

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, tratamiento y/o seguimiento y control adecuados-, los cuidados ambulatorios especializados y la cooperación entre niveles asistenciales, supondría una importante reducción de las tasas de hospitalizaciones de angina no primaria.

Las hospitalizaciones por angina no primaria 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 15.933 ingresos por angina (Tabla 1), esto supuso entorno a 6 ingresos por cada 10.000 habitantes mayor de 40 años (tasa cruda: 6,50) o lo que es lo mismo: 1 de cada 1532 habitantes mayor de 40 años fue ingresado por angina.

Dependiendo del área sanitaria de residencia (Figura 1 y Tabla 1), una persona adulta mayor de 40 años tuvo en torno a 7 veces (RV₅₋₉₅: 7,12) más probabilidad de sufrir un ingreso por angina. La variación sistemática (componente sistemático de variación o CSV) excede a la variación esperable por azar en un 68%, lo que corrobora una exposición muy desigual de los pacientes entre las distintas áreas a este tipo de ingreso. Esta

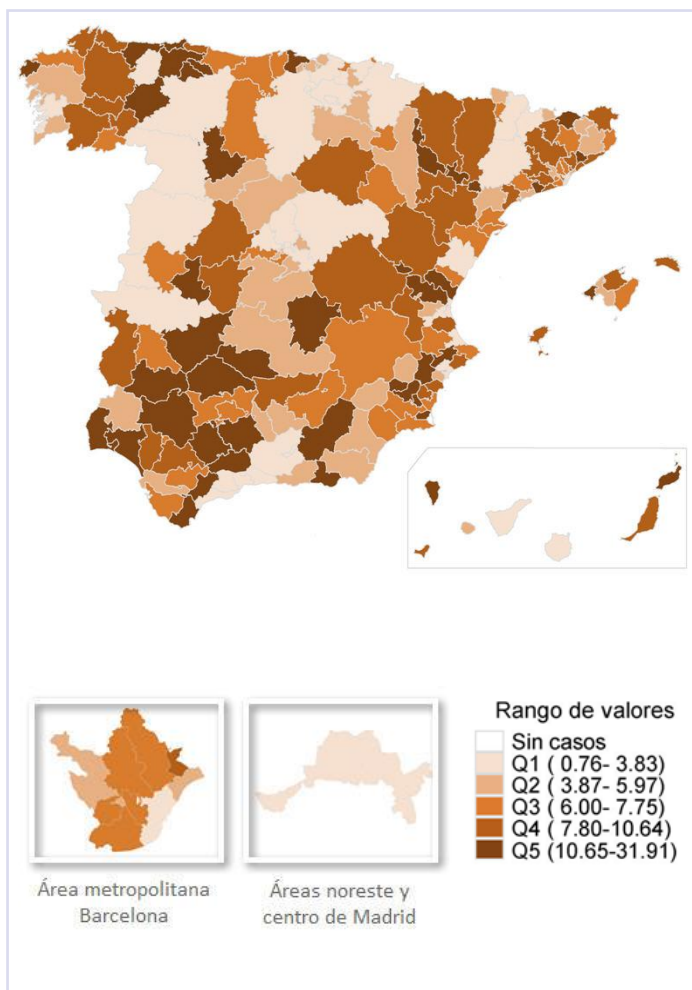


Figura 2. Tasas estandarizadas por edad y sexo de admisiones por angina no primaria en las 203 áreas sanitarias durante 2013

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

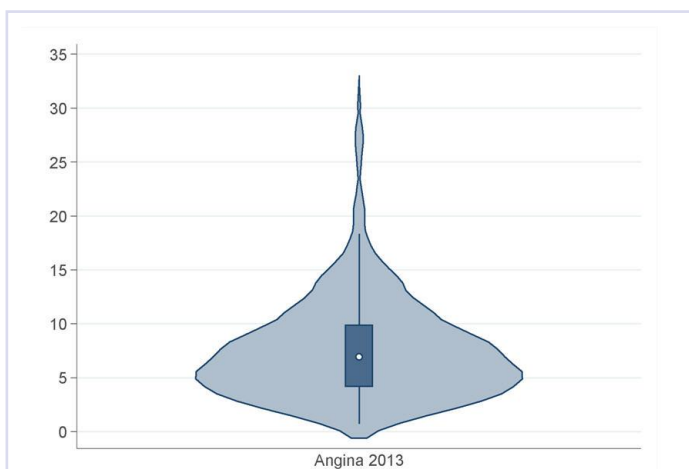


Figura 1. Tasas estandarizadas de angina no primaria por 10.000 habitantes en 2013.

