



Atención a la Patología Cerebrovascular. Resultados regionales a partir del CMBD. 2014.

Resumen:

Métodos:

- *Periodo de estudio:* Año 2014.
- *Fuente de los sujetos:* Registros del CMBD con internamiento.
- *Hecho a estudio:* Episodios de patología cerebrovascular en pacientes residentes en Murcia, atendidos en hospitales de la Región, cuya asistencia haya sido sufragada por el SMS. Se construyen episodios completos uniendo las altas con continuidad asistencial. Especial referencia al ictus isquémico.

Resultados:

En el año 2014 se han registrado 3.418 altas que se resumen en 3.093 episodios completos ocasionados por 2.919 pacientes afectados de patología cerebrovascular, la frecuentación hospitalaria es de 210,9 episodios por 100.000 habitantes, cifras similares a las del año anterior¹. El ictus hemorrágico es el subtipo menos frecuente (16,6%) pero con mayor mortalidad (24,1%).

El ictus isquémico es el más frecuente (1.984 episodios completos, frecuentación de 135,3). Con un predominio de los varones (55,2%), de una edad media de 73,6 años, la mortalidad intrahospitalaria es del 12,1% y una estancia media de 9,9 días. A un 5,6% de los pacientes se les practicó trombolisis química (5,9% en menores de 80 años) y a un 7,5% algún procedimiento terapéutico de la fase aguda (trombolisis química, trombectomía mecánica), 8,5% en menores de 80 años. Los reingresos urgentes a 30 días por cualquier causa suponen un 9,1%, un 43,3% de los pacientes accedieron a los hospitales de referencia. Se identifica una alta variabilidad en función del área de salud de residencia del paciente y en la práctica clínica de los centros de referencia.

Octubre de 2015

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 en www.murciasalud.es/cmbd2008-2014-cerebrovascular-ictus



Atención a la Patología Cerebrovascular. Resultados regionales a partir del CMBD. 2014.

APOYO ADMINISTRATIVO Y DE EDICIÓN Mónica Garay Pelegrín.

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

María Victoria Abellán Pérez.

María del Carmen Ibáñez Pérez.

Iván Lorca Lázaro.

Luis Miguel López Díez.

ANÁLISIS Y REDACCIÓN DEL DOCUMENTO:

Lauro Hernando Arizaleta.

REVISIÓN:

María del Pilar Mira Escolano.

Ana Morales Ortiz (*).

Joaquín A. Palomar Rodríguez.

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

EDITA:

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

CITA RECOMENDADA:

Atención a la Patología Cerebrovascular. Resultados regionales a partir del CMBD. 2014. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1522. Murcia: Consejería Sanidad; 2015.

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.

Si desea recibir las publicaciones relacionadas que se elaboren puede mandar un correo electrónico a planificacion-sanitaria@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.

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.



Desde el año 2010, en nuestra Región, funciona el Programa de Atención al Ictus². Su estructura organizativa, con dos Centros de Referencia (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y el Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena), donde se realiza el tratamiento fibrinolítico y de rescate y se ubican Unidades de Ictus, no es eficiente si no funciona de manera óptima ‘la cadena del ictus’: por parte del paciente (y su entorno) el rápido reconocimiento de los síntomas y de la demanda de asistencia, en la fase prehospitalaria la adecuación del tiempo de respuesta y derivación al recurso adecuado de manera directa o la hospitalaria, con una valoración y administración del tratamiento precoces.

El Programa indica la necesidad de remitir a los pacientes a los centros de referencia en ciertas circunstancias, lo que aconseja centrar la evaluación de la asistencia en el área de salud de residencia del paciente, en lugar del hospital, para verificar la equidad en el acceso al tratamiento. Además, es la razón por la que se unen los episodios asistenciales del mismo paciente, debidos a traslados entre hospitales, en uno solo (episodio completo). Al final del documento se adjunta la metodología de manera detallada³. No obstante, el análisis por hospital responsable del alta del paciente es imprescindible para monitorizar otros indicadores (estancia media, reingresos...).

