016-2018 a los hospitales Rafael Méndez, Virgen Arrixaca y Cartagena. Tras el proceso de estimación, la frecuentación en 2015 no debe de estar afectada; en el resto, puede existir una infraestimación máxima entre el 2,8% (2018) y el 5,2% (2016); el resto de indicadores se calculan con el periodo febrero-julio como estimación del año completo. Cambios en la tendencia pueden deberse a: A) cambios en los criterios de prioridad de la codificación de procedimientos (trama gris), B) códigos de la CIE-10 que no permiten identificar el procedimiento (#). NIHSS: National Institute of Health Stroke Score. (1) Solo se calcula para el total. (2) Por cualquier motivo, en cualquier hospital. (3) Programas en Neurología de hospitales de referencia (H. Arrixaca o C.H. Cartagena). (4) Han estado internados en hospitales referencia en algún momento. (5) Solo han estado internados en hospitales concertados. (6) En denominador se descuentan los fallecidos. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud. Región de Murcia. Población: Padrón Municipal, Centro Regional de Estadística.



Accidente Isquémico Transitorio. Indicadores a partir del CMBD. Región de Murcia, 2008-2018.

	Total episodios											Menores de 80 años										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ^(*)	2016 ^(*)	2017 ^(*)	2018 ^(*)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ^(*)	2016 ^(*)	2017 ^(*)	2018 ^(*)
Episodios completos	631	650	604	534	507	603	595	558	488	501	541	388	438	384	320	314	381	335	332	304	291	353
Tasa (100.000 habitantes)	44,2	44,9	41,3	36,3	34,4	41,0	40,6	38,0	33,3	34,1	36,6	28,2	31,4	27,3	22,6	22,2	27,0	23,9	23,7	21,7	20,8	25,1
Altas por Episodio completo	1,01	1,01	1,02	1,02	1,02	1,02	1,04	1,04	1,03	1,06	1,05	1,01	1,01	1,03	1,02	1,03	1,02	1,06	1,06	1,03	1,08	1,05
Varones (%)	51,0	46,5	49,0	46,8	50,7	50,1	53,1	54,3	51,3	55,0	50,8	57,2	50,7	56,5	54,1	55,7	54,6	63,0	61,5	53,6	65,5	50,3
Menores de 80 años (%)	61,5	67,4	63,6	59,9	61,9	63,2	56,3	59,1	64,5	61,5	67,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Edad media	73,2	72,7	73,7	73,8	73,5	73,3	74,1	74,8	72,9	72,9	72,3	65,9	67,0	67,4	66,7	66,7	66,6	65,6	67,6	66,3	65,2	66,1
Ingreso Urgente (%)	97,1	97,2	97,7	97,4	98,0	97,7	97,1	97,3	94,9	97,8	96,8	98,5	97,5	97,1	96,9	98,7	97,4	95,8	96,8	94,7	97,2	96,4
Estancia media	6,9	6,5	6,7	6,0	6,0	5,8	5,7	6,1	5,5	5,5	5,8	7,4	6,4	7,0	5,8	6,0	5,9	6,1	6,3	5,4	5,6	5,9
Mortalidad intrahospitalaria (%)	2,1	0,8	1,3	0,6	1,0	0,3	0,8	0,8	0,0	2,2	0,8	0,8	0,2	0,5	0,3	0,6	0,3	0,0	0,3	0,0	1,4	0,0
Mortalidad intrahospitalaria 30 días (%)	1,4	0,8	1,0	0,6	0,4	0,3	0,8	0,8	0,0	2,2	0,8	0,8	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,0	0,3	0,0	1,4	0,0
TAC (%)	88,4	90,6	90,2	91,9	93,5	91,7	90,8	90,2	39,7	47,2	47,2	89,4	89,5	91,1	92,8	94,3	90,6	89,6	88,3	43,0	47,9	43,8
RMN (%)	31,1	32,3	35,8	33,3	31,8	34,3	34,6	37,9	19,7	25,5	21,6	42,0	40,0	45,8	45,0	42,0	40,9	46,6	50,2	25,2	33,8	28,4
Angiografía (%)	10,3	14,3	18,7	19,1	12,2	9,6	9,9	10,5	2,1	3,0	1,6	14,4	17,1	25,0	24,4	15,6	12,6	13,7	14,2	3,3	4,2	2,4
Ultrasonidos (%)	30,9	42,8	43,5	53,0	54,6	55,9	59,2	61,6	9,8	5,6	4,4	35,8	47,9	48,7	59,4	61,5	59,8	65,7	68,3	9,3	6,3	4,1
Trombolisis química (%)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,6	1,3	1,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	1,0	0,7	2,1	0,6	
Trombectomía mecánica (%)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Algún ttº agudo (%)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,6	1,3	1,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	1,0	0,7	2,1	0,6	
Endarterectomía (%)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,9	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Tromb. mecánica/Endart. (%) ^(#)	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0
Angioplastia (%)	0,3	0,8	0,3	0,7	1,2	0,3	0,8	1,1	2,1	0,4	1,2	0,5	0,7	0,3	0,6	1,0	0,5	1,2	1,6	2,6	0,7	1,2
Alguno de los anteriores (%)	0,3	0,8	0,3	0,7	1,2	0,3	1,3	1,5	2,1	0,4	1,2	0,5	0,7	0,3	0,6	1,0	0,5	2,1	1,9	2,6	0,7	1,2
Algún procedimiento terapéutico (%)	0,3	0,8	0,3	0,7	1,2	0,3	1,8	2,1	3,4	1,7	1,6	0,5	0,7	0,3	0,6	1,0	0,5	3,0	2,9	3,3	2,8	1,8
Reingresos a 30 días (%) ^{(1) (5)}	6,3	6,7	8,4	9,0	7,2	6,0	7,1	7,1	11,5	8,2	7,6	6,0	6,2	9,2	5,3	6,7	6,1	6,3	7,1	10,6	8,5	4,7
Reing. Program. 2 meses (%) ^{(2) (5)}	0,6	0,3	0,7	0,9	0,2	0,2	0,8	1,0	1,3	0,9	0,8	1,0	0,5	1,0	1,3	0,0	0,3	1,2	1,3	2,0	1,4	1,2
Hosp. referencia (%) ⁽³⁾	22,3	22,8	22,4	24,2	25,8	29,4	33,3	33,5	33,8	32,5	32,8	27,1	23,5	24,2	29,1	29,3	33,1	42,1	37,9	41,1	39,4	37,3
Solo h. concertados (%) ⁽⁴⁾	8,4	7,5	7,0	5,1	4,3	5,3	4,9	2,3	4,7	3,5	1,2	4,6	5,3	5,2	2,8	3,2	4,5	3,3	1,6	3,3	2,1	1,2

