

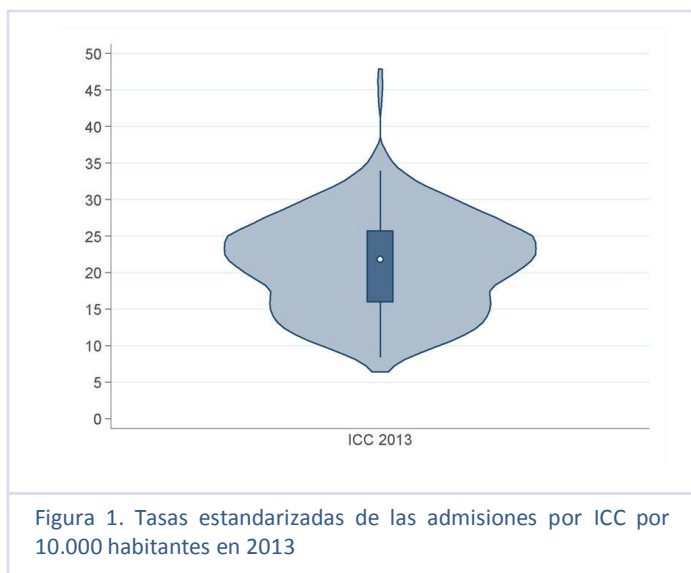
Las hospitalizaciones potencialmente evitables (HPE) son un indicador indirecto de la capacidad de resolución de la Atención Primaria y directo del volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial. La hipótesis de partida 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 reagudización o descompensación de la insuficiencia cardiaca crónica (ICC) 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 el año 2013 se registraron 54.462 ingresos por ICC, esto supuso 22 admisiones cada 10.000 habitantes mayores de 40 años o lo que es lo mismo 1 adulto de cada 450 fue hospitalizado por esta causa.

Según el área de residencia, los habitantes mayores de 40 años tuvieron casi 3 veces más probabilidad de ser ingresados por ICC (Figura 1 y RV_{5-95} en Tabla 1). La variabilidad sistemática fue baja, menos del 10% por encima de lo esperado por efecto del azar (CSV en Tabla 1) y la comunidad autónoma de residencia apenas explicó un 8% de la variación no atribuible a las áreas (CCI en Tabla1).



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 (RV_{25-75}) y la línea que la atraviesa la variación entre las áreas del percentil 5 y 95 (RV_{5-95}).

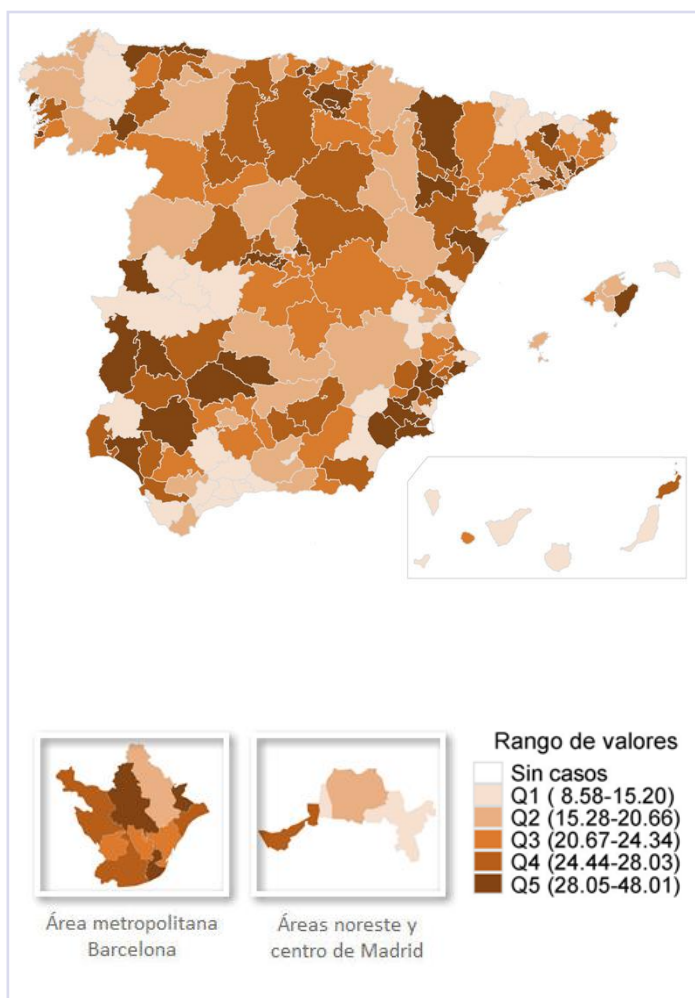


Figura 2. Tasas estandarizadas por edad y sexo de admisiones por ICC en las 203 áreas sanitarias durante 2013

