

Claves del Atlas de variaciones injustificadas en la calidad de los cuidados hospitalarios

INSUFICIENCIA CARDIACA

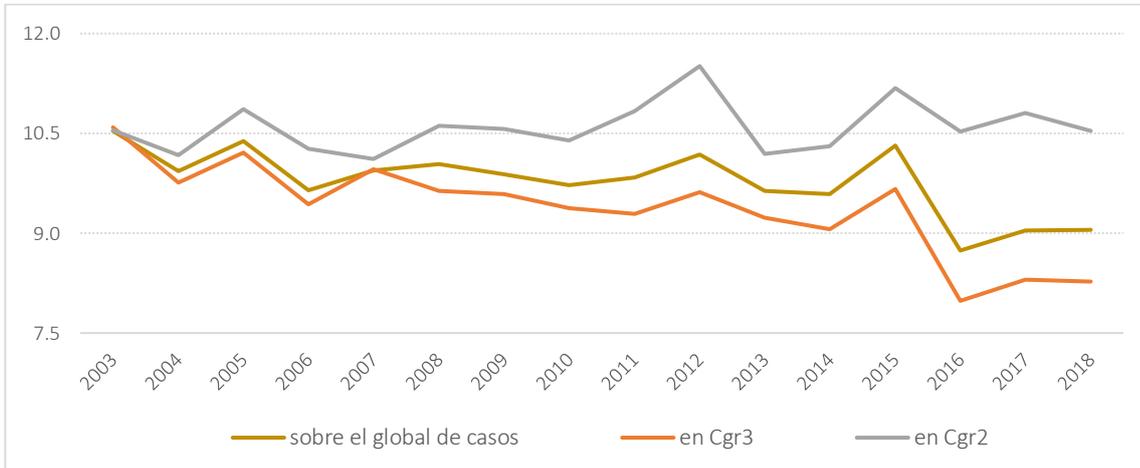
Indicador de diagnóstico cuyos hospitales analizados se han clasificado en **dos** subgrupos según la complejidad que, de media, atienden: Cgr3 – hospitales que atienden alta complejidad y Cgr2 – hospitales que atienden media complejidad. Los hospitales que atienden un número de casos/año inferior a 30 quedan descartados del análisis (mirar apartado de metodología).

En el año 2018, 87.280 personas fueron ingresadas por insuficiencia cardiaca en 265 hospitales. De ellas, el 71,5% en hospitales de alta complejidad (n=89) y 23,9% en hospitales de complejidad media (n=92). La edad media de las personas atendidas fue de 74 años (con un diferencial de 9 años entre hombres, más jóvenes (69-74, según si el hospital es de alta complejidad o de media complejidad), respecto a las mujeres (78-82).

La tasa de mortalidad intrahospitalaria cruda se situó en el 8,3% en hospitales de alta complejidad frente al 10,5% de la de los hospitales de media complejidad.

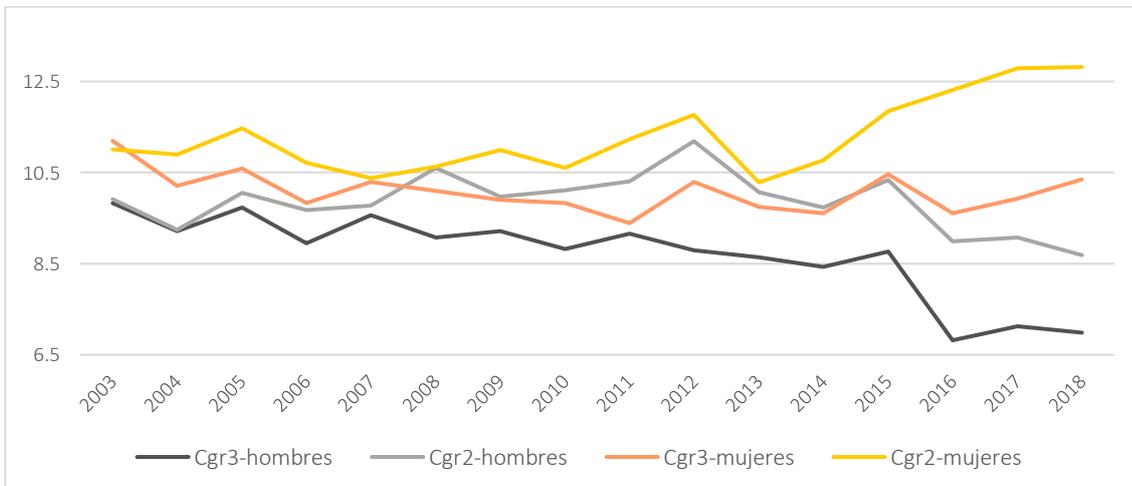
Entre los años 2003 y 2018, la mortalidad intrahospitalaria entre los hospitales de complejidad alta y media diverge hasta alcanzar los 2,3 puntos porcentuales de diferencia en el 2018. A lo largo del periodo, mientras que en los hospitales de complejidad media la mortalidad intrahospitalaria se mantiene, con alguna pequeña oscilación, en su media anual del 10.5%, la mortalidad intrahospitalaria en los hospitales de alta complejidad disminuye 2,3 puntos porcentuales de media (Figura 1).