2010, primer año completo de aplicación del Programa de Atención al Ictus. (*) Existe una subcodificación que afecta en 2015 al Hospital Rafael Méndez y al Área de Salud de Lorca, en 2016-2018 a los hospitales Rafael Méndez, Virgen Arrixaca y Cartagena. Tras el proceso de estimación, la frecuentación en 2015 no debe de estar afectada; en el resto, puede existir una infraestimación máxima entre el 2,8% (2018) y el 5,2% (2016); el resto de indicadores se calculan con el periodo febrero-julio como estimación del año completo. Cambios en la tendencia pueden deberse a: A) cambios en los criterios de prioridad de la codificación de procedimientos (trama gris), B) códigos de la CIE-10 que no permiten identificar el procedimiento (#). (1) Solo se calcula para el total. (2) Por cualquier motivo, en cualquier hospital. (3) Programados en Neurología de hospitales de referencia (H. Arrixaca o C.H. Cartagena). (4) Han estado internados en hospitales referencia en algún momento. (5) Solo han estado internados en hospitales concertados. (6) En denominador se descuentan los fallecidos. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de



Ictus hemorrágico. Indicadores a partir del CMBD. Región de Murcia, 2008-2018.

	Total episodios												Menores de 80 años									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ^(*)	2016 ^(*)	2017 ^(*)	2018 ^(*)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ^(*)	2016 ^(*)	2017 ^(*)	2018 ^(*)
Episodios completos	448	471	509	486	509	498	507	519	444	498	496	322	329	344	328	342	329	340	337	294	339	314
<i>Subtipos</i>																						
Hemorragia subaracnoidea	85	93	105	87	88	95	99	87	86	97	92	74	77	84	74	71	78	92	71	70	78	68
Hemorragia intracerebral	290	295	309	315	306	279	293	297	211	238	236	206	196	198	202	209	183	182	197	132	159	153
Otra hem. Intrac. (no traumática)	73	83	95	84	115	124	115	137	147	163	168	42	56	62	52	62	68	66	77	92	102	93
Tasa (100.000 habitantes)	31,4	32,6	34,8	33,1	34,5	33,8	34,6	35,4	30,3	33,9	33,6	23,4	23,6	24,4	23,2	24,2	23,3	24,2	24,0	21,0	24,2	22,3
Altas por Episodio completo	1,13	1,13	1,14	1,13	1,15	1,18	1,20	1,21	1,21	1,24	1,13	1,15	1,14	1,16	1,15	1,16	1,23	1,24	1,24	1,21	1,28	1,15
Varones (%)	49,6	53,1	57,0	56,6	57,2	56,4	56,4	59,5	55,2	59,5	63,6	53,4	54,1	61,3	61,0	58,5	60,8	55,6	63,5	55,0	62,8	64,1
Menores de 80 años (%)	71,9	69,9	67,7	67,5	67,2	66,1	67,1	66,2	65,1	69,8	64,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Edad media	68,0	69,4	70,6	70,2	70,7	69,5	69,6	70,6	70,6	69,6	71,0	61,4	62,7	63,7	62,9	63,8	61,8	62,1	63,6	62,8	62,9	62,8
Ingreso Urgente (%)	95,5	93,2	94,5	92,4	94,7	93,4	93,3	94,6	96,1	96,9	94,6	95,0	93,6	94,5	93,0	94,4	92,7	93,2	93,6	95,4	96,2	94,2