Globalmente, en 2014 han sido identificadas 3.418 altas hospitalarias por patología cerebrovascular que se resumen en 3.093 episodios completos ocasionados por 2.919 pacientes distintos que residen en la Región y cuyo proceso ha sido sufragado por el SMS³. Uno de cada diez pacientes ha pasado por dos hospitales en transcurso del proceso asistencial.

Patología Cerebrovascular. Región de Murcia, 2008-2014.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Episodios completos	3.100	3.124	3.109	3.012	2.894	3.108	3.093
Tasa (100.000 habitantes)	217,4	216,0	212,6	204,8	196,3	211,1	210,9
Altas por Episodio completo	1,04	1,05	1,06	1,07	1,09	1,10	1,11
Varones (%)	51,9	51,9	52,3	52,0	54,8	54,6	55,1
Menores de 80 años (%)	65,4	66,8	63,2	61,4	63,2	64,0	61,4
Edad media	72,8	72,5	73,6	73,5	73,2	72,4	73,0
Ingreso Urgente (%)	92,3	92,3	91,9	90,7	91,6	91,8	91,3
Estancia media	11,3	11,3	11,5	10,6	10,0	10,3	10,1
Mortalidad intrahospitalaria (%)	14,5	11,8	14,8	12,6	13,6	11,6	11,9
TAC (%)	85,2	86,5	85,9	85,2	87,0	87,1	86,8
RMN (%)	29,5	31,8	31,2	30,0	27,7	31,1	30,5
Angiografía (%)	12,5	20,4	23,2	24,8	20,4	18,7	19,4
Ultrasonidos (%)	22,6	30,4	34,4	36,6	37,8	39,9	40,9
Reingresos a 30 días (%) ^{(1) (2)}	7,7	8,0	8,5	10,3	8,8	8,7	8,9
Hosp. referencia (%) ⁽³⁾	35,2	38,4	40,5	39,6	44,0	45,1	46,3
Solo h. concertados (%) ⁽⁴⁾	8,8	8,1	7,7	8,6	6,2	5,1	5,0

2010, primer año completo de aplicación del Programa de Ictus. (1) Por cualquier motivo, en cualquier hospital. (2) En denominador se descuentan los fallecidos. (3) Han estado internados en hospitales referencia en algún momento. (4) Internados solo en hospitales concertados. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Población: Padrón Municipal, Centro Regional de Estadística.

² Accesible en http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=1445&idsec=88

³ En www.murciasalud.es/cmbd, puede accederse a informes previos y en www.murciasalud.es/cmbd2008-2014-cerebrovascular-ictus a todos los indicadores por tipo de patología, área de salud y hospital, entre 2008 y 2014



Desde 2008, el número de episodios, la frecuentación hospitalaria y el resto de los indicadores permanecen relativamente estables, salvo el aumento en la realización de los ultrasonidos diagnósticos (40,9% de los pacientes en 2014) y en la derivación de los pacientes a los hospitales de referencia (46,3%).

La distribución por subtipos también permanece estable desde 2008. El Accidente Isquémico Transitorio (AIT) presenta la menor gravedad y una frecuencia relativa baja (19,2% del total), comparativamente se caracterizan por una distribución por sexos más equilibrada y bajas mortalidad intrahospitalaria (0,8%), estancia media (5,7 días), reingresos urgentes (6,9%) y derivación a los hospitales de referencia (33,3%).

Patología Cerebrovascular por subtipos. Región de Murcia, 2013-2014.

