

Central de Resultats

Beneficis de l'organització de l'atenció sanitària a les persones amb ictus: mortalitat evitada i impacte econòmic

Resum executiu

- L'ictus és la segona causa de mort i la primera causa mèdica de discapacitat. A Catalunya, l'any 2006 el Pla director de la malaltia vascular cerebral va organitzar la cobertura de tot el territori amb un sistema de codi ictus, el que ha possibilitat un augment dels pacients tractats.
- La taxa poblacional de tractaments per trombòlisi intravenosa i la de tractaments de reperfusió globals a Catalunya s'han incrementat de forma molt rellevant en els darrers anys i, amb un 14% i un 16,1% respectivament, es situen entre les més altes d'Europa i del món occidental.
- La realització periòdica d'*audits* biennals a tots els hospitals de Catalunya mostra una millora progressiva dels indicadors de qualitat de l'atenció hospitalària als malalts amb ictus.
- La disminució global de defuncions deguda a les millores en l'atenció a l'ictus entre el 2005 i el 2012 és d'un 7,1%, el que equival a 1.219 persones en 7 anys, de les quals el 44,5% tenen menys de 75 anys i el 43,5% entre 75 i 84 anys.
- L'estimació més conservadora del benefici en termes econòmics de les actuacions en la fase aguda de la malaltia en el període 2005-2012 és de 520.384.410,28€. Donat que la millora de l'atenció en la fase aguda de la malaltia s'ha basat en gran part en mesures organitzatives, els beneficis estimats superen els costos.

L'organització de l'atenció sanitària a les persones amb ictus

Amb més de 13.000 ingressos per any a Catalunya, l'ictus és la segona causa de mort i la primera causa mèdica de discapacitat. Es pot prevenir controlant els factors de risc vascular i amb hàbits de vida saludables, i és cabdal l'actuació ràpida en el moment de la seva aparició, així com una atenció de qualitat al llarg de l'ingrés hospitalari per evitar la mort i la discapacitat residual, que afecta un 40% dels supervivents.

L'ictus és una alteració brusca de la circulació de la sang al cervell, que en el 85% dels casos és deguda a una oclusió o tamponament arterial. Els tractaments de reperfusió, administrats en la fase aguda, revascularitzen l'artèria obstruïda però són temps-dependents. En el cas de la trombòlisi endovenosa, aquest temps anomenat finestra terapèutica, ha de ser inferior a les 4 hores i mitja i, com més ràpid, millors resultats. Atès que el 15% restant dels ictus poden ser hemorràgics, en què l'administració de teràpies de reperfusió està contraindicada, és necessària una avaluació experta i la pràctica d'una TAC cranial en el menor temps possible per facilitar el tractament de reperfusió quan estigui indicat.

El codi ictus és un codi d'emergència que comprèn l'activació d'una xarxa de dispositius assistencials adreçats a donar una atenció immediata i adequada als pacients amb sospita d'ictus

