



Atención a la patología cerebro-vascular: Reingresos, 2010-2012.

Resumen:

Métodos:

- *Periodo de estudio:* Años 2010-2012.
- *Fuente de los sujetos:* Registro Regional del Conjunto Mínimo Básico de Datos con internamiento.
- *Hecho a estudio:* Reingresos urgentes a 30 días de pacientes supervivientes asistidos por patología cerebro-vascular (PCV) residentes en la Región de Murcia, cuyo tratamiento haya sido sufragado por el Servicio Murciano de Salud.

Conclusiones:

Se han registrado 597 reingresos, un 7,7%. Un 46,1% del total y un 57,8% de los mayores de 80 años fueron mujeres. Los reingresos fueron el 10,5% en mayores de 80 años y el 6,5% en menores de esa edad. Entre los que tuvieron un episodio índice hemorrágico se produjeron 10,6% reingresos, 7,3% en isquémico y 6,8% en accidente isquémico transitorio. La edad media fue de 75,8 años. La estancia media fue mayor en mujeres (11,3 días) que en hombres (9,6), mientras que la mortalidad mayor se dio en aquéllos cuyo episodio índice era isquémico (16,3%). Los hombres reingresan de manera precoz más que las mujeres, un 40,1% frente a 34,9%.

Los reingresos por trastornos del sistema nervioso central son el 33,0%, por enfermedad cerebrovascular el 27,1%. Alrededor del 25% de los reingresos podrían tener relación indirecta con la PCV, mientras que el resto (42%), en principio, no deberían estar relacionados y podrían corresponder a la patología de ingreso esperable en los pacientes sin PCV previa.

Los reingresos en el hospital responsable del alta fueron un 5,9%.

Abril 2014



Atención a la patología cerebro-vascular: Reingresos, 2010-2012.

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

María Victoria Abellán Pérez.
Oscar Forcada Navarro.
María del Carmen Ibáñez Pérez.
Luis Miguel López Díez.

ANÁLISIS Y REDACCIÓN DEL DOCUMENTO:

Fernando Moldenhauer Carrillo (*).
Lauro Hernando Arizaleta

REVISIÓN:

Ana Morales Ortiz (**).
Joaquín A. Palomar Rodríguez.
Marta Segura Aroca
María Luisa Usera Clavero

(*). 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.

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 a la patología cerebro-vascular: Reingresos, 2010-2012. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1410. Murcia: Consejería Sanidad y Política Social; 2014.

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:

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.



Sumario:

El envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida está haciendo aumentar la frecuencia de enfermedades como la patología cerebrovascular (PCV), ya que ésta aumenta de forma casi exponencial a partir de la quinta década de la vida, hasta el punto que, en nuestro medio, es la principal causa global de mortalidad en mujeres y la segunda en hombres.

El ictus, con frecuencia, genera limitación funcional entre las personas que no fallecen, lo que se traduce en una importante fragilidad y empeoramiento de la calidad de vida. Cuando se ocasiona algún grado de dependencia física o de deterioro cognitivo se producen alteraciones en su entorno familiar y social y un importante coste del sistema social.

Los avances que se han venido produciendo, tanto en el campo de la neurociencia como en el de las técnicas diagnósticas y terapéuticas, han convertido al ictus en una enfermedad tratable. El ictus ha pasado de ser una enfermedad sin terapia preventiva ni curativa, hace unas décadas, a ser una enfermedad prevenible y cada vez más abordable durante el episodio agudo y en la fase de recuperación funcional.

USA y Europa están considerando el nivel de reingresos hospitalarios como un indicador de calidad asistencial y empiezan a utilizarlo también como un indicador ligado a la financiación sanitaria, penalizando a hospitales que presentan un mayor nivel de reingresos en determinadas patologías, lo cual está creando controversia puesto que los reingresos esperables pueden variar dependiendo de las características de la población de que se trate y otros factores, aunque hay evidencias de que una parte de los reingresos son atribuibles a los cuidados administrados por el hospital, sobre todo en los reingresos precoces (igual o menores de 7 días).