Figura 1. Insuficiencia cardiaca: Mortalidad intrahospitalaria cruda (porcentaje)



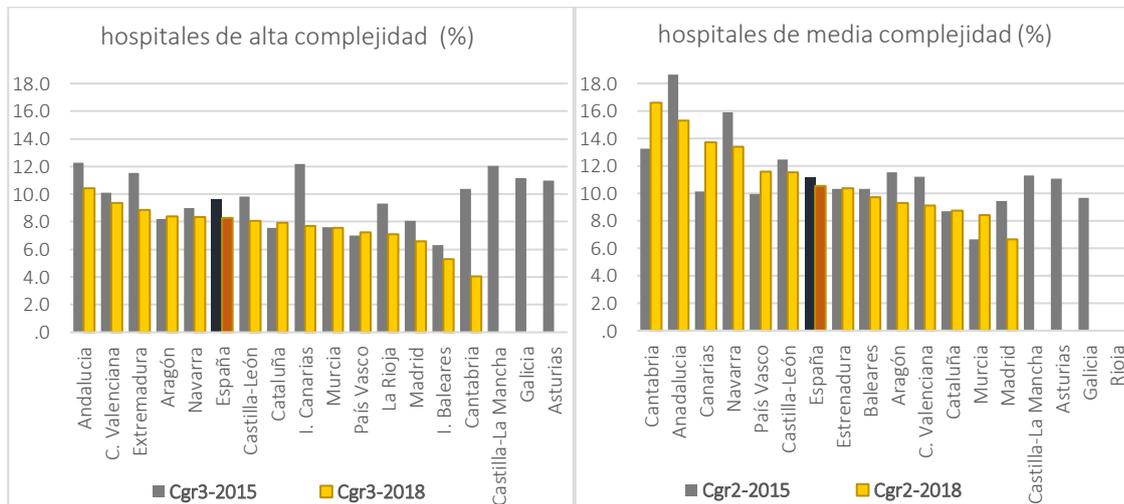
La mortalidad intrahospitalaria, desagregada según el sexo de las personas atendidas, muestra su mayor diferencial entre hombres, atendidos en hospitales del grupo de alta complejidad, en los que la tasa cruda disminuyó a lo largo del período cerca de 3 puntos porcentuales (Figura 2). La mortalidad intrahospitalaria en mujeres atendidas en hospitales de complejidad media incrementó de manera constante desde el año 2013, pasando a estar 2 puntos porcentuales por encima respecto al inicio del período.

Figura 2. Insuficiencia cardiaca: Mortalidad intrahospitalaria cruda por sexo (porcentaje)



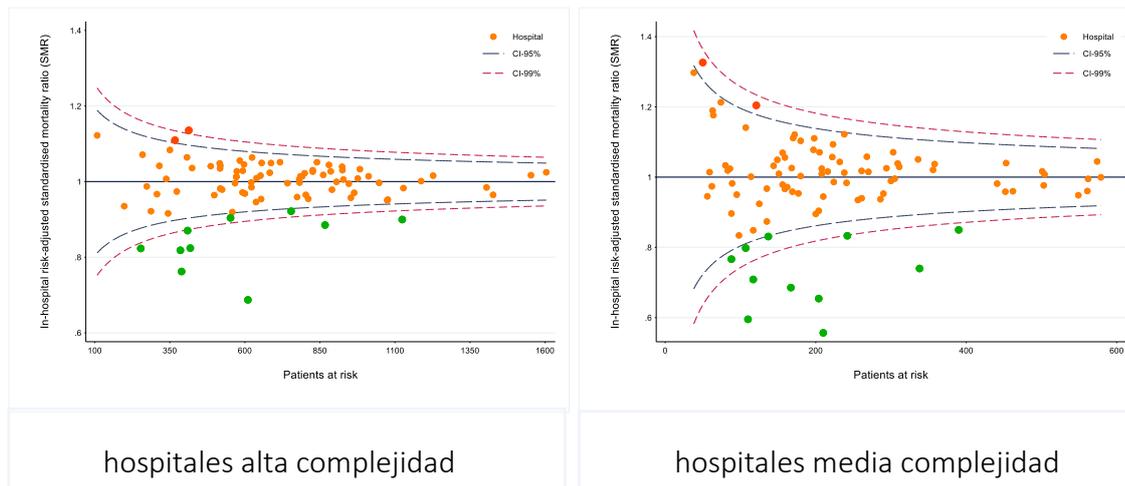
Por comunidad autónoma y tipo de hospital, la mortalidad intrahospitalaria mejora en 12 comunidades de las 15 analizadas en el año 2018 para los hospitales de alta complejidad. A pesar de que presenta una variación de 6.4 puntos porcentuales si comparamos la de mayor tasa con la de inferior tasa. Para este grupo de hospitales, 5 comunidades autónomas se sitúan por encima de la media nacional. Entre los hospitales que atienden media complejidad, la variación entre las comunidades con mayor y menor tasa alcanza los 10 puntos porcentuales, 9 comunidades autónomas mejoran sus resultados y 6 se sitúan por encima de la media nacional (Figura 3).