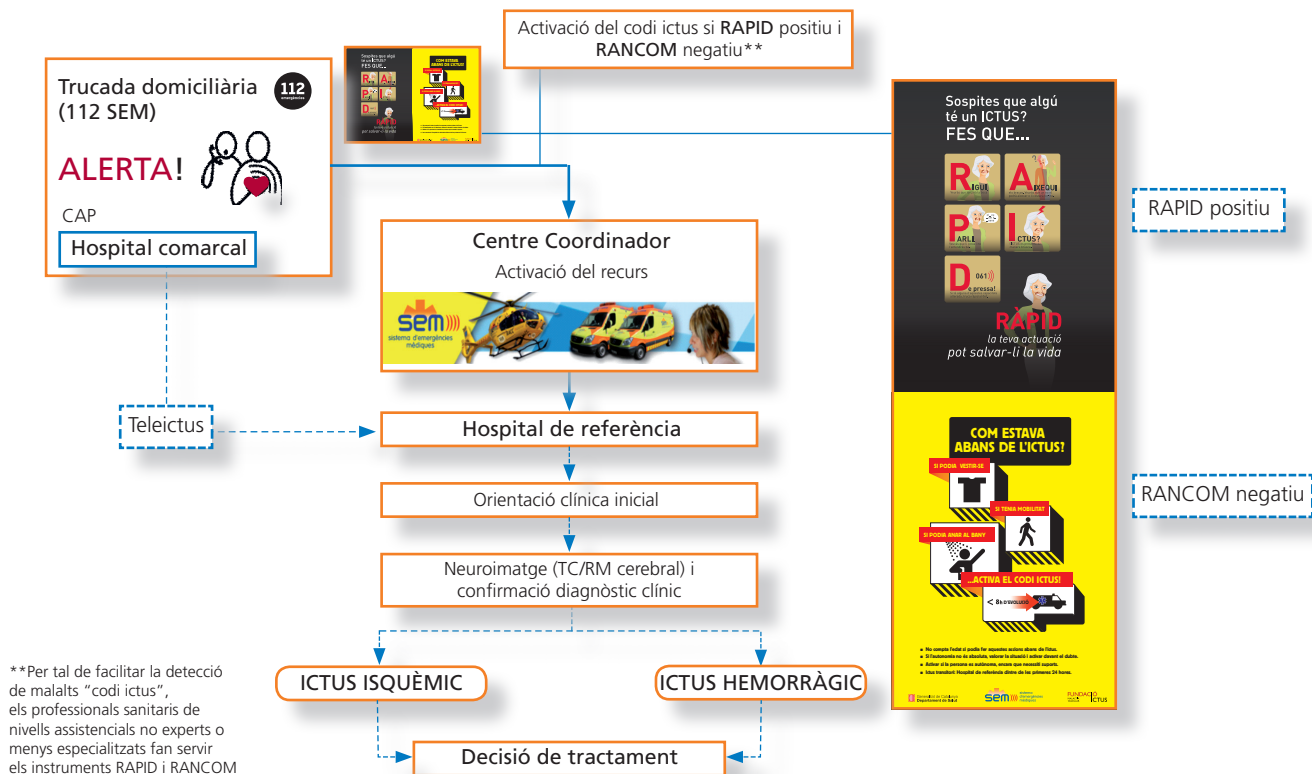
L'atenció urgent a la fase aguda de l'ictus: el codi ictus

La necessitat d'actuar ràpid quan apareix l'ictus ha fet que en diferents països s'organitzin sistemes d'atenció aguda, generalment a nivell d'un hospital i en el seu territori, coneguts com a "codi ictus". El codi ictus és un codi d'emergència que comprèn l'activació d'una xarxa de dispositius assistencials adreçats a donar una atenció immediata i adequada als pacients amb sospita d'ictus.

A Catalunya, l'any 2006 el Pla director de la malaltia vascular cerebral va organitzar la cobertura de tot el territori amb un sistema de codi ictus basat en la xarxa d'hospitals comarcals, catorze hospitals de referència (CRI) i el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM), ordenats en deu àmbits o àrees geogràfiques, amb una xarxa pròpia i fluxos de derivació específics per al trasllat ràpid dels pacients.

Quan una persona pateix un ictus pot trucar al 112/061 CatSalut Respon, adreçar-se a un CAP, o bé al servei d'urgències d'un hospital. En tots els casos, el codi ictus garanteix que el pacient sigui traslladat al seu CRI. A més, deu hospitals comarcals estan equipats amb un sistema de teleictus que permet l'avaluació a distància del pacient per un professional expert mitjançant un sistema de videoconferència i de compartició de la imatge mèdica, possibilitant l'inici ràpid del tractament i evitant les demores a causa del trasllat del pacient.

Esquema del codi ictus



Hospitals de referència ictus (CRI)

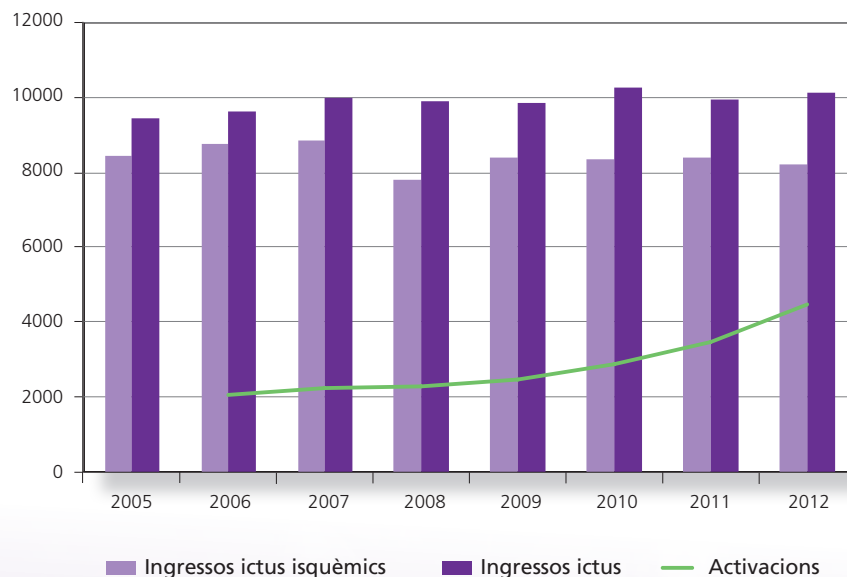
- Hospital Arnau de Vilanova, Lleida
- Hospital General de la Vall d'Hebron, Barcelona
- Hospital Clínic, Barcelona
- Mútua de Terrassa
- Hospital Joan XXIII, Tarragona
- Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat
- Hospital Josep Trueta, Girona
- Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona
- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona
- Hospital del Mar, Barcelona
- Hospital Verge de la Cinta, Tortosa
- Fundació Althaia, Manresa
- Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí
- Hospital Parc Taulí, Sabadell