Aunque no hay una definición de los reingresos evitables, se pueden considerar como probablemente evitables algunos procesos, como por ejemplo las infecciones, sobre todo si están asociadas a catéteres, sondas, etc, pudiéndose elaborar estrategias para evitar o disminuir su incidencia, dirigidos a la asistencia extrahospitalaria y a los cuidadores.

En los trabajos publicados se suelen calcular los reingresos sobre los pacientes dados de alta por PCV con vida, mientras que hay heterogeneidad en cuanto a la inclusión de casos:

- Se pueden incluir los reingresos programados, aunque la mayoría los excluyen.
- El periodo a considerar va desde las 24 horas hasta un año. Lo más frecuente son 30 días
- Se pueden incluir los reingresos por la misma causa que el ingreso índice, por causas seleccionadas o por cualquier causa
- Y por último y ligado a la factibilidad de la elaboración del indicador, reingresos en el hospital que da el alta o en cualquier hospital de un territorio seleccionado.



El presente informe incluye los reingresos urgentes a 30 días por cualquier patología en pacientes residentes en la Región que han sobrevivido a un ingreso, financiado por el SMS, por PCV en hospitales públicos o concertados. También se incluyen los reingresos programados atendidos en hospitales concertados, ya que se considera que son derivados desde hospitales públicos en el curso de un episodio agudo. Pretende ser un acercamiento a las características de estos procesos que permita ir avanzando en su conocimiento y prevención secundaria.

Entre 2010 y 2012, se han registrado 597 reingresos, un 7,7% del total de altas por PCV.

Los reingresos en mayores de 80 años fueron superiores a los reingresos en menores de esa edad, 10,5% y 6,5%, respectivamente. Entre los que habían tenido un caso índice hemorrágico, reingresaron el 10,5%, 7,3% en isquémico y 6,8% en accidente isquémico transitorio.

Aunque las mujeres suponen el 46,1% del total de reingresos, son mayoría, con un 57,8%, entre los mayores de 80 años, lo que también se refleja en la edad media que es de 78,0 y 73,9 para mujeres y hombres respectivamente. La estancia media fue de 10,4 días, mayor en mujeres (11,3 días) que en hombres (9,6 días). La mortalidad total se situó en 13,1% y fue mayor en aquellos pacientes que reingresaron tras un ictus isquémico (16,3%) y entre las mujeres en todas las categorías analizadas excepto en los mayores de 80 años, aunque las diferencias por sexo no son significativas. Los reingresos precoces (en 7 días o menos) se producen más entre los hombres con un 40,1% que entre las mujeres con un 34,9%.

Los reingresos con una relación más directa con la patología de base cerebrovascular, representan el 33,0%, por enfermedad cerebrovascular el 27,1%, la mayoría de ellos por enfermedad cerebrovascular no especificada (24,0% del total de reingresos). Alrededor del 25% de los reingresos podrían tener relación indirecta con la PCV, mientras que el resto (42% aproximadamente), en principio, no deberían estar relacionados y podrían corresponder al nivel de ingresos esperable en los pacientes sin PCV previa.

Los reingresos en hospital responsable del alta fueron un 5,9%



Métodos:

Periodo de estudio: Años 2010 a 2012.

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, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación.

Hechos a estudio: Reingresos hospitalarios urgentes por cualquier patología, identificados por el Código de identificación personal (CIP), en cualquier hospital de la Región (público o privado), dentro de los 30 días desde un alta anterior por patología cerebro-vascular (PCV). Se han incluido también como reingresos urgentes los programados en hospitales privados, después de analizarlos y considerar que son derivados desde hospitales públicos dentro de un episodio agudo.

Métodos:

- *Agrupaciones de códigos diagnósticos en los casos índice:*
 - Código de la CIE 9MC 430, 431 o 432 (ictus hemorrágico)
 - Código de la CIE 9MC 433, 434 o 436 (ictus Isquémico)
 - Código de la CIE 9MC 435 (Accidente isquémico transitorio) (AIT).
- *Unión de episodios de los casos índice:* 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 disrupción asistencial¹.
- La agrupación de los diagnósticos del reingreso se ha realizado partiendo del Clinical Classifications Software para la CIE-9-MC (CCS, desarrollado por el [Healthcare Cost and Utilization Project-HCUP](#)).
- *Indicadores:*
 - Porcentaje de reingresos urgentes a 30 días sobre altas de casos índice vivos
 - Frecuentación: En tasas por 100.000 habitantes. Se utiliza la población a 1 de enero de cada año
 - El resto de tasas se calculan sobre 100 pacientes
 - Mortalidad: Se calcula la mortalidad total intrahospitalaria
 - Hospital responsable del alta de los casos iniciales: Es el último hospital identificado que atiende al paciente, en el caso de que existan episodios con continuidad asistencial
 - Reingreso precoz: el que se produce a los 7 días o menos desde el alta inicial