Figura 3. Insuficiencia cardiaca: Mortalidad intrahospitalaria por comunidades autónomas, años 2015 y 2018 (porcentaje).



La variabilidad en las razones de mortalidad estandarizadas (SMR) es mayor en el grupo de hospitales que atienden media complejidad respecto a los que atienden alta complejidad (Figura 4). La diferencia en el pronóstico de fallecimiento atribuida al hospital donde la persona es atendida es, en mediana, del 53% en el grupo de hospitales que atienden media complejidad frente al 36% en el grupo de hospitales que atienden alta complejidad. De los 181 hospitales, 4 (2,2%) se encuentran en la zona de desempeño significativamente peor del esperado frente a 21 hospitales (11,6%) que se encontrarían en la zona de desempeño significativamente mejor de lo esperado.

Figura 4. Insuficiencia cardiaca: Distribución de las SMR por volumen de casos atendidos, según subgrupo de hospitales, en el año 2018.



INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

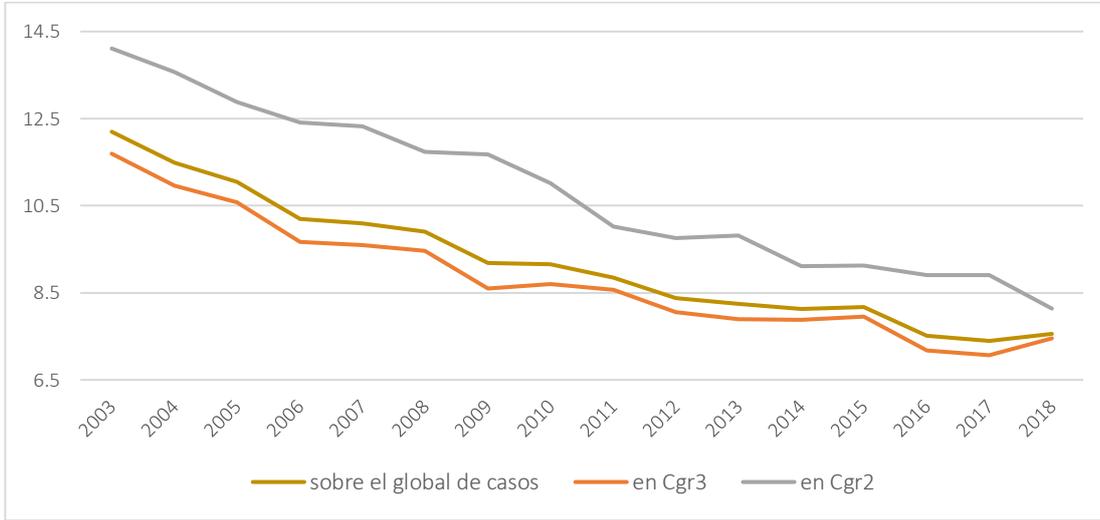
Indicador de diagnóstico cuyos hospitales analizados se han subclasificado en **dos** subgrupos según la complejidad que, de media, atienden: Cgr3 – hospitales que atienden alta complejidad y Cgr2 – hospitales que atienden media complejidad. Los hospitales que atienden un número de casos/año inferior a 30 quedan descartados del análisis (mirar apartado de metodología).