Hospitals comarcals amb connexió teleictus

- Hospital de Vic
- Hospital de Granollers
- Hospital de Mataró
- Hospital de Tremp
- Hospital d'Igualada
- Hospital de Figueres
- Hospital de Palamós
- Hospital de Vilafranca
- Hospital del Garraf
- Hospital de Móra d'Ebre

El nombre d'activacions del codi ictus ha anat augmentant gradualment, tot i l'estabilitat en el nombre de contactes hospitalaris, fins a ser del 44% del total d'ingressos per ictus a l'any 2012.

Evolució del nombre d'ingressos per ictus i del nombre d'activacions. Catalunya, 2005-2012

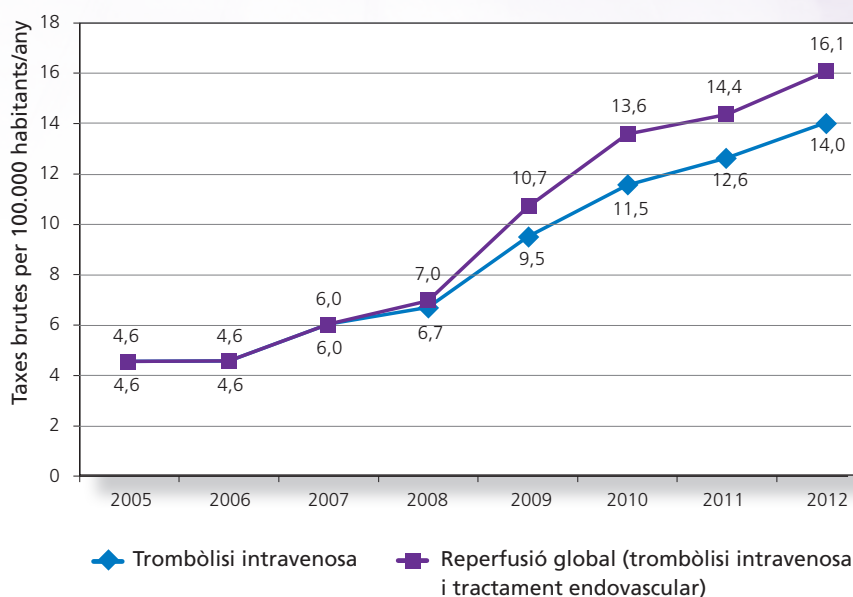


L'any 2012, el 13% dels ictus isquèmics van ser tractats amb trombòlisi intravenosa, i el 4% amb tractament endovascular o neurointervencionista

Font: CMBD-HA, SITREM i bases de dades de codi ictus dels CRI

L'any 2012, el 13% dels ictus isquèmics van ser tractats amb trombòlisi intravenosa. En el 4% dels pacients amb ictus isquèmic es va realitzar un tractament endovascular o neurointervencionista. A Catalunya, tant la taxa poblacional de tractaments per trombòlisi intravenosa com la de tractaments de reperfusió globals s'han incrementat de forma molt rellevant en els darrers anys, i se situen entre les més altes d'Europa i del món occidental.