Validez de la información, limitaciones del estudio:

- *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 que constituyen los casos iniciales estudiados se dispone de CIP en el 96,5% de las ocasiones y en el 88,9% han sido identificados en PERSAN. Esta limitación disminuye la probabilidad de localizar los episodios de reingreso regionales, aunque no altera la probabilidad de identificar los reingresos dentro del propio hospital
- *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: En relación con la Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado, única fuente que registra la información de las altas producidas en los centros públicos y privados en función de su régimen de financiación, está cercana al 97-98% en los últimos años.

¹ [Una descripción del método empleado, puede consultarse en "Atención al ictus isquémico a través del CMBD 2012". Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1321. Murcia: Consejería Sanidad y Política Social; 2014.](#)



RESULTADOS

Se han registrado 9.025 casos de patología cerebro-vascular (PCV en adelante), durante el periodo de estudio, la frecuentación hospitalaria por PCV en la Región es de 205 episodios por 100.000 habitantes-año, el 65,1 % son de tipo isquémico. Las mujeres representan el 47,0 % del total. En general, la edad media de las mujeres es mayor que la de los hombres. La estancia media y la mortalidad son mayores en el ictus hemorrágico, 14,7 días y 30,8%. La mortalidad también es mayor en las personas de mayor edad y en las mujeres, a expensas del ictus isquémico, un 16,2% en mujeres y un 9,8% en hombres ($p < 0,001$).

Ingresos iniciales por tipo de patología cerebrovascular y edad. Periodo 2010-2012. Región de Murcia

	Total	<=80	>=81	AIT	HEM	ISQ
Nº	9.025	6.026	2.997	1.645	1.508	5.872
Mujeres %	47,0	40,2	60,8	51,1	43,2	46,8
Edad media	73,5	67,3	85,7	73,7	70,5	74,1
Mujeres	76,2	68,7	86,1	76,0	72,1	77,2
Hombres	71,0	66,4	85,2	71,3	69,3	71,4
Estancia media	10,7	10,7	10,9	6,3	14,7	11,0
Mujeres	10,9	10,8	11,1	6,2	14,6	11,5
Hombres	10,6	10,6	10,6	6,4	14,8	10,5
Mortalidad %	13,7	9,4	22,2	1,0	30,8	12,8
Mujeres	15,4	9,4	23,2	0,8	30,4	16,2
Hombres	12,2	9,4	20,7	1,1	31,0	9,8

AIT: Accidente isquémico transitorio, HEM: ictus hemorrágico, ISQ: ictus isquémico. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Región de Murcia.

597 pacientes, un 7,7% de los que no murieron durante el ingreso índice, reingresaron durante los 30 días siguientes al alta. Un 46,1% del total y un 57,8% de los mayores de 80 años fueron mujeres, ya que a esta edad la proporción de mujeres es mayor y en ellas se incrementa la incidencia de PCV. Las mujeres aproximadamente constituyen la mitad de los reingresos tras un accidente isquémico transitorio (AIT), seguido por ictus isquémico e ictus hemorrágico. Los reingresos fueron superiores en mayores de 80 años.

La estancia media, en relación a los ingresos iniciales, disminuye en los pacientes que reingresan tras un ictus hemorrágico y aumenta en el AIT, lo que puede reflejar que los reingresos tras un ictus hemorrágico provienen de una selección de los pacientes menos graves (los más graves pudieron morir en el ingreso inicial ya que su mortalidad fue del 30,8%) y que los AIT que reingresan lo hacen por una patología más grave (PCV grave u otra patología grave no PCV), relacionada con el progresivo deterioro del paciente.