En el año 2018, 40.668 personas fueron ingresadas por infarto agudo de miocardio en 235 hospitales. De ellas, el 80,2% en hospitales de alta complejidad (n=89) y 18% en hospitales de complejidad media (n=71). La edad media de las personas atendidas fue de 68 años (con un diferencial de 8 años entre hombres, más jóvenes (65-68, según si el hospital es de alta complejidad o de media complejidad), respecto a las mujeres (73-77)).

La tasa de mortalidad intrahospitalaria se situó en el 7,5% en hospitales de alta complejidad frente al 8,1% de la de los hospitales de media complejidad.

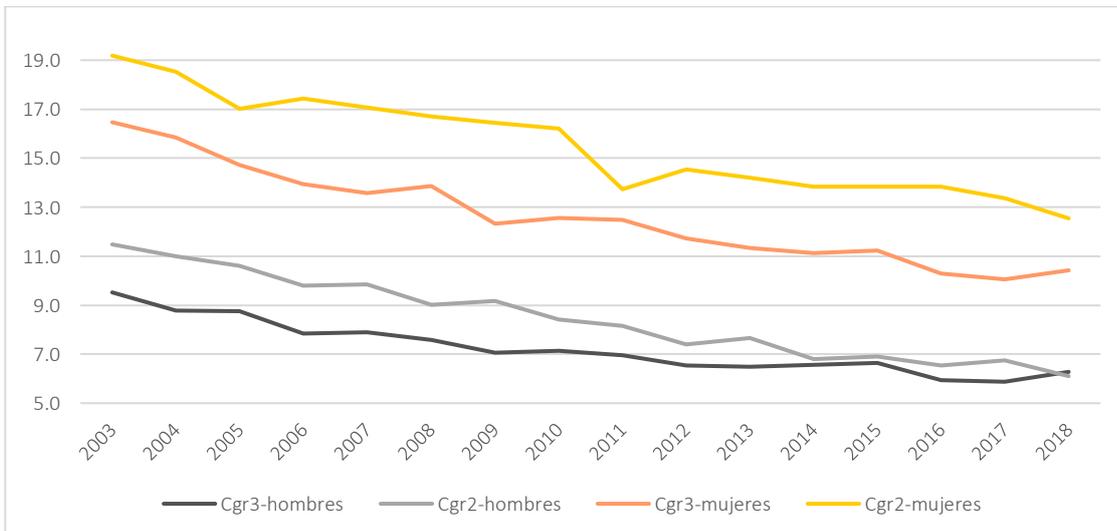
Entre los años 2003 y 2018, la mortalidad intrahospitalaria disminuyó claramente, convergiendo las tasas entre los hospitales de complejidad alta y media hasta alcanzar los 0,7 puntos porcentuales de diferencia en el 2018. Mientras que, en los hospitales de complejidad media, la mortalidad intrahospitalaria disminuyó 6 puntos porcentuales a lo largo del período, la mortalidad intrahospitalaria en los hospitales de alta complejidad disminuyó 4,2 puntos porcentuales (Figura 5).

Figura 5. Infarto agudo de miocardio: Mortalidad intrahospitalaria cruda (porcentaje)



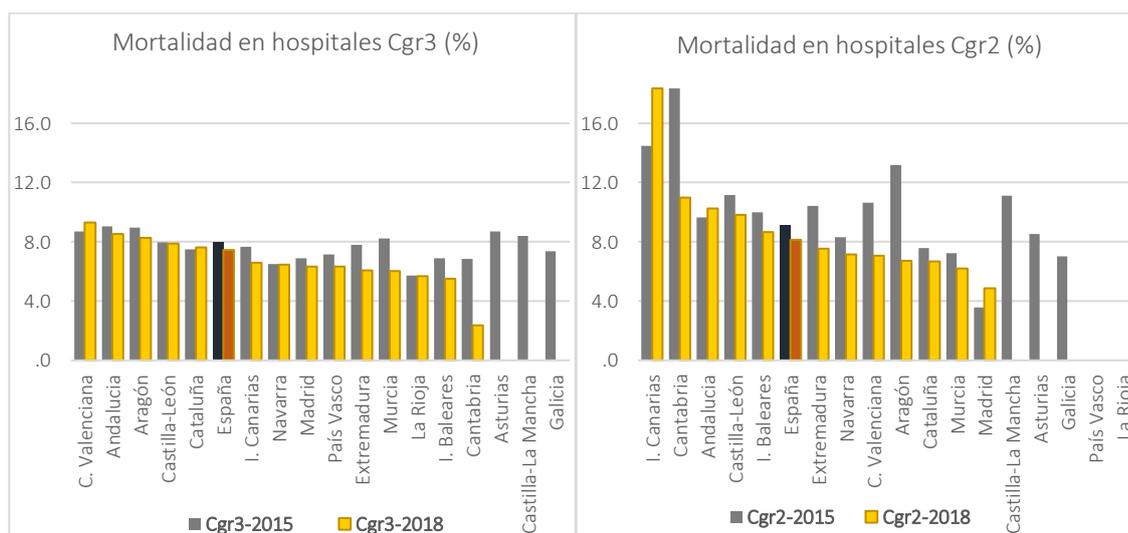
La mortalidad intrahospitalaria, desagregada según el sexo de las personas atendidas, muestra su mayor diferencial al observar la mortalidad intrahospitalaria en hombres, atendidos en hospitales del grupo de alta complejidad, en los que la mortalidad disminuyó a lo largo del período en 3,2 puntos porcentuales frente a la mortalidad intrahospitalaria en mujeres atendidas en hospitales de complejidad media, a pesar de su intenso descenso en 6,6 puntos porcentuales desde el inicio del período (Figura 6).