	AIT		Ictus Hemorrágico		Ictus Isquémico	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Episodios completos	603	595	504	514	2.001	1.984
Tasa (100.000 habitantes)	41,0	40,6	34,2	35,0	135,9	135,3
Altas por Episodio completo	1,02	1,04	1,19	1,20	1,10	1,10
Varones (%)	50,1	53,1	56,5	56,6	55,4	55,2
Menores de 80 años (%)	63,2	56,3	66,3	67,3	63,6	61,3
Edad media	73,3	74,1	69,4	69,5	72,9	73,6
Ingreso Urgente (%)	97,7	97,1	93,5	93,0	89,6	89,1
Estancia media	5,8	5,7	15,0	15,6	10,4	9,9
Mortalidad intrahospitalaria (%)	0,3	0,8	27,2	24,1	11,1	12,1
Mortalidad intrahosp. 30 días (%)	0,3	0,8	25,4	22,4	9,6	10,8
TAC (%)	91,7	90,8	89,1	91,2	85,3	84,5
RMN (%)	34,3	34,6	11,9	11,3	35,0	34,2
Angiografía (%)	9,6	9,9	21,4	22,6	20,8	21,5
Ultrasonidos (%)	55,9	59,2	11,1	9,9	42,4	43,4
Reingresos a 30 días (%) ^{(1) (5)}	5,7	6,9	13,4	11,0	8,7	9,1
Reing. Program. 2 meses (%) ^{(2) (5)}	0,2	0,8	0,0	0,0	0,9	1,8
Hosp. referencia (%) ⁽³⁾	29,4	33,3	62,5	63,2	42,5	43,3
Solo h. concertados (%) ⁽⁴⁾	5,3	4,9	3,4	4,1	5,5	5,2

2010, primer año completo de aplicación del Programa de Atención al Ictus. (1) Por cualquier motivo, en cualquier hospital. (2) Programados en Neurología de hospitales de referencia (H. Arrixaca o C.H. Cartagena). (3) Han estado internados en hospitales referencia en algún momento. (4) Solo han estado internados en hospitales concertados. (5) En denominador se descuentan los fallecidos. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Región de Murcia. Población: Padrón Municipal, Centro Regional de Estadística.

Los pacientes afectados de Ictus Hemorrágico en 2014 suponen un 16,6% del total y presentan la mayor mortalidad (24,1%) y porcentaje de reingresos (11,0%); la complejidad y gravedad del cuadro también se traducen en una mayor estancia media (15,6 días), una alta derivación a los centros de referencia (63,2%, en este caso al Hospital Virgen de la Arrixaca, único con servicio de Neurocirugía) y, por ello, la mayor relación de altas por episodio completo (1,20; uno de cada cinco pacientes han sido asistidos en dos hospitales).

Los pacientes afectados de Ictus Isquémico son los más numerosos (64,1%) y presentan unos indicadores intermedios.



En los pacientes con Ictus Isquémico, la mayoría de los indicadores son similares a los del año anterior. Tanto la cifra de pacientes asistidos (1.984 en 2014, 1.217 en menores de 80 años), como la tasa de frecuentación hospitalaria (135,3 y 86,7 episodios por 100.000 habitantes) se encuentran dentro de los márgenes observados en los últimos siete años.

Ictus Isquémico. Región de Murcia, 2013-2014.

	Total		Menores de 80 años	
	2013	2014	2013	2014
Episodios completos	2.001	1.984	1.273	1.217
Tasa (100.000 habitantes)	135,9	135,3	90,2	86,7
Altas por Episodio completo	1,10	1,10	1,11	1,11
Varones (%)	55,4	55,2	63,2	63,4
Menores de 80 años (%)	63,6	61,3	-	-
Edad media	72,9	73,6	65,9	66,0
Ingreso Urgente (%)	89,6	89,1	89,2	88,4
Estancia media	10,4	9,9	10,1	9,7
Mortalidad intrahospitalaria (%)	11,1	12,1	5,5	5,5
TAC (%)	85,3	84,5	84,1	83,5
RMN (%)	35,0	34,2	43,4	44,5
Angiografía (%)	20,8	21,5	26,6	27,9
Ultrasonidos (%)	42,4	43,4	46,5	49,5
Trombolisis (%)	5,0	5,6	5,7	5,9
Trombectomía mecánica (%)	3,2	3,4	4,4	4,5
Alguno de los anteriores (%)	6,4	7,5	7,6	8,5
Endarterectomía (%)	1,1	1,2	1,7	1,7
Angioplastia (%)	5,2	4,7	7,3	6,5
Alguno de los anteriores (%)	6,2	5,8	8,9	8,1
Algún procedimiento terapéutico (%)	11,3	12,2	14,7	15,0
Reingresos a 30 días (%) ^{(1) (5)}	8,7	9,1	7,9	9,5
Reing. Program. 2 meses (%) ^{(2) (5)}	0,9	1,8	1,1	2,4
Hosp. referencia (%) ⁽³⁾	42,5	43,3	49,1	50,1
Solo h. concertados (%) ⁽⁴⁾	5,5	5,2	2,7	3,2