La mortalidad general fue parecida a la de los ingresos iniciales, aunque aumentan las diferencias por sexo y edad (mayor en hombres menores de 80 y en mujeres mayores de 80), la mortalidad es mayor en este caso en los que habían tenido en el ingreso índice un AIT ($p < 0,001$), y disminuye en los pacientes que reingresan tras un ictus hemorrágico ($p < 0,001$), siendo no significativa en el ictus isquémico; ésto altera las proporciones de mortalidad por tipo de PCV en los reingresos que pasa a ser mayor en los isquémicos que en el resto ($p < 0,04$), posiblemente por la selección de pacientes de mayor o menor gravedad mencionada con anterioridad. La mortalidad en mujeres, aunque mayor, no presenta significación estadística en ninguna de las agrupaciones consideradas. Los hombres reingresan de manera precoz (a los 7 días o antes) más que las mujeres, un 40,1% frente a 34,9% en las mujeres, excepto para los mayores de 80 años (34,0% y 37,6%, respectivamente).

**Reingresos por tipo de patología cerebrovascular del caso índice y edad.
Periodo 2010-2012. Región de Murcia**

	Total	<=80	>=81	AIT	HEM	ISQ
Nº	597	353	244	111	111	375
Reingresos %	7,7	6,5	10,5	6,8	10,6	7,3
Mujeres %	46,1	38,0	57,8	51,4	42,3	45,6
Edad media	75,8	69,2	85,3	76,9	73,6	76,2
Mujeres	78,0	70,2	85,5	79,5	74,1	78,6
Hombres	73,9	68,6	85,2	74,1	73,1	74,1
Estancia media	10,4	10,6	10,1	8,5	11,7	10,6
Mujeres	11,3	11,9	10,7	8,8	12,8	11,7
Hombres	9,6	9,8	9,2	8,2	10,9	9,6
Mortalidad %	13,1	9,6	18,0	7,2	8,1	16,3
Mujeres	14,2	8,2	19,9	8,8	10,6	17,0
Hombres	12,1	10,5	15,5	5,6	6,3	15,7
Reingreso precoz <= 7 días %	37,7	38,8	36,1	38,7	34,2	38,4
Mujeres %	34,9	32,1	37,6	35,1	25,5	37,4
Hombres %	40,1	42,9	34,0	42,6	40,6	39,2

AIT: Accidente isquémico transitorio, HEM: ictus hemorrágico, ISQ: ictus isquémico. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Región de Murcia.

El uso de bases de datos clínico-administrativas, generalmente, no permite atribuir relaciones causales en los motivos de los reingresos. No obstante, los reingresos por trastornos del sistema nervioso central son el 33,0%, por enfermedad cerebrovascular el 27,1%, la mayoría de ellos por enfermedad cerebrovascular no especificada (24,0%), podríamos decir que alrededor del 25% de los reingresos podrían tener relación indirecta con la PCV precedente, mientras que el resto (42% aproximadamente), como procesos cancerosos, digestivos, circulatorios, etc., en principio, no deberían estar relacionados y podrían corresponder a la patología de ingreso esperable en los pacientes sin PCV previa.



Como ejemplo de causas que pueden estar relacionadas indirectamente con la PCV, podemos citar, entre las causas respiratorias, 13 neumonitis por aspiración de comida o vómito (2,18% del total de reingresos) y las infecciones; 30 infecciones del tracto urinario (5,03% del total), que pudieran estar asociados a sonda urinaria; la mayoría de las infecciones generales son por septicemia (19 episodios, 3,18%, que pueden también estar relacionadas con el uso de dispositivos o procedimientos; de las 6 especificadas, hay 5 por E. Coli y 1 por Gram -, que pueden indicar un origen urinario o fecal); las complicaciones de procedimientos e implantes y la derivadas de la cirugía son diversas, 6 (1,0%) pudieran estar relacionadas directa o indirectamente con el ictus. De los desórdenes hidroelectrolíticos, 8 (1,3%), corresponden a deshidratación.