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

Tabla 1. Tasas y estadísticos de variabilidad. Año 2013

	ICC
Nº Casos	54.462
Tasa cruda	22,23
TE min	8,58
TE max	48,01
RV 5-95	2,84
RV 25-75	1,62
CSV	0,09
CCI	8%

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

La variabilidad en las admisiones por ICC entre áreas no presentó ningún patrón definido como se observa en el mapa de tasas estandarizadas (Figura 2).

En general se observa que hay mayores diferencias en las tasas dentro de cada región, que entre ellas (Figura 3). Así la razón de variación entre las áreas del percentil 5 y 95 (RV₅₋₉₅) en cada comunidad autónoma varió desde 1,4 hasta 2,7 en las regiones con menor y mayor variabilidad respectivamente.

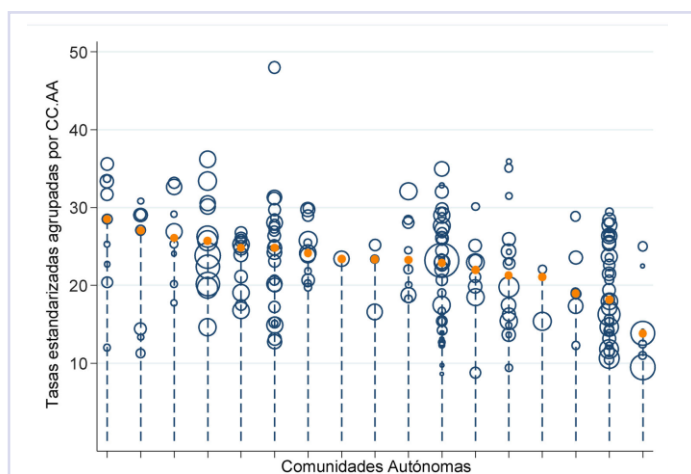


Figura 3. Tasas estandarizadas por edad y sexo de admisiones por ICC por 10.000 habitantes en las 203 áreas sanitarias agrupadas según su comunidad autónoma en 2013

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.

Si se toma como referencia la tasa del percentil 10, el 49% de las hospitalizaciones de ICC podría considerarse un exceso respecto a dicho umbral (Figura 4). Es decir si todas las áreas hubieran presentado la tasa del área del percentil 10 en el año 2013, se hubieran realizado 26.843 admisiones menos.