Estancia media	15,9	16,3	16,3	15,0	12,8	14,9	15,3	13,8	12,5	15,3	11,7	18,4	18,4	17,7	16,5	13,9	16,9	17,5	15,4	14,6	16,4	13,2
Mortalidad intrahospitalaria (%)	33,5	26,8	34,8	27,2	30,5	27,5	24,5	26,7	25,4	24,4	26,9	28,3	24,0	28,5	22,3	25,4	22,8	20,9	22,9	19,2	19,7	20,5
Mortalidad intrahospitalaria 30 días (%)	32,6	23,6	33,4	25,1	28,5	25,7	22,5	25,1	25,0	24,0	25,6	27,0	20,7	26,7	20,1	24,0	20,4	19,1	22,0	19,2	19,7	19,2
TAC (%)	87,3	89,4	90,0	89,7	92,9	89,2	91,1	92,1	61,6	64,9	65,7	87,3	88,4	89,8	90,5	93,0	89,1	90,6	90,7	62,3	67,8	66,7
RMN (%)	9,4	11,9	13,0	13,6	10,8	12,0	11,2	12,1	10,3	9,9	9,5	11,2	14,6	17,7	16,5	14,9	14,9	15,0	13,6	11,9	10,9	12,2
Angiografía (%)	16,3	20,0	17,7	22,0	18,7	21,5	22,9	23,0	17,7	13,7	13,6	21,7	26,1	25,0	30,5	25,7	30,4	32,9	32,5	24,5	18,0	19,2
Ultrasonidos (%)	5,8	10,2	11,0	7,8	7,3	11,2	10,1	8,1	3,0	1,9	1,7	7,1	13,1	14,2	9,5	9,1	14,0	13,5	10,7	4,6	2,2	2,6
Reingresos a 30 días (%) ^{(1) (5)}	7,4	9,9	9,6	13,3	12,4	13,9	11,5	9,2	9,5	8,4	10,3	7,4	9,6	9,8	11,4	11,4	11,8	13,8	8,3	7,9	8,7	10,9
Reing. Program. 2 meses (%) ^{(2) (5)}	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,5	0,0
Hosp. referencia (%) ⁽³⁾	57,1	60,3	56,4	54,1	59,1	62,0	63,1	69,1	73,7	73,7	72,3	66,1	68,7	67,4	64,0	68,4	69,0	73,8	79,4	79,5	80,3	80,8
Solo h. concertados (%) ⁽⁴⁾	4,9	4,9	5,1	4,9	3,1	3,4	3,7	1,7	1,3	0,4	2,1	4,3	2,4	2,6	3,0	2,3	2,4	2,4	0,9	0,0	0,0	1,3

2010, primer año completo de aplicación del Programa de Atención al Ictus. (*) Existe una subcodificación que afecta en 2015 al Hospital Rafael Méndez y al Área de Salud de Lorca, en 2016-2018 a los hospitales Rafael Méndez, Virgen Arrixaca y Cartagena. Tras el proceso de estimación, la frecuentación en 2015 no debe de estar afectada; en el resto, puede existir una infraestimación máxima entre el 2,8% (2018) y el 5,2% (2016); el resto de indicadores se calculan con el periodo febrero-julio como estimación del año completo. Cambios en la tendencia pueden deberse a: A) cambios en los criterios de prioridad de la codificación de procedimientos (trama gris), B) códigos de la CIE-10 que no permiten identificar el procedimiento (#). (1) Solo se calcula para el total. (2) Por cualquier motivo, en cualquier hospital. (3) Programados en Neurología de hospitales de referencia (H. Arrixaca o C.H. Cartagena). (4) Han estado internados en hospitales referencia en algún momento. (5) Solo han estado internados en hospitales concertados. (6) En denominador se descuentan los fallecidos. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud. Región de Murcia. Población: Padrón Municipal, Centro Regional de Estadística.