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

La intensidad diagnóstica, no se ve correspondida con una mejora de la frecuencia de las intervenciones terapéuticas. La accesibilidad a los hospitales de referencia (43,3% en 2014) ha aumentado 7,1 puntos porcentuales desde 2009 (año previo a la extensión completa del Programa) y condiciona que el aumento de la trombolisis (5,6% en 2014) haya aumentado 3,3 puntos porcentuales desde 2009 y el tratamiento de rescate en su conjunto 5,2 puntos (7,5%).

Los indicadores de los pacientes menores de 80 años, son más favorables en la mortalidad, en la intensidad diagnóstica (salvo en el uso del TAC), pero son similares en el tratamiento de la fase aguda.



Ictus Isquémico. Indicadores por Área de Salud de residencia del paciente, 2014.

	Murcia-Oeste	Cartagena	Lorca	Noroeste	Altiplano	Vega Media	Murcia-Este	Mar Menor	Vega Alta	Región	R. variac
Episodios completos	296	349	304	132	82	333	272	121	85	1.984	
Tasa (100.000 habitantes)	115,2	121,5	176,1	180,7	137,6	127,9	137,6	116,8	155,6	135,3	1,57
Mortalidad intrahospitalaria (%)	14,1	11,7	10,5	8,3	9,8	14,7	9,6	11,6	14,1	12,1	1,77
TAC (%)	82,8	85,4	82,2	81,8	84,1	85,6	85,7	93,4	84,7	84,5	1,14
RMN (%)	29,6	39,8	31,6	12,9	52,4	22,5	56,3	34,7	29,4	34,2	4,37
Angiografía (%)	34,0	19,2	24,7	8,3	24,4	19,8	16,9	25,6	10,6	21,5	4,08
Ultrasonidos (%)	37,7	39,8	45,1	3,0	52,4	47,7	57,4	57,9	48,2	43,4	19,09
Trombolisis química (%)	9,4	8,3	3,3	3,0	2,4	3,9	5,1	6,6	3,5	5,6	2,71
Trombectomía mecánica (%)	5,1	2,6	2,0	3,0	1,2	3,3	5,1	3,3	3,5	3,4	4,22
Alguno de los anteriores (%)	11,8	9,5	4,6	4,5	2,4	6,3	8,1	8,3	7,1	7,5	4,83
Endarterectomía (%)	0,0	6,3	0,3	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	1,2	N.C.
Angioplastia (%)	7,1	2,6	6,9	1,5	4,9	4,8	4,0	5,0	3,5	4,7	4,67
Algún procedimiento terapéutico (%)	17,2	16,6	10,9	5,3	7,3	10,2	11,0	13,2	8,2	12,2	2,49
Reingresos a 30 días (%) ^{(1) (4)}	8,6	7,1	14,0	5,8	12,2	11,6	5,7	7,5	6,8	9,1	2,45
Hosp. referencia (%) ⁽²⁾	85,2	98,9	19,7	14,4	15,9	18,3	20,2	33,9	14,1	43,3	2,4#
Solo h. concertados (%) ⁽³⁾	11,1	1,1	9,5	0,8	0,0	7,5	1,8	0,0	0,0	5,2	N.C.

(1) Por cualquier motivo, en cualquier hospital. (2) Han estado internados en hospitales referencia en algún momento. (3) Solo han estado internados en hospitales concertados. (4) En denominador se descuentan los fallecidos. R. variac: Razón de variación: Mayor valor entre las áreas/menor valor. # Excluye las áreas donde se ubican los centros de referencia. N.C. No calculable por existir un valor de 0. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Región de Murcia. Población: Padrón Municipal, Centro Regional de Estadística.

