

Las hospitalizaciones evitables son un indicador indirecto de la capacidad de resolución de la Atención Primaria y directo del volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial. La hipótesis de partida es que, la correcta aplicación de intervenciones habitualmente proporcionadas por Atención Primaria – prevención primaria, diagnóstico y tratamiento temprano y/o seguimiento y control adecuados-, los cuidados ambulatorios especializados y la cooperación entre niveles asistenciales supondría una importante reducción de las tasas de este tipo de hospitalizaciones.

Las hospitalizaciones por descompensación de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) están incluidas entre las “hospitalizaciones potencialmente evitables” y se utilizan como indicador de la calidad y coordinación de la atención a los pacientes frágiles o con enfermedades crónicas.

Situación en 2013 y magnitud de la variación

En 2013, se realizaron 60.746 ingresos por EPOC (Tabla 1), esto supuso entorno a 25 ingresos por cada 10.000 habitantes mayor de 40 años (tasa cruda: 24,79) o lo que es lo mismo: 1 de cada 405 habitantes mayor de 40 años fue ingresado por EPOC.

Dependiendo del área sanitaria de residencia (Figura 1 y Tabla 1), una persona adulta mayor de 40 años tuvo hasta casi 5 veces (RV₅₋₉₅: 4,87) más probabilidad de sufrir un ingreso por EPOC. La variación sistemática (componente sistemático de variación o CSV) excede a la variación esperable por azar en un 18%, lo que corrobora una exposición desigual de los pacientes entre las distintas áreas a este tipo de ingreso. Esta variabilidad

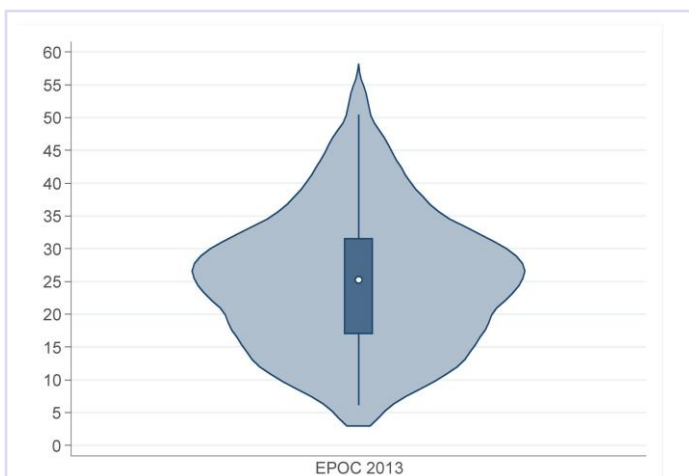


Figura 1. Tasas estandarizadas de admisiones por EPOC por 10.000 habitantes en el año 2013

Nota técnica: El gráfico representa la variación en las tasas estandarizadas de las 203 áreas que engloban el SNS, con el punto blanco indicando la mediana, la caja la variación en el 50% de las áreas con valores centrales (RV₂₅₋₇₅) y la línea que la atraviesa la variación entre las áreas del percentil 5 y 95 (RV₅₋₉₅).

