



Atención al Ictus Isquémico a través del CMBD hospitalario. 2010-2011.

Resumen:

Sujetos y métodos:

- *Periodo de estudio:* Años 2010 y 2011.
- *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 y asistencia en los hospitales de referencia regionales.

Conclusiones:

En 2011 se han registrado 1.971 episodios completos de asistencia hospitalaria con internamiento de ictus isquémico en pacientes residentes en la Región de Murcia, con asistencia a cargo del SMS por 1.967 en 2010. La frecuentación disminuye en la población menor de 80 años. En el segundo año, completo, de implantación del Código Ictus, se observa un aumento de la intensidad diagnóstica y terapéutica, de mayor magnitud en la población menor de 80 años, en estos últimos se ha practicado trombolisis y/o angioplastia a un 12,1% de los pacientes (10,4% en 2010). Existe gran variabilidad diagnóstico-terapéutica por áreas de salud de residencia del paciente. La estancia media, la mortalidad y la derivación a los hospitales de referencia no se ven afectadas.



Atención al Ictus Isquémico través del CMBD hospitalario. 2010-2011.

MANTENIMIENTO DE LAS BB DD DEL CMBD

Oscar Forcada Navarro.

María del Carmen Ibáñez Pérez.

ANÁLISIS Y REDACCIÓN DEL DOCUMENTO:

Bienvenida Carpe Carpe (*).

Lauro Hernando Arizaleta.

REVISIÓN:

Ana Morales Ortiz (**).

Begoña Palazón Cabanes (***)

Joaquín A. Palomar Rodríguez.

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

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

(***). Residente. 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 a través del CMBD hospitalario. 2010-2011.

Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1215. Murcia:

Consejería Sanidad y Política Social; 2012.

Disponible en www.murciasalud.es/planificacion

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 (salvo los gráficos).

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 (de media, cada día, 100 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.

En respuesta a todo lo anterior, la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia elaboró el Programa de Atención al Ictus 2009-2011, que inició su andadura a mediados del 2009. Una de las líneas estratégicas de actuación definidas por este Programa 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 Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia y el Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, únicos que disponen de la Unidad.

El presente informe se centra en la valoración de la atención en fase aguda de los pacientes residentes en la Región atendidos por Ictus Isquémico (excluyendo el Ictus Hemorrágico y el AIT) durante los años 2010 y 2011, los dos primeros años completos con el programa implantado y es continuación de otro anterior¹. Estos pacientes suponen alrededor del 64% de todos los casos de ictus y son candidatos a ser los mayores beneficiarios del Programa.

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 pueden no reflejarse adecuadamente. Tampoco se puede valorar con esta fuente de información la evolución de la mortalidad o de las secuelas de esta patología.

Debido a que el Programa del Ictus indica la necesidad de trasladar a los pacientes a los centros de referencia, en el presente informe se han unido episodios asistenciales que pertenecen al mismo paciente y se realizan en distintos hospitales sin presentar interrupción asistencial (episodios completos), como anexos, al final del documento, se adjunta la metodología utilizada y en un archivo Excel, la evolución de los indicadores en los últimos cuatro años por área de salud.

¹ Patología cerebrovascular y Programa de atención al Ictus a través del CMBD hospitalario. 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



Tabla 1. Indicadores de Ictus Isquémico en población total y menor de 80 años. Región de Murcia. 2010-2011.

	Población total		Menores de 80 años	
	2010	2011	2010	2011
Episodios	1967	1971	1229	1191
Tasa poblacional (100.000 habitantes)	134,5	134,1	87,3	84,3
Ingreso Urgente (%)	89,5	88,9	88,3	88,8
Varones (%)	51,9	47,7	60,0	60,9
Menores de 80 años (%)	62,5	60,4	0,0	0,0
Edad media	74,2	74,2	67,7	67,0
Estancia media	11,1	10,4	10,8	9,9
Mortalidad hospitalaria (%)	12,9	11,5	7,2	6,2
Mortalidad hospitalaria 30 días (%)	11,3	10,4	6,4	5,5
RMN (%)	34,8	33,1	43,9	43,9
Angiografía (%)	23,2	24,8	31,5	32,8
Ultrasonidos (%)	37,8	39,7	42,1	47,0
Trombolisis (%)	4,6	5,3	5,6	6,3
Angioplastia (%)	4,2	5,8	5,8	7,6
Trombolisis y/o angioplastia (%)	8,0	9,8	10,4	12,1
Atendidos en hospitales referencia en algún momento (%)	39,9	37,4	45,7	44,2
Atendidos solo en hospitales concertados (%)	7,6	9,8	4,8	5,5

Se puede consultar la evolución de los indicadores entre 2008 y 2011 en archivo anexo. Fuente: CMBD-AH, Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. DGPOSFI. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. Población: Padrón Municipal de Habitantes, CREM (Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia).