Evolució de les taxes poblacionals per tractaments trombolítics i tractaments de reperfusió globals. Catalunya, 2005-2012

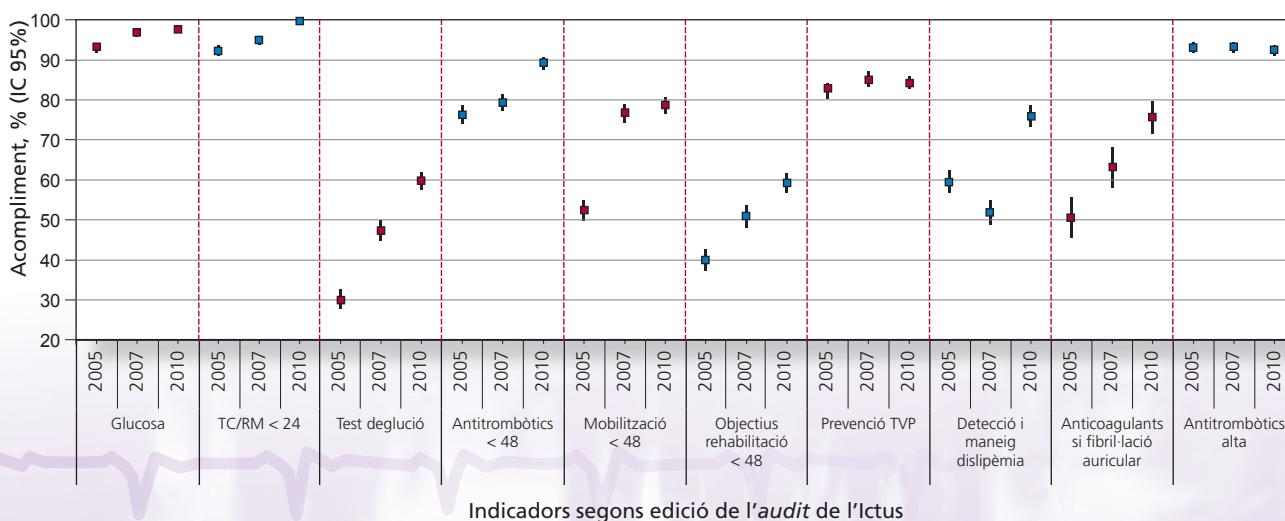


Font: Registre de reperfusió "Sistema Online d'Informació de l'Ictus Agut" de Catalunya. Pla director de la malaltia vascular cerebral

La qualitat de l'atenció hospitalària

Per avaluar la qualitat de l'atenció hospitalària, el Pla director de la malaltia vascular cerebral ha impulsat la realització d'*audits* periòdics biennals a tots els hospitals de Catalunya. Els *audits* revisen l'acompliment d'indicadors de procés definits per experts i per la literatura científica. Els resultats es retornen a tots els hospitals i regions sanitàries i es discuteixen localment amb la voluntat d'identificar aspectes millorables. L'evolució de l'acompliment agregat per a Catalunya dels indicadors mostra una millora progressiva molt significativa.

Evolució de l'acompliment dels indicadors de qualitat del procés assistencial. Catalunya, 2005-2010



Glucosa: determinació de glucèmia basal; TC/RM < 24: realització de neuroimatge (TC/RM) < 24 hores; Test deglució: realització del test de deglució abans d'iniciar dieta/medicació oral; Antitrombòtics < 48: inici d'antitrombòtics en les primeres 48 hores (ictus isquèmics); Mobilització < 48: Mobilització/ sedestació precoç en les primeres 48 hores; Objectius rehabilitació < 48: avaluació de les necessitats de rehabilitació en les primeres 48 hores; Prevençió TVP: prevençió de trombosi venosa profunda; Detecció i maneig dislipèmia: maneig dislipèmia (alta amb estatinas en els ictus isquèmics amb LDL > 100 i/o hipolipemians previs); Anticoagulants si fibril·lació auricular: anticoagulació en cas de fibril·lació auricular (ictus isquèmics); Antitrombòtics alta: antitrombòtics a l'alta (ictus isquèmics)

Els beneficis associats a l'evolució en l'atenció a l'ictus

En els darrers anys s'ha observat una reducció rellevant de la mortalitat per ictus, que afecta homes i dones de totes les edats. Per estimar la reducció en el nombre de defuncions, conseqüència de les millores en l'atenció en la fase aguda de l'ictus s'ha descompost la tendència de la mortalitat hospitalària per ictus dels darrers 7 anys (2005-2012) en tres parts: l'efecte de la variació de la incidència, l'efecte de la variació de la mortalitat hospitalària i l'efecte de la variació de la mortalitat socio sanitària. Atès que no existeixen dades d'incidència poblacional d'ictus, aquestes han estat substituïdes per dades d'incidència atesa en hospitals d'aguts. Les dades de mortalitat corresponen a mortalitat en un centre hospitalari (a l'alta) o en un socio sanitari (durant els primers 30 dies des de l'ingrés).