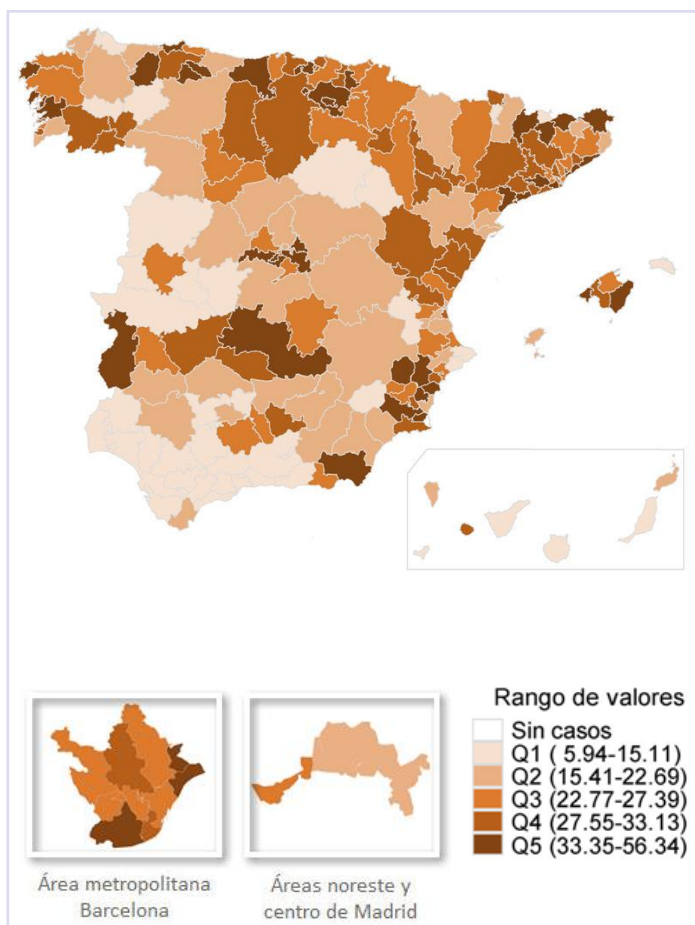


Figura 2. Tasas estandarizadas por edad y sexo de admisiones por EPOC en las 203 áreas sanitarias durante 2013

Nota técnica: Áreas con mayor intensidad del color marrón representan áreas con mayor tasa estandarizada.

Tabla 1. Tasas y estadísticos de variabilidad. Año 2013

	EPOC
Nº Casos	60.746
Tasa cruda	24,79
TE min	5,94
TE max	56,34
RV 5-95	4,87
RV 25-75	1,82
CSV	0,18
CCI	29%

TE: Tasa Estandarizada; RV: Razón de variación; CSV: Coeficiente Sistemático de Variación; CCI: Coeficiente de correlación intraclase.

entre áreas también se observa en el mapa de tasas estandarizadas (Figura 2), en el que se aprecia un patrón con mayores tasas de EPOC en la zona este-mediterránea, centro y en general todo el norte peninsular y menores tasas en Andalucía y Canarias.

A la variación observada entre áreas cabe añadir la variación atribuible a la Comunidad Autónoma de residencia. Esta, explicaría un 29% -coeficiente de correlación intraclase, CCI, en tabla 1- de la variabilidad no explicada por las diferencias demográficas, reflejo de un alto impacto de fenómenos regionales que afectarían a la variación en las hospitalizaciones a nivel autonómico. La influencia del nivel autonómico se aprecia también en la figura 3, donde las diferencias en las

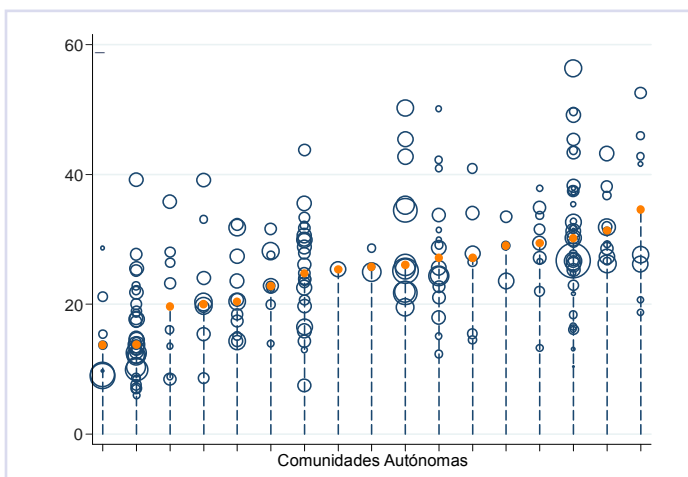


Figura 3. Tasas estandarizadas por edad y sexo de admisiones por EPOC por 10.000 habitantes en las 203 áreas sanitarias agrupadas según su comunidad autónoma en 2013

Nota técnica: Las burbujas representan las áreas de salud en proporción al tamaño de su población y se agrupan en columnas según la Comunidad Autónoma de pertenencia. El punto naranja representa la tasa estandarizada en el percentil 50 de cada Comunidad Autónoma.

tasas dentro de cada Comunidad Autónoma son menores que las diferencias en las tasas entre ellas, observándose que la razón de variación entre las áreas del percentil 5 y 95 en cada Comunidad Autónoma varía desde 1,14 en la región donde hay menos variabilidad hasta 4,20 en la que la variabilidad es mayor.

En la figura 4 se muestran las áreas con un exceso de casos (en colores azules) respecto a las áreas que se sitúan en el percentil 10 (color blanco). En el agregado del territorio nacional y tomando como valor máximo “deseable” la tasa del percentil 10, se calcula que habría un exceso de 36.152 casos de EPOC, es decir, si todas las áreas tuvieran la tasa del área del percentil 10, se hubieran registrado 36.152 admisiones de EPOC menos (60% de las altas totales de EPOC).