La frecuentación hospitalaria se ha mantenido estable (134,1 episodios completos por 100.000 habitantes en 2011), aunque entre los menores de 80 años ha disminuido 3 puntos.

La edad media de los pacientes (74,2) no ha variado. En menores de 80 años predominan los varones, mientras que globalmente las mujeres con ictus isquémico superaron a los varones en 2011.

Se realizaron más pruebas diagnósticas en población menor de 80 años, apreciándose un incremento en la proporción de angiografías y ultrasonidos realizados, mientras que la RMN permaneció sin variaciones.

En cuanto a la intensidad terapéutica, la proporción de pacientes tratados con alguno de los procedimientos estudiados ha pasado del 8,0% (en el 2010) al 9,8%, siendo superior en la población menor de 80 años en los dos años estudiados. No hay diferencias en la proporción de uso de la trombolisis (5,3%) y la angioplastia (5,8%).

Tanto la estancia media (10,4) como la mortalidad hospitalaria (11,5%) no han sufrido variaciones sustanciales, siendo la mortalidad hospitalaria unos 5 puntos mayor en población total que en menores de 80 años tanto en 2010 como en 2011. La proporción de pacientes atendidos en alguno de los dos hospitales de referencia permaneció estacionaria, siendo mayor entre los menores de 80 años.



Tabla 2. Indicadores de Ictus Isquémico (%) por Áreas de Salud de residencia del paciente. Población total. Región de Murcia. 2010-2011.

	Episodios		RMN		Angiografía		Ultrasonidos		Trombolisis		Angioplastia		Trombo y/o angio		H. referencia ⁽¹⁾		H. concertados ⁽²⁾	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Área I Murcia Oeste	335	319	34,9	29,2	29,6	32,3	44,2	43,9	4,8	8,5	6,0	9,1	9,9	14,7	80,6	79,9	13,1	16,3
Área II Cartagena	301	290	49,5	45,9	33,9	29,0	40,2	44,1	9,0	8,6	2,7	8,6	11,3	16,6	96,3	94,8	3,0	3,8
Área III Lorca	245	248	41,6	41,9	21,2	33,5	33,1	23,8	2,4	2,8	4,5	2,8	6,5	4,4	9,8	12,5	14,7	20,6
Área IV Noroeste	152	121	9,2	4,1	11,2	14,0	10,5	9,1	2,6	4,1	3,3	2,5	5,3	6,6	25,7	18,2	1,3	1,7
Área V Altiplano	106	56	32,1	37,5	16,0	25,0	1,9	5,4	1,9	5,4	4,7	3,6	5,7	7,1	12,3	10,7	0,9	0,0
Área VI Vega Media	292	352	14,7	16,2	11,6	17,6	35,3	42,9	3,8	4,5	4,8	5,4	7,2	8,0	14,7	13,9	15,8	18,8
Área VII Murcia Este	301	337	54,2	46,3	24,9	21,4	60,1	54,9	4,7	4,5	3,3	6,2	7,3	9,2	16,3	17,5	2,7	3,6
Área VIII Mar Menor	124	139	31,5	33,8	30,6	27,3	26,6	39,6	6,5	1,4	4,0	5,0	8,9	6,5	30,6	21,6	2,4	0,0
Área IX Vega Alta	111	109	21,6	33,0	20,7	14,7	52,3	45,9	1,8	4,6	3,6	1,8	5,4	6,4	16,2	10,1	0,9	0,0
Total	1967	1971	34,8	33,1	23,2	24,8	37,8	39,7	4,6	5,3	4,2	5,8	8,0	9,8	39,9	37,4	7,6	9,8

Se puede consultar la evolución de los indicadores entre 2008 y 2011 en archivo anexo. (1) Atendidos en hospitales de referencia en algún momento (%). (2) Atendidos sólo en hospitales concertados (%). Fuente: CMBD-AH, Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. DGPOSFI. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia.

Se ha apreciado un descenso del número de episodios de ictus isquémico en las Áreas IV y V en 2011. Las Áreas VI, VII y VIII han sido, por el contrario, las dos áreas con un mayor incremento en el número de episodios.

En líneas generales, los pacientes residentes en las Áreas de Salud I (Murcia-Oeste) y II (Cartagena), donde radican los hospitales de referencia, reciben una mayor intensidad diagnóstico-terapéutica que el resto.