El escaso número de pacientes en algunas áreas de salud y el hecho de no ser valores estandarizados por edad y sexo obliga a la cautela en el establecimiento de comparaciones. En líneas generales, los pacientes residentes en las Áreas de Salud de Murcia-Oeste, Cartagena, Murcia-Este y Mar Menor reciben trombolisis química o trombectomía mecánica con mayor frecuencia que la media regional. El porcentaje de los residentes en Murcia-Oeste que reciben el tratamiento de la fase aguda (11,8%) es 4,8 veces el de los residentes en el Área del Altiplano (2,4%). En algunas áreas de salud estas diferencias pueden estar relacionados con la accesibilidad geográfica, lo que no es el caso del Área de la Vega Media.



Ictus Isquémico. Indicadores por Área de Salud de residencia del paciente, menores de 80 años. 2014.

	Murcia-Oeste	Cartagena	Lorca	Noroeste	Altiplano	Vega Media	Murcia-Este	Mar Menor	Vega Alta	Región	R. variac
Episodios completos	185	236	198	69	42	189	173	75	46	1.217	
Tasa (100.000 habitantes)	74,9	85,8	119,9	100,7	74,0	75,6	91,4	75,0	88,8	86,7	1,62
Mortalidad intrahospitalaria (%)	5,9	5,1	4,5	1,4	9,5	7,9	4,0	5,3	6,5	5,5	6,57
TAC (%)	89,2	83,9	78,3	82,6	85,7	82,0	80,9	93,3	82,6	83,5	1,19
RMN (%)	43,8	46,2	43,4	15,9	69,0	35,4	61,3	45,3	39,1	44,5	4,33
Angiografía (%)	44,3	22,9	34,8	11,6	28,6	24,9	20,2	34,7	15,2	27,9	3,82
Ultrasonidos (%)	47,0	41,9	49,0	4,3	54,8	61,4	60,7	65,3	47,8	49,5	15,03
Trombolisis química (%)	9,7	8,5	3,0	1,4	4,8	5,3	5,2	6,7	2,2	5,9	6,71
Trombectomía mecánica (%)	6,5	3,4	3,0	1,4	2,4	4,8	6,4	5,3	6,5	4,5	4,50
Alguno de los anteriores (%)	13,0	10,2	5,1	2,9	4,8	8,5	8,7	9,3	8,7	8,5	4,48
Endarterectomía (%)	0,0	8,1	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	1,7	N.C.
Angioplastia (%)	9,2	3,0	10,6	1,4	2,4	6,3	6,4	8,0	6,5	6,5	7,32
Algún procedimiento terapéutico (%)	20,0	19,1	14,6	4,3	7,1	13,2	13,3	17,3	10,9	15,0	4,60
Reingresos a 30 días (%) ^{(1) (4)}	9,8	6,3	16,9	5,9	13,2	11,5	6,0	8,5	2,3	9,5	7,28
Hosp. referencia (%) ⁽²⁾	94,1	98,7	25,3	20,3	21,4	21,7	24,3	48,0	21,7	50,1	2,47#
Solo h. concertados (%) ⁽³⁾	2,2	1,3	7,1	0,0	0,0	6,9	1,7	0,0	0,0	3,2	N.C.

(1) Por cualquier motivo, en cualquier hospital. (2) Han estado internados en hospitales referencia en algún momento. (3) Solo han estado internados en hospitales concertados. (4) En denominador se descuentan los fallecidos. R. variac: Razón de variación: Mayor valor entre las áreas/menor valor. # Excluye las áreas donde se ubican los centros de referencia. N.C. No calculable por existir un valor de 0. Fuente: Registro del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Región de Murcia. Población: Padrón Municipal, Centro Regional de Estadística.

Los resultados en los pacientes menores de 80 años son muy similares a los observados en el total de los pacientes. Aunque, en este caso son los residentes en las Áreas de Salud de Lorca, Noroeste y Altiplano los que presentan valores menores de tratamiento de rescate, este hecho es congruente con el bajo nivel de acceso a los hospitales de referencia en los residentes en dichas áreas. Sin embargo, los residentes en las Áreas de Salud de la Vega Media, Murcia-Este y Vega Alta, con un nivel de derivación similar (20-25%) logran un acceso al tratamiento superior, lo que indica una derivación más eficiente.