L'anàlisi no ha tingut en compte l'evolució dels malalts amb ictus que no han arribat a l'hospital ni de les persones que han mort a

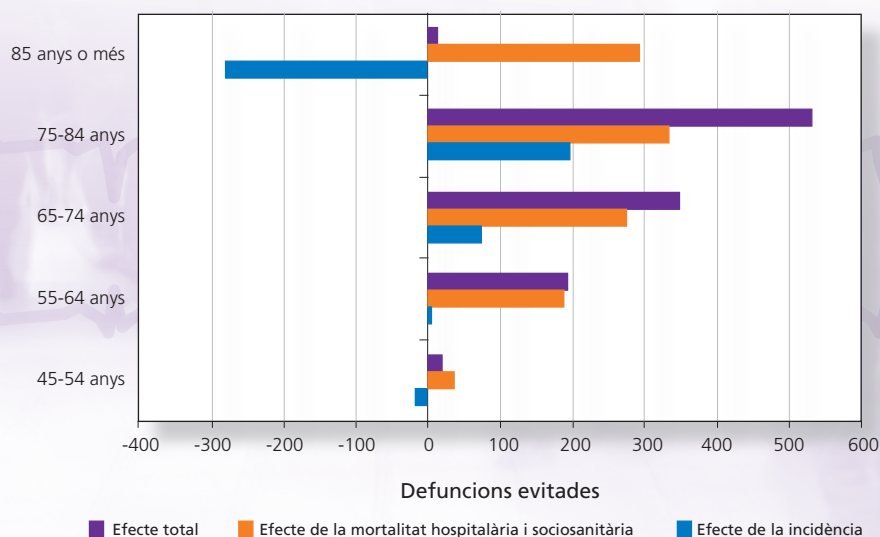
La disminució global de defuncions degudes a les millores en l'atenció a l'ictus entre el 2005 i el 2012 és d'un 7,1%, el que equival a 1.219 persones en 7 anys

casa, sense assistència sociosanitària. Tot i aquesta limitació, cal tenir en compte que la mortalitat poblacional per ictus dels darrers anys ha disminuït més que l'hospitalària, fet que podria indicar que el nombre de persones que han mort per ictus sense assistència hospitalària o sociosanitària pot haver disminuït.

L'anàlisi, realitzat sobre la població de 15 anys o més, estima l'estalvi global de defuncions en un 7,1% del total de defuncions esperades entre el 2005 i el 2012, si s'haguessin mantingut les taxes d'incidència i de mortalitat de 2005. Aquesta disminució equival a 1.219 persones en 7 anys, de les quals el 44,5% tindrien menys de 75 anys i el 43,5% entre 75 i 84 anys. Els grups d'edat que presenten més defuncions evitades en termes relatius són el de 55 a 64 anys (15,3%) i el de 65 a 74 anys (13,6%). El grup d'edat que en presenta més en valor absolut és el de 75 a 84 anys (530 defuncions). Entre la població de 85 anys o més, el nombre de defuncions evitades és pràcticament nul. Entre el grup de 15 a 44 anys, tot i que s'observa una disminució notable de la mortalitat, les dades són poc fiables ja que la baixa casuística suposa molta variabilitat. L'estalvi global de defuncions si no tenim en compte aquest darrer grup és de 1.107.

L'efecte més rellevant a totes les edats prové de la disminució de la mortalitat a l'hospital, fet relacionat amb les millores en l'atenció a la fase aguda de l'ictus. La reducció de la mortalitat hospitalària coincideix amb un increment de la mortalitat sociosanitària en el grup d'edat més avançada, que pot respondre a processos d'atenció al final de la vida. L'efecte de la incidència ha estat globalment nul. Amb tot, s'observa una reducció de casos entre els 65 i 84 anys i un creixement a partir dels 85 anys, que compensa en aquest darrer grup la disminució de la mortalitat.