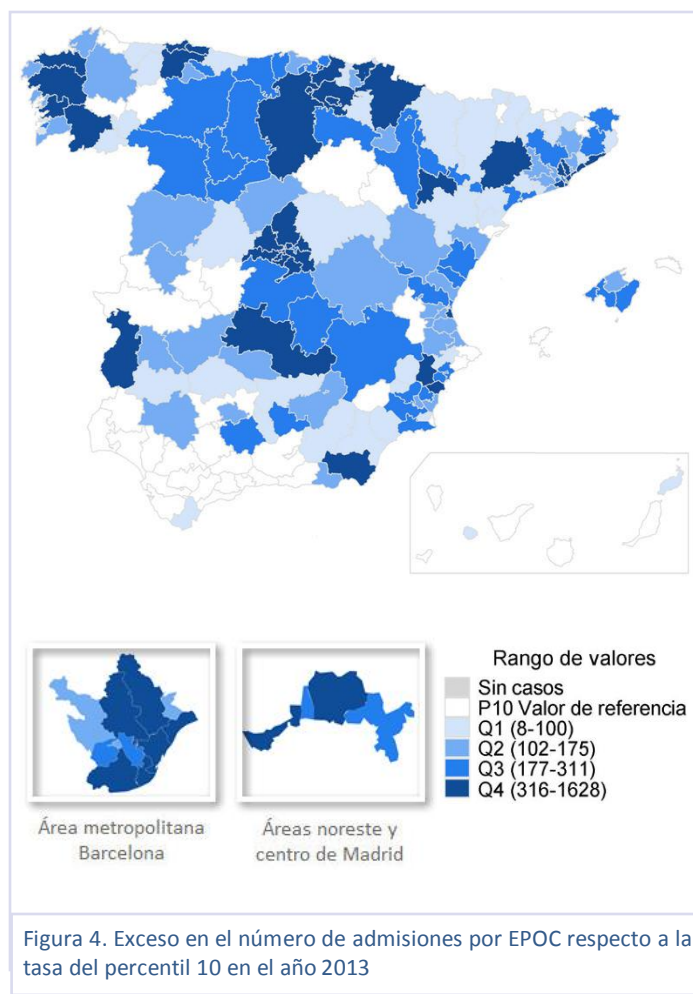


Figura 4. Exceso en el número de admisiones por EPOC respecto a la tasa del percentil 10 en el año 2013

Nota técnica: Para determinar el exceso de casos, se estimó el número de admisiones que hubiera tenido cada área en caso de tener la tasa del percentil 10 y se restaron del número real de casos ocurrido. En el mapa la intensidad de azul representa el exceso en el número de casos que tienen las áreas respecto la tasa de referencia del p10, mientras que en blanco aparecen las áreas con tasas igual o menores a dicho umbral.

Evolución temporal 2002-2013

En la figura 5 se muestra la evolución de 2002 a 2013 de las tasas de admisiones por EPOC. En este periodo se produjo un aumento del 19% de la tasa cruda de admisiones por todos los conceptos en la población mayor de 40 años mientras que los ingresos por EPOC se redujeron un 18% -desde 74.000 a 60.000 ingresos. La población mayor de 40 años creció en cerca de 5 millones de habitantes. La tendencia temporal de las tasas estandarizadas de EPOC por 10.000 habitantes mostró un descenso del 37% -desde 39,92 a 25,16- con una reducción anual significativa de las tasas de -4,24%. La variación sistemática mostró también una gran reducción: componente sistemático de variación de 0,33 y 0,18 al inicio y final del periodo.