Reingresos: Causas agrupadas por edad y tipo de patología cerebrovascular del caso índice. Periodo 2010-2012. Región de Murcia

	Nº	%	<=80a	>=81a	AIT	HEM	ISQ
Patología sistema nervioso central	197	33,0	36,5	27,9	27,9	42,3	31,7
ECV	143	24,0	26,1	20,9	13,5	35,1	23,7
AIT	13	2,2	2,3	2,0	1,8	0,0	1,1
ISQ	6	1,0	1,4	0,4	6,3	0,0	1,6
Otras afecciones del SNC	35	5,9	6,8	4,5	6,3	7,2	5,3
Patología respiratoria	83	13,9	9,9	19,7	12,6	10,8	15,2
Patología cardíaca	58	9,7	11,6	7,0	12,6	10,8	8,5
Trastornos genitourinarios	50	8,4	6,5	11,1	8,1	5,4	9,3
Trastornos digestivos	44	7,4	6,2	9,0	6,3	3,6	8,8
Patología circulatoria	24	4,0	2,8	5,7	4,5	2,7	4,3
Patología infecciosa	22	3,7	3,7	3,7	1,8	3,6	4,3
Complicaciones de procedimientos	15	2,5	3,1	1,6	0,9	4,5	2,4
Patología traumatológicas	14	2,3	3,1	1,2	5,4	2,7	1,3
Desórdenes hidroelectrolíticos	13	2,2	1,1	3,7	2,7	3,6	1,6
Síncope	13	2,2	2,3	2,0	2,7	1,8	2,1
Cáncer	11	1,8	2,0	1,6	2,7	0,9	1,9
Diabetes mellitus con complicaciones	10	1,7	2,3	0,8	0,9	0,9	2,1
Dolor toracico inespecifico	9	1,5	1,4	1,6	2,7	0,0	1,6
Otros	34	5,7	7,4	3,3	8,1	6,3	4,8
Total	597	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

ECV Enfermedad cerebro-vascular no especificada. AIT: Accidente isquémico transitorio, ISQ: ictus isquémico. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Región de Murcia.



La información sobre reingresos procede comúnmente de los que ocurren en el mismo hospital donde se produjo el alta. Así, aunque en la Región los reingresos suponen un 7,7%, si tenemos en cuenta solo los reingresos que se producen en el mismo hospital responsable del alta, el indicador desciende al 5,9%. El paciente puede haber sido dado de alta en el hospital de referencia, en el caso en que la asistencia a su PCV lo aconsejara, mientras que el reingreso puede producirse con mayor frecuencia en el hospital mas cercano en el momento en que se producen los hechos o al domicilio del paciente o familiares. Es por eso que esta segunda forma de cálculo hace que el indicador de reingresos disminuya más en hospitales de referencia y concertados.

Relación entre el hospital de ingreso inicial y el hospital de reingreso. Periodo 2010-2012. Región de Murcia

Hospital de reingreso	Hospital responsable del alta										Total
	HVA	CHC	HRM	HCN	HVC	HMM	HRS	HLA	HLG	Concert.	
H C Virgen Arrixaca	74	4	0	3	1	8	4	2	0	6	102
Complejo Hospitalario de Cartagena	9	56	2	0	0	2	0	4	0	14	87
H Rafael Méndez	6	0	30	0	0	0	0	0	0	1	37
H Comarcal del Noroeste	3	0	0	17	0	0	0	1	0	1	22
H Virgen del Castillo	2	0	0	0	22	0	0	0	0	0	24
H Morales Meseguer	8	0	0	0	0	71	0	0	3	10	92
H Reina Sofía	3	0	0	0	0	0	78	0	0	2	83
H Los Arcos del Mar Menor	3	6	0	0	0	0	0	28	0	2	39
H Lorenzo Guirao	4	0	0	0	0	0	0	0	38	0	42
H Concertados	12	0	2	0	0	9	2	0	0	44	69
Total	124	66	34	20	23	90	84	35	41	80	597
Episodios iniciales (sin exitus)	1.800	1.096	675	351	279	1.172	1.112	384	373	550	7.792
Reingresos en cualquier hospital %	6,9	6,0	5,0	5,7	8,2	7,7	7,6	9,1	11,0	14,6	7,7
Reingresos en hospital responsable del alta	4,1	5,1	4,4	4,8	7,9	6,1	7,0	7,3	10,2	8,0 ^(*)	5,9

* Hospital de ingreso inicial concertado y reingreso en cualquier otro hospital concertado. Fuente: Registro del CMBD Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Región de Murcia