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).

Tabla 1. Tasas y estadísticos de variabilidad. Año 2013

	Angina sin procedimiento
Nº Casos	15.933
Tasa cruda	6,50
TE min	0,75
TE max	31,90
RV 5-95	7,12
RV 25-75	2,35
CSV	0,68
CCI	14%

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

variabilidad entre áreas también se observa en el mapa de tasas estandarizadas (Figura 2), en el que se aprecia un patrón con mayores tasas de angina en la zona sur oeste –parte oriental de Andalucía, sur de Extremadura-, Castilla la Mancha, Aragón Asturias, Cantabria y zonas de Galicia y menores tasas en País Vasco, Navarra, Madrid y zonas de Castilla-León.

A la variación observada entre áreas cabe añadir la variación atribuible a la Comunidad Autónoma de residencia. Esta, explicaría un 12% (coeficiente de correlación intraclase, CCI, en Tabla 1) de la variabilidad no explicada por las diferencias demográficas, reflejo del impacto de fenómenos regionales que afectarían a la variación en las hospitalizaciones a nivel autonómico. La moderada influencia del nivel autonómico se

observa también en la figura 3, donde las diferencias en las tasas dentro de cada Comunidad Autónoma son mayores 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 1,52 en la región donde hay menos variabilidad hasta 7,71 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 tasas 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 9.887 casos de angina. Es decir, si todas las áreas tuvieran la tasa del área del percentil 10, se hubieran registrado 9.887 admisiones de angina menos (63% de las altas totales de angina).

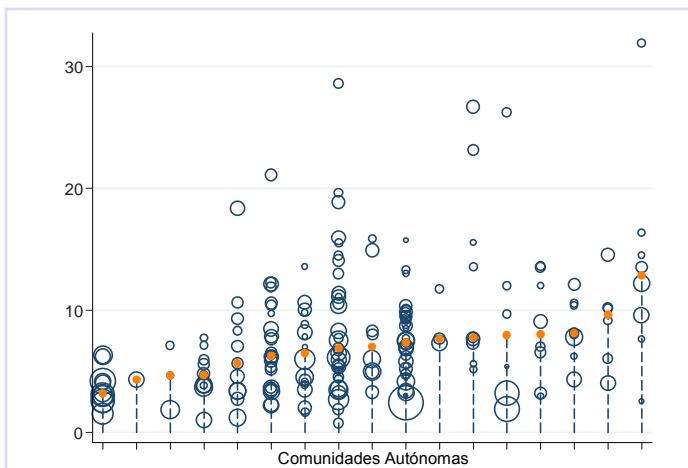


Figura 3. Tasas estandarizadas por edad y sexo de las admisiones por angina no primaria por 10.000 habitantes en las 203 áreas sanitarias agrupadas según su comunidad autónoma en 2013

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.