Estimació de l'estalvi de defuncions 2006-2012 amb relació a 2005 descompost per l'efecte de les variacions en la incidència i en la mortalitat (hospitalària i sociosanitària). Catalunya, 2005-2012



Font: CMBD-HA i CMBD-SS, 2005-2012. CatSalut

Impacte econòmic de les actuacions en la fase aguda de l'ictus en el període 2005-2012

Per calcular en termes monetaris el valor de les defuncions evitades per les actuacions en la fase aguda de l'ictus en el període 2005-2012 s'han fet servir dues aproximacions. La primera ha sigut aplicar el valor de la vida estadística estimat per a l'Estat espanyol (1.300.000€) al nombre de defuncions evitades, en cadascun dels trams d'edat (excloent el grup de 15 a 44 anys). La segona, més conservadora, ha sigut aplicar el valor anualitzat de la vida estadística al nombre d'anys de vida guanyats, és a dir, aplicant un valor per any en lloc d'un valor per persona. Per fer això, s'ha calculat el nombre d'anys de vida guanyats tenint en compte l'esperança de vida per cadascun dels trams d'edat, i s'ha multiplicat pel nombre de defuncions evitades en aquell tram d'edat (excloent el grup de 15 a 44 anys). Finalment, aquests anys de vida guanyats s'han multiplicat pel valor anualitzat del valor de la vida estadística, amb i sense aplicar una taxa de descompte del 5% (75.138,62€ i 31.666,37€, respectivament).

La Unitat d'Ictus de l'Hospital Germans Trias i Pujol

La Unitat d'Ictus de l'Hospital Germans Trias i Pujol està integrada dins d'una estructura funcional i transversal de l'àrea de neurociències anomenada Centre Terciari d'Ictus. La seva missió és proporcionar una assistència integral i de qualitat als pacients amb patologia vascular cerebral, així com la investigació i la docència en aquesta patologia.

La Unitat d'Ictus ha adoptat la qualitat com a línia estratègica prioritària, essent atorgada l'acreditació de qualitat d'unitats d'ictus de la Sociedad Española de Neurología l'any 2010. El sistema de qualitat està enfocat al pacient i al professional mitjançant un procés de millora continuada orientat a la satisfacció de les necessitats de les persones que utilitzen la unitat. Actualment, la Unitat d'Ictus participa en el projecte corporatiu de les malalties vasculars cerebrals de l'ICS, que té per objectiu integrar sota una direcció única els hospitals de l'ICS com una xarxa de centres amb nivells sinèrgics i complementaris d'atenció sanitària, docent i d'investigació en les malalties cerebrovasculars, aplicant les indicacions terapèutiques vinculades al neurointervencionisme amb la màxima eficiència i qualitat possible.



experiència

Què és el valor de la vida estadística?

El concepte de valor de la vida estadística (VVE) va ser desenvolupat entre final dels anys 60 i principi dels 70 per valorar en termes econòmics els efectes de la seguretat vial. D'acord amb els fonaments de l'economia del benestar, el valor que la societat atribueix a reduir el risc de patir un accident de trànsit ha de respondre a les preferències dels ciutadans declarades mitjançant enquestes o revelades directament en la compra de dispositius de seguretat. Com que els costos humans no es poden mesurar directament, s'infereixen a partir de l'agregació de les disposicions a pagar d'un nombre gran de persones per una petita reducció en el risc de morir en accident de trànsit. Aquesta agregació proporciona el valor monetari atribuït per la societat per evitar que una persona qualsevol (una vida estadística) mori a conseqüència d'un accident de trànsit.

Un exemple. Suposem que totes les persones membres d'una determinada població estan disposades a pagar de mitjana 50€ per reduir la taxa anual d'accidents mortals de carretera de 3/100.000 a 2/100.000. Per tant, una població de 100.000 persones estan col·lectivament disposades a pagar 5.000.000€ per salvar una vida estadística (50€ x 100.000 persones).

Malgrat que pugui semblar estrany, el concepte de VVE reflecteix l'intercanvi entre renda i risc de mort que totes les persones afronten quotidianament, de manera conscient o inconscient, quan trien la seva alimentació, els seus estils de vida, o decideixen fer pràctiques de risc o utilitzar sistemes de seguretat, entre d'altres.