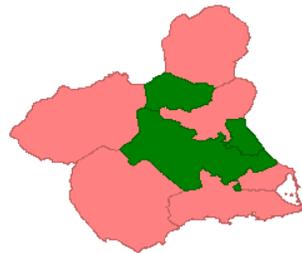
Ictus isquémico. Procedimientos terapéuticos por área de salud de residencia del paciente. Región de Murcia. 2014.

En verde (color oscuro) por encima de la media regional.

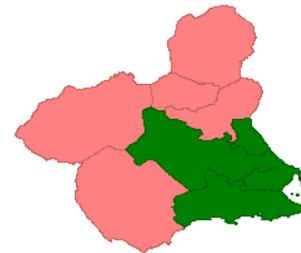
Trombolisis química



Trombolisis mecánica



Alguna de las anteriores



Algún tratamiento

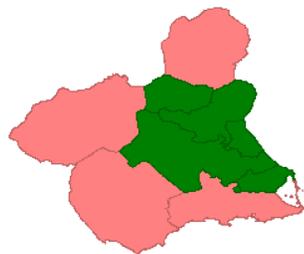


Menores de 80 años

Trombolisis química



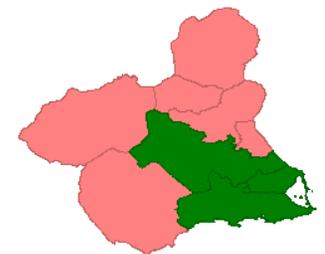
Trombolisis mecánica



Alguna de las anteriores



Algún tratamiento





Ictus Isquémico. Indicadores en función del hospital responsable del alta, 2014.

	HCVA	CHC	HRM	HCN	HVC	HMM	HRS	HLA	HLG	Concertada	Región
Episodios completos	398	341	227	118	74	265	238	95	82	146	1.984
Razón atendidos/residentes	1,3	1,0	0,7	0,9	0,9	0,8	0,9	0,8	1,0		
Altas por Episodio completo	1,06	1,04	1,09	1,07	1,07	1,10	1,08	1,18	1,13	1,36	1,10
Varones (%)	60,8	59,8	60,8	56,8	47,3	50,2	52,1	50,5	58,5	39,0	55,2
Menores de 80 años (%)	72,4	69,8	64,8	50,8	50,0	56,2	61,8	57,9	51,2	37,0	61,3
Edad media	71,0	72,2	73,4	75,1	76,1	73,7	73,1	73,7	77,0	80,6	73,6
Ingreso Urgente (%)	82,7	94,1	94,3	100,0	89,2	92,8	95,0	95,8	95,1	53,4	89,1
Estancia media	7,9	8,9	6,5	7,9	9,2	10,8	9,2	10,6	7,5	25,6	9,9
Mortalidad intrahospitalaria (%)	12,6	9,1	7,5	7,6	8,1	13,2	6,3	7,4	11,0	41,8	12,1
TAC (%)	79,1	86,5	95,6	80,5	90,5	91,3	88,2	94,7	86,6	50,7	84,5
RMN (%)	26,4	41,1	37,9	11,0	56,8	24,9	64,7	38,9	30,5	7,5	34,2
Angiografía (%)	47,2	19,4	20,3	4,2	23,0	16,6	10,9	22,1	8,5	4,1	21,5
Ultrasonidos (%)	33,2	41,9	55,9	0,8	58,1	56,2	66,0	62,1	46,3	8,9	43,4
Trombolisis química (%)	11,1	8,2	3,1	2,5	2,7	3,0	3,8	3,2	2,4	3,4	5,6
Trombectomía mecánica (%)	8,8	2,6	1,8	0,8	1,4	1,9	2,5	2,1	3,7	0,7	3,4
Alguno de los anteriores (%)	15,6	9,4	4,4	2,5	2,7	4,9	5,5	4,2	6,1	3,4	7,5
Endarterectomía (%)	0,3	6,5	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2
Angioplastia (%)	18,3	2,1	1,8	0,8	1,4	0,8	0,8	1,1	2,4	0,0	4,7
Algún procedimiento terapéutico (%)	31,4	16,4	5,7	2,5	4,1	5,3	5,5	5,3	6,1	3,4	12,2
Reingresos a 30 días (%) ^{(1) (3)}	11,5	6,5	12,9	4,6	10,3	9,1	6,3	9,1	8,2	11,8	9,1
Hosp. referencia (%) ⁽²⁾	100,0	100,0	8,1	6,8	6,8	9,8	8,0	15,8	9,8	15,8	43,3