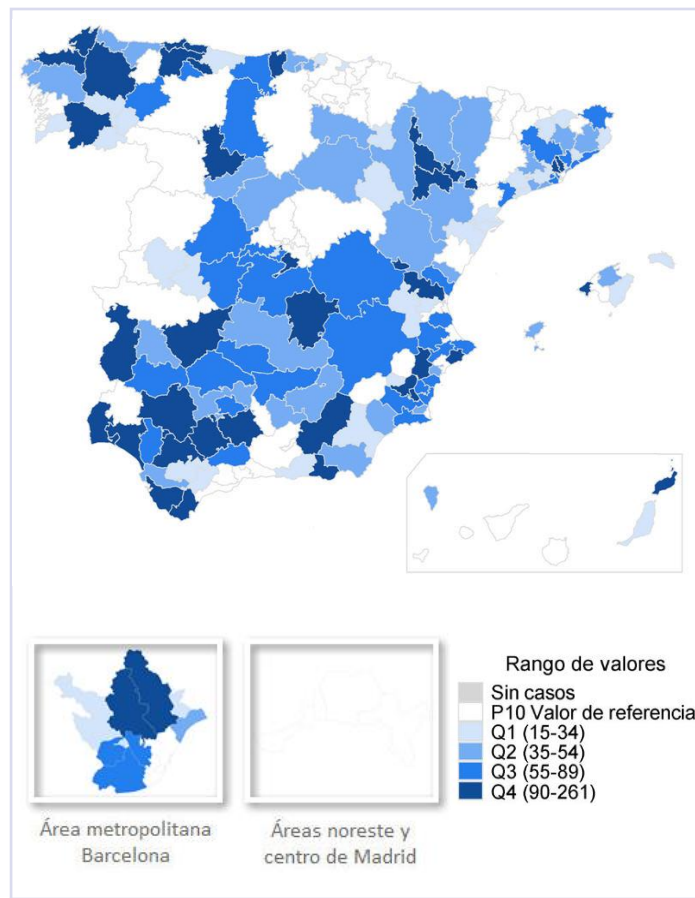


Figura 4. Exceso en el número de admisiones por angina no primaria respecto a la tasa del percentil 10 en el año 2013

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 angina. 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 angina se redujeron un 48% -desde 38.805 a 15.933 ingresos. La población mayor de 40 años creció en cerca de 5 millones de habitantes. La tendencia temporal de las tasas estandarizadas de angina por 10000 habitantes muestra un descenso del 55% -desde 17,46 a 7,80- con una reducción anual significativa de las tasas de -7,96%. La variación sistemática fue muy elevada y mostró un gran incremento durante el periodo -el componente sistemático de variación aumentó desde 0,36 a 0,69.

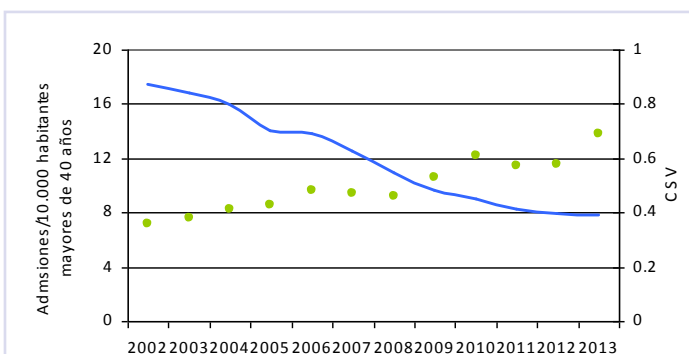


Figura 5. Evolución de las tasas estandarizadas por edad y sexo de angina no primaria (línea azul) y del componente sistemático de variación (puntos verdes) en el agregado de las 203 áreas, durante el período 2002-2013

Relación de las admisiones por angina no primaria con la intensidad de hospitalización y la tasa de desempleo

En las Figura 6a y 6b se muestra la asociación entre las tasas estandarizadas de angina y la intensidad de hospitalización por un lado y la tasa de desempleo por otro. En general, se aprecian mayores tasas de angina (línea naranja) en áreas con mayor intensidad de hospitalización y mayor tasa de desempleo y menores tasas de angina (línea azul) en áreas con menor intensidad de hospitalización y menor tasa de desempleo aunque esta diferencia no fue significativa en

ninguno de los dos indicadores -véase el solapamiento de los intervalos de confianza-.