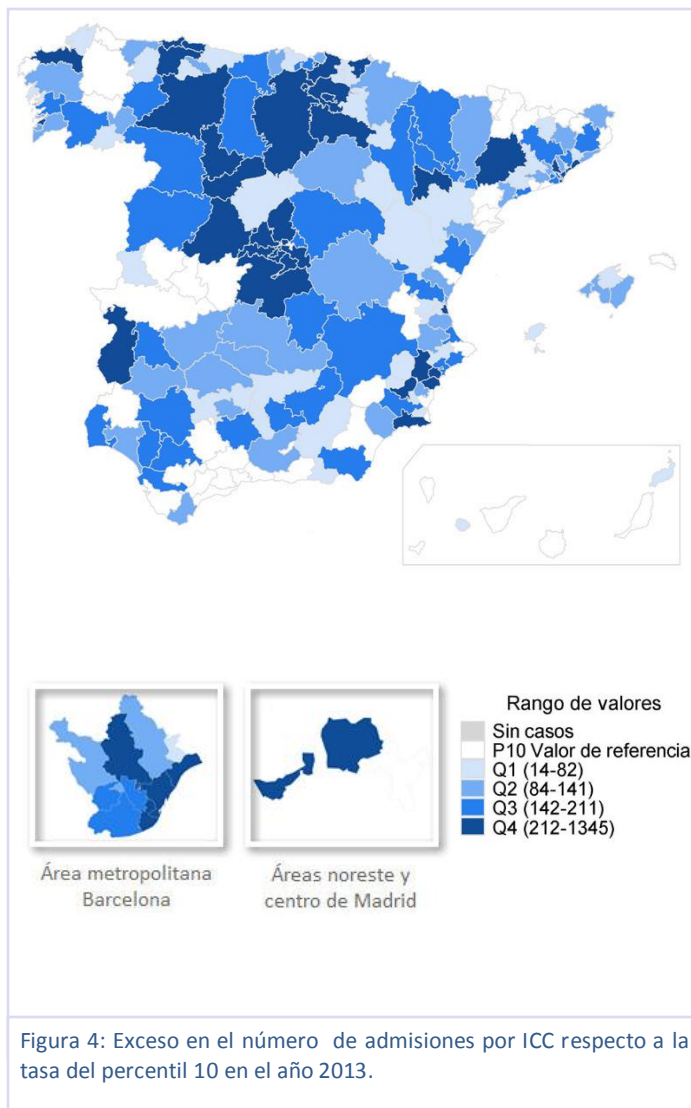


Figura 4: Exceso en el número de admisiones por ICC respecto a la tasa del percentil 10 en el año 2013.

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 a 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

Durante el periodo 2002-2013 los casos de admisiones por ICC descendieron en un 17% pasando de 25 a 21 admisiones por ICC cada 10.000 habitantes mayores de 40 años (línea azul Figura 5). Este descenso no está relacionado con un descenso general de todas las admisiones, ya que de hecho, éstas experimentaron un ascenso del 19%, ni a un descenso de la población mayor de 40 años ya que esta creció en un 26% (alrededor de 5 millones).

En la evolución de las tasas de ICC se distinguen dos períodos diferenciados por un cambio de tendencia significativo. El primero, de 2002 al 2007 en el que las tasas se mantienen estables y otro a partir del 2007 en el que las tasas descienden significativamente (cambio anual porcentual del -2,62%).

Por otra parte, la variación no debida al azar entre las áreas (componente sistemático de la variación, CSV en Figura 5), se redujo a la mitad pasando de valores moderados (0,19) a bajos (0,09).

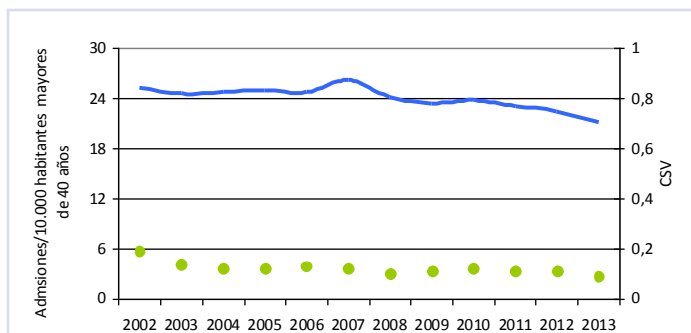


Figura 5. Evolución de las tasas estandarizadas por edad y sexo de admisiones por ICC (línea azul) y del componente sistemático de variación (puntos verdes) en el agregado de las 203 áreas, durante el período 2002-2013

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

Las áreas que presentan mayor propensión a hospitalizar (línea naranja en Figura 6a) presentan también un número significativamente mayor de ingresos por ICC comparadas con las áreas con la menor propensión (línea azul en Figura 6a).

En las áreas con mayor intensidad de hospitalización es donde más disminuyeron las admisiones por ICC, mientras que en las áreas con menos intensidad estas admisiones se han