(1) Por cualquier motivo, en cualquier hospital. (2) Han estado internados en hospitales referencia en algún momento. (3) En denominador se descuentan los fallecidos. Fuente: Registro del CMDB. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Región de Murcia. Población: Padrón Municipal, Centro Regional de Estadística.

En los episodios completos (aquellos que comprenden más de un alta hospitalaria con continuidad asistencial), se considera hospital responsable del alta al último hospital en el que se prestó asistencia y donde el paciente es dado de alta con destino a su domicilio o a un centro de media-larga estancia. Para valorar los resultados hay que tener en cuenta que el escaso número de pacientes en algunos centros puede ocasionar amplias oscilaciones en los mismos, por otra parte los pacientes asistidos en los hospitales concertados están seleccionados (por su estancia inmediatamente anterior en hospitales o servicios de urgencias de los hospitales del SMS) y pueden presentar características de peor pronóstico, que podrían justificar el nivel de mortalidad o de reingresos. Hay que hacer mención en la diferencia en la práctica médica entre los hospitales de referencia tanto en el diagnóstico (angiografía frente a resonancia magnética) como en el perfil del tratamiento que puede estar ligada a la disponibilidad de los recursos.



Anexo: Metodología utilizada para la elaboración del informe.

Periodo de estudio: Año 2014.

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 430.XX a 436.XX.
- 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: (cada año se recalcula el último año incluido en la serie, en este caso 2013).

- *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 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 asistencial. Para unir los episodios, la estrategia de búsqueda fue identificar altas con el mismo CIP (código de identificación personal de Tarjeta Sanitaria) que presentaran una fecha de alta el mismo día (o el anterior) que un ingreso por un código de patología cerebrovascular investigado o una fecha de ingreso el mismo día (o el posterior) a la del alta. Si los códigos de los episodios consecutivos de una persona pertenecían todos al rango investigado, se unían los episodios. Esta estrategia de análisis afecta al cálculo de los indicadores disminuyendo la frecuentación y aumentando los indicadores relativos a la mortalidad, intensidad diagnóstico-terapéutica y estancia media.
- *Definición de larga estancia:* No se pueden diferenciar los episodios que obedecen a la media-larga estancia. Por este motivo se ha realizado una definición operativa que identifica como tales a aquellos con una duración superior a los 90 días y que se producen en hospitales concertados. Se parte del supuesto de que en los hospitales del 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 diagnósticos (coincidentes con la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud elaborada por el Ministerio de Sanidad):* Se entiende por:
 - AIT: Códigos de la CIE-9 MC 435.XX.
 - Ictus hemorrágico: Códigos de la CIE-9 430.XX a 432.XX.
 - Ictus isquémico: Códigos CIE-9 433.XX, 434.XX y 436.XX.
- *Agrupaciones de códigos de procedimientos diagnóstico-terapéuticos:*
 - TAC: Tomografía Axial Computerizada de cabeza, 87.03 y 87.04.
 - RMN: Resonancia Magnética Nuclear de cerebro, 88.91.
 - Angiografía: Angiografía cerebral, 88.41.
 - Ultrasonidos: Ultrasonidos diagnósticos de cabeza y cuello, 88.71.
 - Trombolisis: Inyección de agente trombolítico, 99.10.
 - Trombectomía mecánica: Eliminación endovascular de obstrucción de vasos de cabeza y cuello, 39.74, o incisión, escisión y oclusión de vasos intracraneales o de otros v. de cabeza y cuello, 38.01-2.
 - Endarterectomía: Endarterectomía de vasos intracraneales o de otros vasos (cabeza y cuello), 38.11-2.
 - Angioplastia: Angioplastia percutánea de vaso/s extra/intracraneales, inserción de stent, 00.61 a 00.65. Reparación u oclusión endovascular de vasos de cabeza y cuello, 39.72, 39.75 o 39.76.
- *Indicadores:*
 - Frecuentación: En tasas por 100.000 habitantes. Se utiliza la población a 1 de enero de cada año.
 - 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.
 - 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 o programado, en cualquier hospital público o concertado. El indicador se calcula exclusivamente sobre el año natural del ingreso por ictus. Esta forma de cálculo produce una infraestimación de los reingresos de los pacientes dados de alta en diciembre, pero, el sesgo, al ser sistemático, permite valorar la tendencia incluyendo el último año de la serie (en el que no se dispone del mes de enero del año siguiente). Se parte de la base de que los ingresos en la concertada son mayoritariamente programados (aunque procedan de urgencias de un hospital público) y que un porcentaje