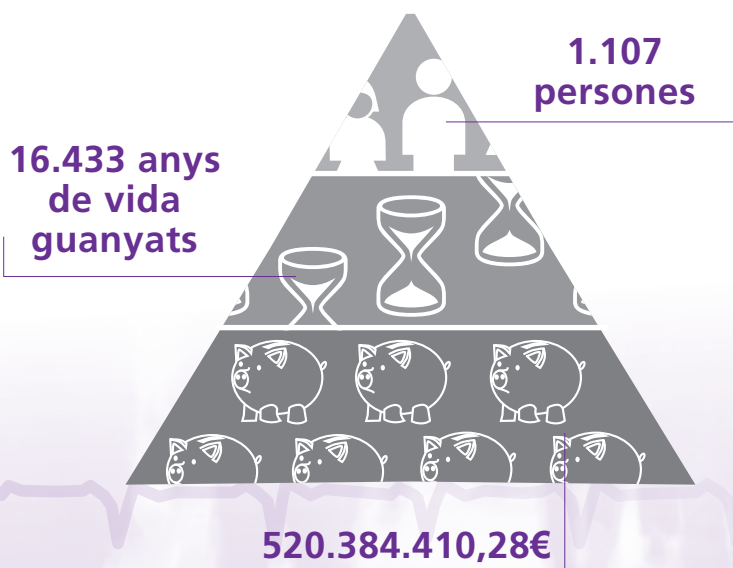
A l'Estat espanyol, el VVE s'ha estimat en el context dels accidents de trànsit, mitjançant mètodes de preferències declarades, i equival a 1,3 milions d'euros. Si s'actualitza aquesta xifra, tenint en compte l'esperança de vida de les persones que moren en accident de trànsit, s'obté un valor d'aproximadament 31.700€ per any de vida guanyat.

Font: Abellán JM, Martínez JE, Méndez I, Pinto JL, Sánchez FI. El valor monetario de una vida estadística en España: estimación en el contexto de los accidentes de tráfico. Sevilla: Universidad de Murcia y Universidad Pablo de Olavide; 2011.

En termes generals, les actuacions en la fase aguda de l'ictus en el període 2005-2012 han evitat la mort de 1.107 persones de 45 anys o més. Tenint en compte l'esperança de vida d'aquestes persones, aquestes actuacions han suposat un benefici de 16.433 anys de vida guanyats.

Aplicant el valor de la vida estadística al nombre de defuncions evitades, l'impacte de les actuacions en la fase aguda de la malaltia en el període 2005-2012 seria de 1.437.621.545,45€. Utilitzant l'aproximació més conservadora i aplicant un valor per any de vida guanyat, el benefici en termes monetaris seria de 520.384.410,28€ (1.234.778.929,75€ si es descompta). Donat que la millora de l'atenció en la fase aguda de la malaltia s'ha basat en gran part en mesures organitzatives, els beneficis estimats superen els costos.

Impacte de les actuacions en la fase aguda de l'íctus. Catalunya, 2005-2012



El benefici en termes econòmics de les actuacions en la fase aguda de la malaltia en el període 2005-2012 està entre 520.384.410,28€ i 1.437.621.545,45€

Han participat en l'elaboració d'aquest document:

Cristina Colls (AQuAS), Sònia Abilleira Castells (Pla director de la malaltia vascular cerebral), Anna García-Altés (AQuAS) i Miquel Gallofré (Pla director de la malaltia vascular cerebral)

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat adscrita al Departament de Salut. La seva missió és generar el coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, la seguretat i sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya, posant l'enfocament en l'avaluació i utilitzant com a instruments principals la informació, el coneixement i les tecnologies de la informació i les comunicacions. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA), membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), de la Guidelines International Network (G-I-N), del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Cristina Colls C, Abilleira Castells S, García-Altés A, Gallofré M. Beneficis de l'organització de l'atenció sanitària a les persones amb ictus: mortalitat evitada i impacte econòmic. Monogràfics de la Central de Resultats, número 1. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.

Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888
Fax: 93 551 7510
www.aatrm.net
<http://observatorisalut.gencat.cat/>

© 2013, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.
1a edició, juliol 2013, Barcelona

Redacció: Observatori del Sistema de Salut de Catalunya

Disseny: Joana López-Corduente

Dipòsit legal: B.18582-2013



Se'n permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública sempre que se'n citi la procedència (autoria, títol, òrgan editor), i que no es faci amb fins comercials. No es permet la creació d'obres derivades sense autorització expressa dels autors i de l'editor.

La llicència completa es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC)

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Roc Boronat, 81-95 (2a planta)

08005 Barcelona

Tel. 93 551 39 00

Fax. 93 551 75 10

<http://observatorisalut.gencat.cat>



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Agència de Qualitat i Avaluació
Sanitàries de Catalunya