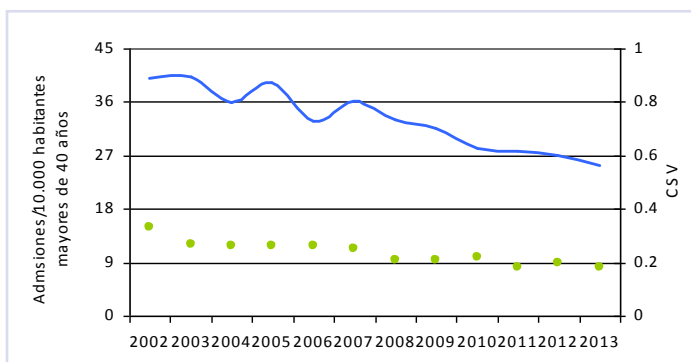


Figura 5. Evolución de las tasas estandarizadas por edad y sexo de admisiones por EPOC (línea azul) y del componente sistemático de variación (puntos verdes) en el agregado de las 203 áreas, durante el período 2002-2013

Relación de las admisiones por EPOC con la intensidad de hospitalización y la tasa de desempleo

En las Figuras 6a y 6b se muestra la asociación entre las tasas estandarizadas de EPOC y la intensidad de hospitalización por un lado y la tasa de desempleo. En general, se aprecian mayores tasas de EPOC (Figura 6a) en áreas con mayor intensidad de hospitalización (línea naranja) y menores tasas en áreas con menor intensidad de hospitalización (línea azul). Esta diferencia significativa entre ambos quintiles se mantiene en el tiempo aunque con una clara reducción en las tasas del quintil superior, apreciándose al final del periodo un marcado reagrupamiento de las tasas de EPOC en los diferentes quintiles. Respecto a la asociación entre tasas de EPOC y tasas de desempleo (Figura 6b) las áreas con menores tasas de

desempleo (línea azul) presentan mayores tasas de EPOC mientras que las áreas situadas en el mayor quintil de desempleo (línea naranja) son las que presentan menos tasas de EPOC aunque esta asociación no es significativa entre estos niveles de quintiles ya que sus intervalos de confianza se superponen excepto en los años 2011 y 2012. En este sentido hay que tener en cuenta que Comunidades con altas tasas de desempleo -Andalucía y Canarias- son precisamente las que presentan una menor tasa por ingresos por EPOC.

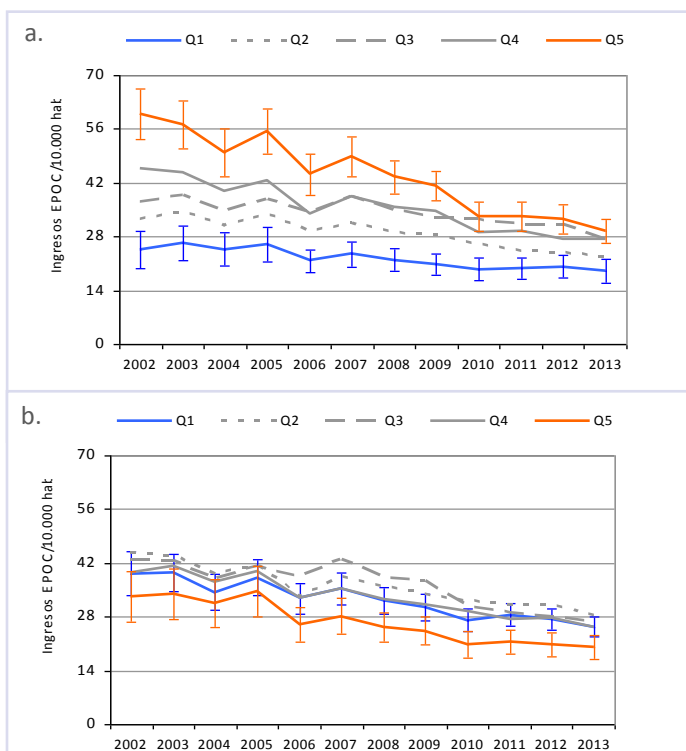


Figura 6. Evolución de las tasas estandarizadas de las admisiones por EPOC, agrupadas en quintiles en función de la intensidad de hospitalización (a) o de la tasa de desempleo (b), en los periodos 2002-2005, 2006-2009 y 2010-2013

Nota técnica: En este estudio, se consideró la intensidad de hospitalización como un factor que caracteriza la oferta sanitaria de las áreas mientras que la tasa de desempleo se utilizó como indicador del nivel socioeconómico de la población de dichas áreas.

La intensidad de hospitalización se definió en 3 periodos consecutivos, 2002-2005, 2006-2009 y 2010-2013, como la relación entre el total de altas (excluidas las hospitalizaciones evitables) y la suma de población en cada uno de esos periodos.

La tasa de desempleo sobre población activa se calculó como la media de las tasas de paro de los años que forman parte de cada uno de los periodos 2002-2005, 2006-2009 y 2010-2013.