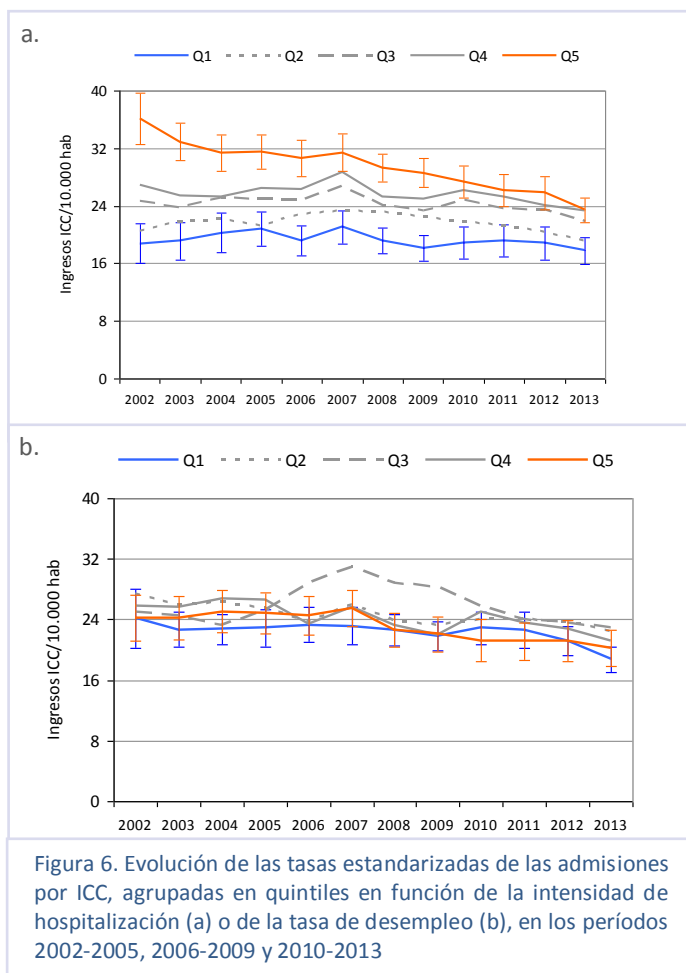


Figura 6. Evolución de las tasas estandarizadas de las admisiones por ICC, agrupadas en quintiles en función de la intensidad de hospitalización (a) o de la tasa de desempleo (b), en los períodos 2002-2005, 2006-2009 y 2010-2013

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 períodos.

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 períodos 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.

mantenido casi constantes, lo que ha provocado que la brecha entre áreas sea cada vez menor.

Por otra parte, cuando las áreas se clasifican según su nivel de desempleo, no se detectaron diferencias en las admisiones por

ICC, como se aprecia por la superposición y entrecruzamiento de la evolución de estas admisiones, entre las áreas con mayor (línea naranja en la Figura 6b) y menor nivel de desempleo (línea azul en la Figura 6b).

Implicaciones

Las tasas de hospitalizaciones por ICC han descendido un 17% en el período 2002-2013, siendo este decremento más acusado a partir del 2007 y especialmente en las áreas que muestran una mayor intensidad de hospitalización. La variabilidad entre áreas también ha disminuido en el período analizado, indicando un comportamiento más homogéneo de las áreas.

Esta disminución en las tasas y variabilidad puede deberse a un mejor control de la patología por parte de atención primaria, a la mejora de los tratamientos farmacológicos, a la creación de unidades de insuficiencia cardíaca congestiva o a la implementación de programas de manejo de la ICC.

Sin embargo, todavía persisten diferencias en las tasas de admisiones por ICC que reflejarían diferencias en el manejo de la patología. En la figura 7 se muestran tres áreas, AGS Campo de Gibraltar en Andalucía, Bajo Deba en País Vasco y Ripollès en Cataluña, que han pasado de estar en el grupo de áreas con las tasas más altas por admisiones de ICC 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 reagudizaciones de ICC en el resto de las áreas del país.

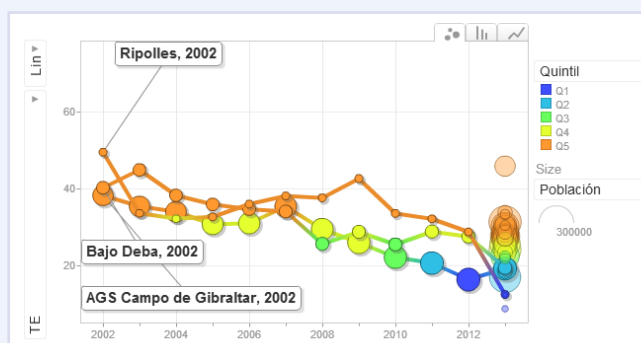


Figura 7. Evolución de las áreas con las mayores tasas de admisiones por ICC en el año 2002. Se señalan 3 áreas que han pasado del quintil superior al inferior en el año 2013

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. Angulo Pueyo E, Ridao Lopez M, 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 Insuficiencia Cardíaca Congestiva en el Sistema Nacional de Salud, Mayo 2015; Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/atlas-variaciones-practica-medica/>