

## Variabilidad de la Práctica Clínica e ictus isquémico: lo que sabemos y lo que queda por saber

El presente Atlas VPM se dedica al análisis de las hospitalizaciones producidas entre 2005 y 2010 por ictus isquémico, sin mención del ictus hemorrágico, la hemorragia subaracnoidea o el accidente isquémico transitorio. Se trata, pues de una patología bastante bien definida cuyas tasas de hospitalización se analizan en las áreas sanitarias del conjunto de España.

En el primero de estos Atlas<sup>1</sup> ya se incluyeron importantes hallazgos sobre el accidente cerebral vascular en su conjunto, relativos al año 2002. En el trabajo se ilustraba la variabilidad de la práctica clínica en las áreas sanitarias españolas relativa a diversas patologías expresamente seleccionadas. Analizando las tasas crudas y estandarizadas según edad y sexo se vio entonces que, entre las patologías escogidas para análisis, la hospitalización por accidente cerebrovascular era la que menos variabilidad mostraba después de la fractura de cadera a lo largo de las distintas áreas sanitarias. Su semejanza con la distribución de hospitalizaciones por fractura de cadera es tan grande que casi podría considerarse un ejemplo adecuado de una hospitalización prácticamente sólo dependiente de la frecuencia de la enfermedad: como en la fractura de cadera, podría casi asumirse que todos los casos ingresan y así puede servir de patrón de referencia para la comparación con la hospitalización por otras causas, más sometidas al inestable criterio médico o a la oferta de recursos.

¿Es así realmente? ¿Qué aporta a este concepto el presente Atlas, y cuáles podrían ser las siguientes vías de estudio de la variabilidad actual de la práctica clínica en el ictus isquémico en nuestro país?

En primer lugar, los datos del presente Atlas, además de referirse sólo al ictus isquémico, son más actualizados. Permiten afirmar, a grandes rasgos, que la situación ha variado poco en ese intervalo de casi diez años. El análisis actual es más pormenorizado, estratificado según distintos grupos etarios y sexo, realizando tanto estandarización directa como indirecta y usando un abanico más rico de estadísticos para el estudio de la variabilidad que lo presentado en el trabajo de 2002. Este meticuloso análisis ilustra que las hospitalizaciones por ictus isquémico producidas entre 2005 y 2010 muestran que existe variabilidad entre áreas, valorada mediante indicadores estadísticos como la razón de ingresos estandarizada por la tasa global de hospitalización en todo el territorio. Sin embargo, esta variabilidad se estima comparativamente poco importante según los criterios convencionales de interpretación de aquellos indicadores sensibles a la variación no atribuible al azar, es decir no esperada. Otros indicadores estadísticos tampoco sugieren que la variación entre las áreas de la misma comunidad autónoma sea mayor que la existente entre comunidades. No obstante, hay una importante excepción a ese patrón de escasa variabilidad: en los enfermos con edad superior a 80 años (grupo con elevada prevalencia de la enfermedad) la variabilidad de la tasa de hospitalización es más marcada, especialmente en mujeres, alcanzando el valor convencional de moderada. Por tanto, aunque no parece que la proporción de enfermos que ingresan por ictus isquémico varíe

mucho entre áreas, si varía en los muy ancianos, especialmente en las muy ancianas. Los datos plantean la posibilidad de que una proporción de éstos (y particularmente de éstas) no ingresen por ictus en el hospital. Qué representaría este hecho, queda abierto a la especulación.

Es posible que las diferencias en las razones estandarizadas de ingreso entre áreas, en ausencia (como sucede hasta los 80 años) de variación global relevante no esperada, sugieran una distinta prevalencia de ictus isquémico en ellas. Este tipo de diferencias, así como las diferencias regionales en resultado, es bien conocido en la literatura<sup>2</sup> aunque quizá poco rigurosamente estudiado y menos comprendido: recuérdese el denominado *Stroke Belt* o cinturón del ictus en Estados Unidos<sup>3</sup> (con tendencias, además, de cambios temporales de localización), que no es precisamente una excepción. También en España, según los datos del presente atlas y anteriores, se dibujaría un marcado patrón de diferencias Norte-Sur. Es mucho lo que se necesitaría saber para acabar de comprender estas diferencias, y es quizá debatible si en algunas áreas sanitarias tendríamos que preocuparnos de si en conjunto ingresan menos pacientes con ictus de los que deberían; pero sí debemos seriamente comenzar a preguntarnos qué sucede en general con los ancianos y especialmente con las ancianas.

Otra novedad de este Atlas son los datos longitudinales. A este respecto, es destacable que, salvo en lo que respecta a los años 2005-6, en los que es probable que la codificación de diagnósticos al alta fuera aún insegura o imprecisa, se manifiesta un patrón llamativamente estable hasta 2010, con variabilidad global poco llamativa.