Cada línea en los gráficos corresponde a la evolución de las tasas de HPE en cada uno de los 5 quintiles (de Q1 a-Q5) definidos según la intensidad de hospitalización (a) o la tasa de desempleo (b) en las que se han clasificado a las 203 áreas sanitarias. Q1 (línea azul) corresponde a las áreas con menor intensidad de hospitalización o menor tasa de desempleo mientras que Q5 (línea naranja) representaría a las áreas con la mayor intensidad de hospitalización o mayor tasa de desempleo. Las diferencias estadísticamente significativas entre quintiles ocurren cuando los intervalos de confianza no se solapan.

Implicaciones

Entre 2002 y 2013 se produjo una importante reducción de las tasas de hospitalización por descompensación de EPOC y de su variabilidad entre áreas.

Las posibles causas de este descenso son diversas y pueden incluir una mayor intensidad terapéutica en los tratamientos de la EPOC –broncodilatadores de acción corta o prolongada y corticoides sistémicos o inhalados- junto con mejoras en la cobertura vacunal antigripal y neumocócica en personas mayores. La disminución de la brecha entre áreas de alta intensidad y baja intensidad de hospitalización apunta a que gran parte de la disminución se debe a un cambio de comportamiento de la asistencia hospitalaria fundamentalmente, cambios organizativos en urgencias – introducción de unidades de observación, estabilización y alta sin ingreso-. Se podría postular también un incremento en la coordinación con la atención ambulatoria especializada, en particular, algunos servicios hospitalarios se han iniciado programas de gestión de casos en cooperación con los centros de atención primaria para algunas enfermedades crónicas incluyendo EPOC. La guía GOLD –Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease de 2001, consenso mundial sobre la estrategia para el diagnóstico, manejo y prevención de la EPOC y la implantación de la Estrategia de EPOC que el Sistema Nacional de Salud aprobó en su consejo interterritorial el 3 de junio de 2009 pueden estar influyendo en estos cambios organizativos y en la reducción de tasas. Finalmente otra serie de factores –leyes antibacno, crisis económica- se han traducido en una marcada disminución en

el consumo de tabaco con una posible influencia directa o indirecta en la reducción de las tasas de EPOC.

Sin embargo, este progresivo mejor comportamiento observado en las tasas de hospitalizaciones potencialmente evitables por EPOC está sucediendo de forma desigual entre áreas sanitarias y Comunidades Autónomas. Todavía persisten diferencias en la tasas de admisiones por EPOC que reflejarían diferencias en el manejo de esta patología. En la figura 7 se muestran dos áreas, Lugo en Galicia y Cuenca en Castilla la Mancha, que han pasado de estar en el grupo de áreas con las tasas más altas por admisiones de EPOC en 2002 a estar entre las que presentan tasas menores en 2013. Analizar que estrategias o que factores han permitido esta reducción podría ayudar a una reducción más homogénea de las hospitalizaciones por EPOC en el resto de las áreas del país.

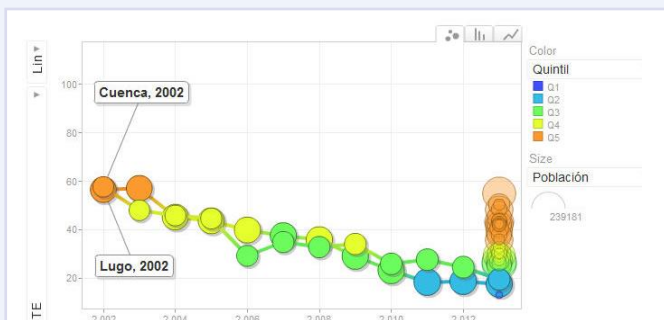


Figura 7. Evolución de las áreas con las mayores tasas de admisiones por EPOC en el año 2002. Se señalan 2 áreas que han pasado del quintil superior al inferior en el año 2013

Editado por:

Financiado por:

Citar como: Variaciones en la Práctica Médica (VPM) www.atlasvpm.org. Zaragoza (España): Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud - Instituto Investigación Sanitaria Aragón. Ridao Lopez M, Angulo Pueyo E, Martínez Lizaga N, Seral Rodríguez M, Bernal-Delgado E, por el grupo Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica en Hospitalizaciones Potencialmente Evitables por descompensación en enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el Sistema Nacional de Salud, Mayo 2015; Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/atlas-variaciones-practica-medica/>