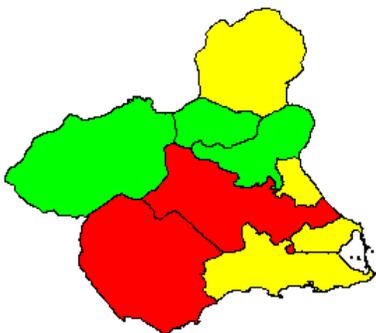
En 2011, las Áreas II, III y VII presentan un uso de RMN mayor que el esperado (en función de la media regional), mientras que las Áreas IV y VI presentan un uso menor (figura 1). La angiografía fue utilizada en mayor proporción en las Áreas I y III y en menor en la IV, VI y IX .. El uso de ultrasonidos, fue superior en el área VII y menor en las Áreas III, IV y V.

El uso de la trombolisis se ha incrementado en todas las Áreas de Salud, salvo en la del Mar Menor. El uso de la angioplastia ha disminuido en las Áreas de Lorca y de la Vega Alta del Segura, aumentando o permaneciendo estable en el resto; las Áreas I y II presentaron la mayor proporción de pacientes tratados con dichos procedimientos.

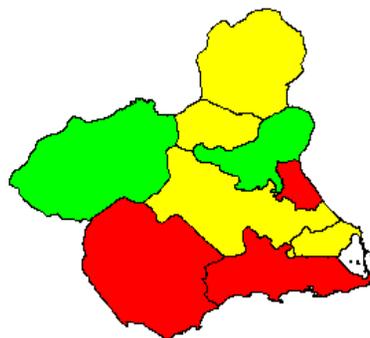
Las Áreas III, V y IX presentaron la menor proporción de pacientes atendidos en hospitales de referencia en algún momento. Las Áreas I, III y VI fueron las áreas con el mayor porcentaje de pacientes atendidos únicamente en hospitales concertados.

Figura 1. Procedimientos diagnóstico-terapéuticos del ictus isquémico por áreas de salud de residencia del paciente. Región de Murcia. 2011.

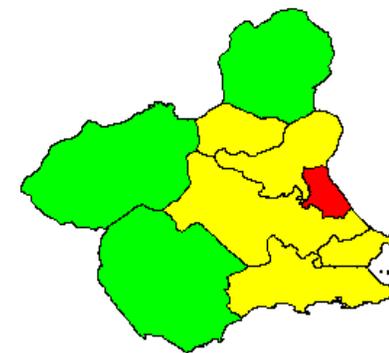
ANGIOGRAFÍA



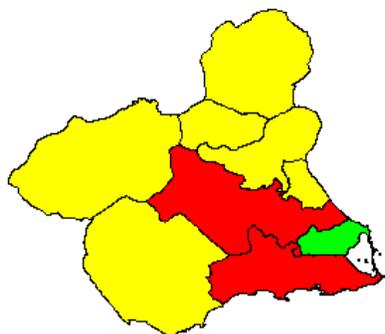
RMN



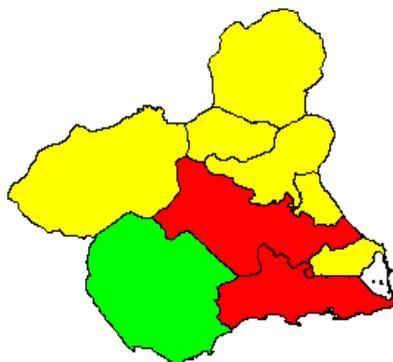
ULTRASONIDOS



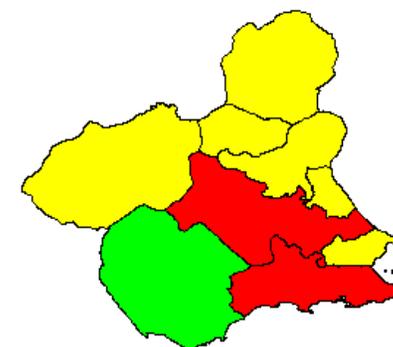
TROMBOLISIS



ANGIOPLASTIA /ENDARTERECTOMIA



TROMBOLISIS Y/O ANGIOPLASTIA



Mayor de lo esperado ($n < 0.05$)

Esperado

Menor de lo esperado ($n < 0.05$)



Tabla 3. Indicadores de Ictus Isquémico (%) por Áreas de Salud de residencia del paciente. Población menor de 80 años. Región de Murcia. 2010-2011.