de los reingresos están potencialmente causados por el ictus pero el diagnóstico principal no está relacionado con el mismo (infección urinaria, ...)⁴.

- Reingresos programados a 2 meses: Denominador: pacientes ingresados por ictus isquémico dados de alta con vida. Numerador: pacientes incluidos en el denominador que, identificados por el CIP, son ingresados antes de 60 días, de manera programada en el Servicio de Neurología del Hospital C.V. Arrixaca o C.H. de Cartagena a los que se les ha practicado una endarterectomía/angioplastia. El indicador se calcula exclusivamente sobre el año natural del ingreso por ictus y presenta el mismo sesgo que el anterior. Parte de la evidencia de que algunos pacientes ingresados por ictus isquémico son citados para la realización de una endarterectomía/angioplastia 'en frío', posteriormente al ingreso por el episodio agudo. Estima la sobrevaloración del número de pacientes con ictus, sin perder información sobre el tratamiento practicado.
- Hospital de referencia: Pacientes internados en algún momento del proceso en 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 el número de episodios identificados:* Se han vuelto a recalcular los episodios de 2013. Las ligeras variaciones con informes precedentes se deben al mantenimiento y actualización del CMBD.
- *Sobre la identificación de los pacientes asistidos:* Para identificar a los pacientes se utiliza el CIP. En el total de episodios completos de altas por patología cerebrovascular se dispone de CIP en 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:*
 - No se pueden identificar los ictus acaecidos en el transcurso de otro episodio con el paciente ingresado, ya que el código investigado ocupa un diagnóstico secundario. Solamente se han podido introducir aquellos que fueron trasladados a otro centro, por motivo de la patología cerebrovascular, que, entonces, ocupa el diagnóstico principal.
 - Por no existir un código CIE específico, no se pueden discriminar los reingresos debidos a un ictus producido anteriormente de los ocasionados por un segundo ictus en la misma persona.
 - Es difícil identificar los episodios provocados por la rehabilitación y/o la larga estancia. La definición operativa utilizada elimina gran parte de ellos, sin embargo, aquellos episodios con pacientes derivados a la larga estancia que fallecen de manera temprana (antes de los 90 días), están incluidos y penalizan la mortalidad global.
- *Sobre la fuente de información:*
 - El CMBD es una base de datos clínico-administrativa que se basa en la información existente en el informe de alta y la calidad de su codificación. Inexactitudes en el diagnóstico, omisiones en la actividad diagnóstico-terapéutica en el informe de alta o errores en la codificación influyen en los resultados.
 - Exhaustividad: No se dispone de la Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (EESRI) completa para 2014, única fuente que registra la información de las altas producidas en los centros públicos y privados en función de su régimen de financiación, por lo que no se puede facilitar un indicador definitivo para este año. Sin embargo, según el Sistema de Información de Atención Especializada del SMS 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 97%.
- *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 demanda tardía de asistencia por parte del usuario o de organización de los servicios sanitarios.
 - Por último, la evaluación de resultados (sobre las secuelas de la patología) no puede realizarse a través de esta fuente de información.

⁴ Ver http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2183&idsec=88