En vista de estos resultados, la variabilidad en el manejo del ictus que resultaría preocupante no es tanto la relativa a las tasas de ingreso sino a otros tipos todavía no estudiados en la valiosa iniciativa que representa el Atlas. Sería importante conocer no sólo los determinantes de la variabilidad debida a diferencias en la demanda, como pueden ser las tasas de ingreso, sino la variabilidad asociada a diferencias en la oferta de servicios y la secundaria a preferencias, hábitos o imponderables de la práctica médica o de la atención sanitaria<sup>4</sup>.

Con respecto al primer tipo mencionado, sería importante conocer la variabilidad actual del uso en España de la terapia de reperfusión en el ictus isquémico, que puede claramente estar influida por la oferta hospitalaria y ser relevante para modificar el pronóstico. Es posible que algunos datos actualmente conocidos, fuera de este Atlas, permitan una respuesta provisional, pero posiblemente todavía no sabemos hasta qué punto sucede con la reperfusión en el ictus isquémico lo que sucedía hace unos años<sup>5</sup> con la estrategia intervencionista precoz en el infarto de miocardio sin onda Q, también recomendada en las guías de práctica clínica como tratamiento de elección con indicaciones precisas que preveían el traslado del paciente a centros terciarios para mejorar su pronóstico. En un registro de ámbito nacional se vio que, en la vida real, la

disponibilidad de esa tecnología en el centro receptor era un predictor de su uso más de ocho veces mayor que su indicación clínica.

Un indicio de lo que puede ser la variabilidad debida a pautas o imponderables locales en el manejo del ictus isquémico en España se puede obtener en las auditorías realizadas por el Plan Director del Accidente Cerebrovascular del Departamento Catalán de Salud<sup>6,7</sup>, en las que se vio que el cumplimiento de normas como la movilización precoz, la práctica de TC craneal en las primeras 24 horas o el tratamiento antitrombótico (alguna de ellas con comprobada repercusión pronóstica<sup>8</sup>) podía oscilar entre el 40% y el 100% de pacientes. Sería muy deseable que en el conjunto de España se dispusiera de cifras equivalentes y de su análisis en profundidad. Llamativamente, en dicho programa se ha comprobado la tendencia a la reducción de esa variabilidad con la práctica de auditorías secuenciales integradas en el mismo<sup>7</sup>.

Así pues, este Atlas aporta lo que pueden ser primeros datos de una información de crucial importancia. Ciertamente, el conocimiento en profundidad de la variabilidad de la práctica clínica puede ser un primer paso para mejorar su calidad con intervenciones de gestión, como se ha demostrado precisamente en el caso del ictus. Pero de la conciencia de esa variabilidad, de su significado y sus consecuencias se debe beneficiar también el médico clínico, especialmente en enfermedades de esa relevancia sanitaria, y por tanto también los pacientes. Es sólo en décadas recientes cuando se ha sabido que el conocimiento de las características y consecuencias de la práctica médica (la *ciencia de la práctica*<sup>4</sup>) es una disciplina tan útil para mejorar los resultados clínicos como lo pueda ser la ciencia tradicional.

G. Permanyer Miralda, Médico Emérito,  
Unidad de Epidemiología Cardiovascular (CIBERESP),  
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

## Bibliografía

1. Bernal E, Martínez N, Libroero J, Stoca R, por el grupo VPM – IRYSS. Necesidad u oferta ¿Qué hay detrás de las variaciones geográficas de la práctica? *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2005; 1:5-10.
2. Fonarow GC, Smith EE, Reeves MJ, Pan W, Olson D, Hernández EF, et al. Hospital level variation in mortality and rehospitalization for Medicare beneficiaries with acute ischemic stroke. *Stroke* 2011; 42:159-166.
3. Howard G, Howard VJ, Katholi C, Oli MK, Huston S. Decline in US stroke mortality. An analysis of temporal patterns by sex, race and geographic region. *Stroke* 2001, 32:2213-20.
4. Wennberg JE. Tracking medicine. A researcher's quest to understand health care. Oxford University Press 2010.
5. Ferreira-González I, Permanyer-Miralda G, Heras M, Cuñat J, Civeira E, Arós F, et al. Patterns of use and effectiveness of early invasive strategy in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: an assessment by propensity score. *Am Heart J*. 2008; 156(5):946-53.
6. Abilleira S, Ribera A, Sanchez E, Roquer J, Duarte E, Tresserras R, et al. [In-hospital stroke care in Catalonia [Spain]. Results of the "First Clinical Audit of Stroke. Catalonia, 2005/2006"]. *Gac Sanit*. 2008;22:565-573.
7. Abilleira S, Ribera A, Sanchez E, Tresserras R, and Gallofre M. The Second Stroke Audit of Catalonia shows improvements in many, but not all quality indicators. *Int J Stroke*. 2011;10-4949.
8. Abilleira S, Ribera A, Permanyer-Miralda G, Tresserras R, Gallofré M. Noncompliance with certain quality indicators is associated with risk-adjusted mortality after stroke. *Stroke* 2012; 43(4):1094-100.