	Episodios		RMN		Angiografía		Ultrasonidos		Trombolisis		Angioplastia		Trombo y/o angio		H. referencia ⁽¹⁾		H. concertados ⁽²⁾	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Área I Murcia Oeste	219	185	44,7	43,2	37,0	41,1	49,3	50,3	6,4	10,8	8,2	13,0	13,2	20,0	90,0	93,0	5,0	4,3
Área II Cartagena	194	190	56,7	55,3	41,8	33,7	45,9	48,9	10,3	7,9	3,1	9,5	12,9	16,3	96,9	97,9	2,6	1,1
Área III Lorca	166	151	51,8	54,3	28,9	46,4	34,3	27,8	3,0	4,6	6,0	3,3	8,4	6,0	13,3	16,6	9,0	11,3
Área IV Noroeste	87	65	14,9	7,7	17,2	20,0	17,2	13,8	4,6	3,1	4,6	3,1	8,0	6,2	39,1	26,2	1,1	1,5
Área V Altiplano	64	33	35,9	39,4	20,3	30,3	3,1	9,1	1,6	9,1	6,3	6,1	7,8	12,1	17,2	18,2	1,6	0,0
Área VI Vega Media	171	206	23,4	23,8	18,7	26,2	40,4	56,3	5,8	6,8	7,0	7,3	11,1	11,7	21,6	20,4	12,3	14,6
Área VII Murcia Este	188	218	63,8	55,5	34,0	28,9	64,9	61,0	4,3	5,0	4,8	8,3	8,5	11,9	16,5	23,4	1,1	3,2
Área VIII Mar Menor	74	86	44,6	46,5	47,3	34,9	27,0	43,0	8,1	0,0	5,4	4,7	10,8	4,7	37,8	22,1	2,7	0,0
Área IX Vega Alta	66	57	24,2	49,1	27,3	19,3	53,0	59,6	1,5	5,3	6,1	3,5	7,6	8,8	21,2	15,8	1,5	0,0
Total	1229	1191	43,9	43,9	31,5	32,8	42,1	47,0	5,6	6,3	5,8	7,6	10,4	12,1	45,7	44,2	4,8	5,5

Se puede consultar la evolución de los indicadores entre 2008 y 2011 en archivo anexo. (1) Atendidos en hospitales de referencia en algún momento (%). (2) Atendidos sólo en hospitales concertados (%). Fuente: CMBD-AH, Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. DGPOSFI. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia.

En la población menor de 80 años, el número de episodios completos de ictus isquémico ha descendido en todas las Áreas de Salud, salvo en las áreas VI, VII y VIII.

La intensidad diagnóstico-terapéutica por Áreas de Salud es superior a la población en su conjunto, pero sigue un patrón similar.

El uso de la trombolisis se ha incrementado en todas las Áreas de Salud, salvo en la de Cartagena y la del Mar Menor. El uso de la angioplastia ha disminuido en las Áreas de Lorca y de la Vega Alta del Segura, aumentando o permaneciendo estable en el resto; las Áreas Murcia-Oeste y Cartagena presentaron la mayor proporción de pacientes tratados con dichos procedimientos.

Las Áreas III, V y IX presentaron la menor proporción de pacientes atendidos en hospitales de referencia en algún momento. Las Áreas III y VI fueron las áreas con el mayor porcentaje de pacientes atendidos sólo en hospitales concertados.



Anexo: Metodología utilizada para la elaboración del informe.

Periodo de estudio: Años 2010 y 2011.

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 la misma fecha de nacimiento y sexo o 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:*
 - Angiografía: Angiografía cerebral, 88.41.
 - TAC: Tomografía Axial Computerizada de cabeza, 87.03 y 87.04.
 - RMN: Resonancia Magnética Nuclear de cerebro, 88.91.
 - Ultrasonidos: Ultrasonidos diagnósticos de cabeza y cuello, 88.71.
 - Trombolisis: Inyección de agente trombolítico, 99.10.
 - Angioplastia: Angioplastia percutánea de vaso/s extra/intracraneales, inserción de stent, 00.61 a 00.65. Endarterectomía de vasos de cabeza y cuello, 38.12. Reparación u oclusión endovascular de vasos de cabeza y cuello, 39.72 y eliminación endovascular de obstrucción de vasos de cabeza y cuello, 39.74.
- *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 2012.
 - 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.

Validez de la información, limitaciones del estudio:

- *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 debidos a un segundo ictus.



- 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 y 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 2011, única fuente que registra las informaciones 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 otra parte, la evaluación de los resultados sobre la mortalidad puede estar mediatizada por la frecuencia de uso de la terapia (una frecuencia de uso inferior a un nivel dado, puede significar que: a) se está utilizando en pacientes seleccionados –jóvenes, con clínica leve- que sobrevivirían de todas formas o b) se utiliza en mayor medida en pacientes con peores perspectivas de supervivencia).
 - Por último, la evaluación de resultados (sobre las secuelas de la patología) no puede realizarse a través de esta fuente de información.