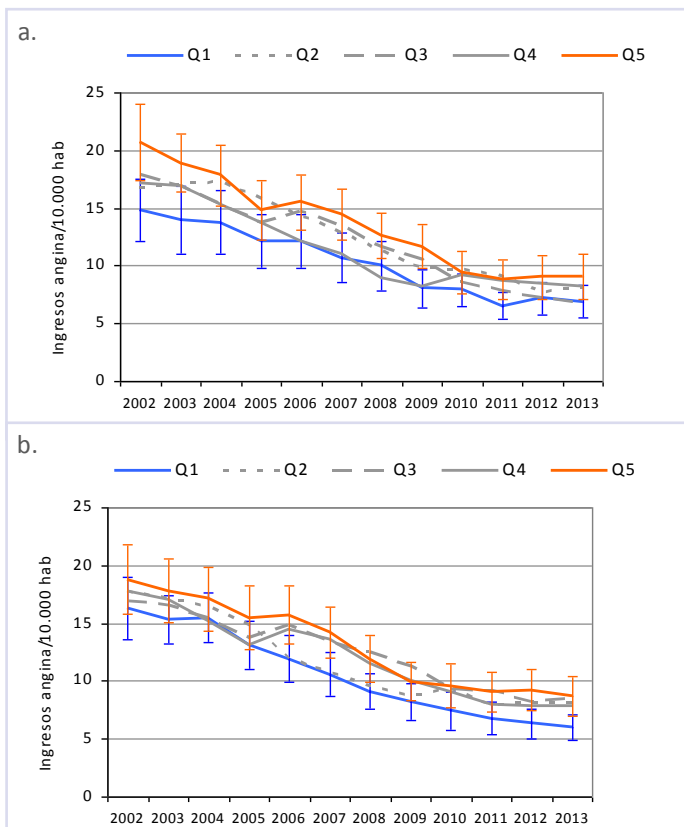


Figura 6. Evolución de las tasas estandarizadas de las admisiones por angina no primaria, agrupadas en quintiles en función de la intensidad de hospitalización (a) o de la tasa de desempleo (b), en los períodos 2002-2005, 2006-2009 y 2010-2013

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 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 gran reducción de las tasas de hospitalización por angina no primaria en adulto. Sin embargo, esta reducción no fue acompañada por una reducción de la variabilidad entre áreas; al contrario, esta aumenta considerablemente.

Podemos postular que la existencia de diversas guías de práctica clínica -americanas y/o europeas con adaptaciones para el caso español- sobre prevención cardiovascular se ha traducido en una mejora del control de estos pacientes por parte de atención primaria. Detrás de la reducción de tasas estaría el aumento en la utilización de fármacos cardiovasculares preventivos (ácido acetil salicílico-clopidogrel, antihipertensivos y antiglicosos -IECAS, betabloqueantes, ARAII- y estatinas). Seguramente, el comportamiento de la asistencia hospitalaria, fundamentalmente, cambios organizativos en urgencias - introducción de unidades de observación, estabilización y alta sin ingreso- y cooperación entre niveles asistenciales pueden estar también detrás en esta reducción de las tasas de angina no primaria. En este sentido, la dependencia cada vez más decreciente, entre las tasas por angina y los hábitos de hospitalización del área, medidos por la intensidad de hospitalización, sugieren que estos cambios se están produciendo en todo el territorio.

Sin embargo, este progresivo mejor comportamiento

observado en las tasas de hospitalizaciones potencialmente evitables por angina no primaria está sucediendo de forma desigual entre áreas sanitarias y Comunidades Autónomas y todavía, persisten diferencias en estas tasas que reflejarían distintas formas de abordar esta patología. En la figura 7 se muestran tres áreas, Almería en Andalucía, Gandía en la Comunidad Valenciana y Valmiñor (Vigo) en Galicia que han pasado de estar en el grupo de áreas con las tasas más altas de angina 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 angina no primaria en el resto de las áreas del país.

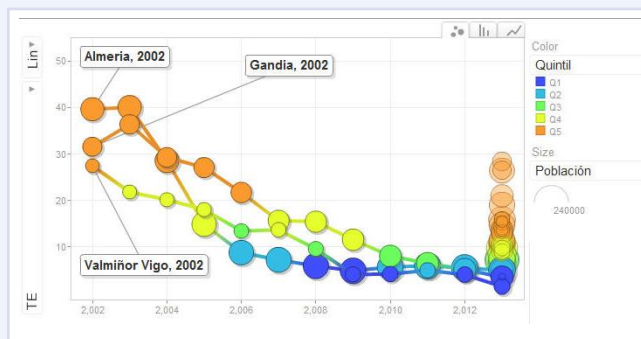


Figura 7. Evolución de las áreas con las mayores tasas de admisiones por angina en el año 2002. Se señalan 3 áreas que han pasado del quintil superior al inferior en el año 2013

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. Ridao López 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 Angina (no primaria) sin procedimiento en el SNS, Mayo 2015; Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/atlas-variaciones-practica-medica/>