Figura 6. Infarto agudo de miocardio: Mortalidad intrahospitalaria cruda por sexo (porcentaje)



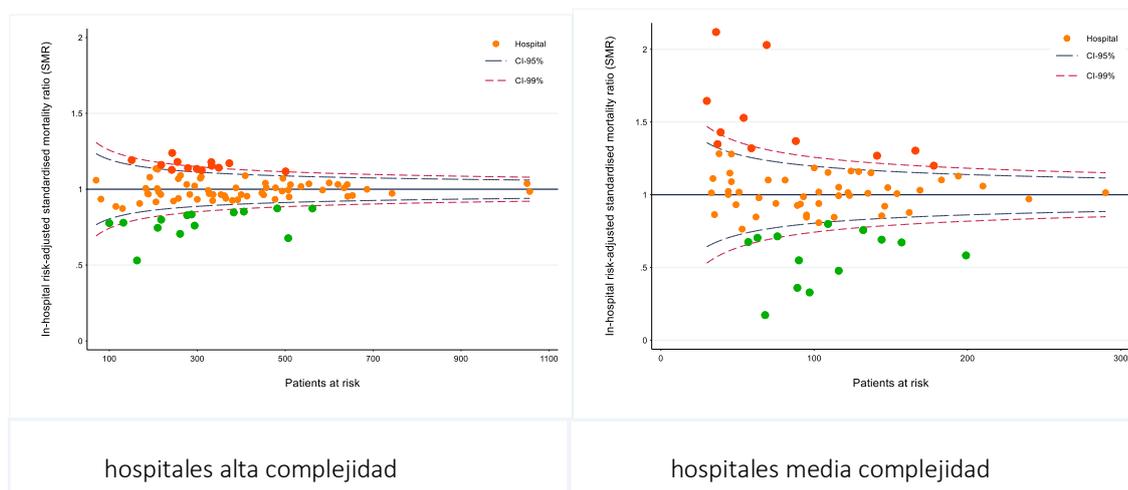
Por comunidad autónoma y tipo de hospital, la mortalidad intrahospitalaria mejora en 12 comunidades de las 15 analizadas en el año 2018 para los hospitales de alta complejidad (Figura 7). Si comparamos la comunidad autónoma de mayor tasa con la de inferior tasa, se observa una variación de 3,3 puntos porcentuales. Para este grupo de hospitales, 5 comunidades autónomas se sitúan por encima de la media nacional. Entre los hospitales que atienden media complejidad, la variación entre las comunidades con mayor y menor tasa alcanza los 13,5 puntos porcentuales, 10 comunidades autónomas mejoran sus resultados, aunque solo 6 se sitúan por encima de la media nacional.

Figura 7. Infarto agudo de miocardio: Mortalidad intrahospitalaria por comunidades autónomas, años 2015 y 2018 (porcentaje).



La variabilidad en las razones de mortalidad estandarizadas de los hospitales es mayor en el grupo que atienden media complejidad respecto a los que atienden alta complejidad (Figura 8). Sin embargo, la diferencia en el pronóstico de fallecimiento atribuida al hospital donde la persona es atendida es, en mediana, del 30% en el grupo de hospitales que atienden media complejidad frente al 50% en el grupo de hospitales que atienden alta complejidad. De los 159 hospitales, 24 (15%) se encuentran en la zona de desempeño significativamente peor del esperado frente a 27 hospitales (16%) que se encontrarían en la zona de desempeño significativamente mejor de lo esperado.

Figura 8. Infarto agudo de miocardio: Distribución de las SMR por volumen de casos atendidos, según subgrupo de hospitales, en el año 2018



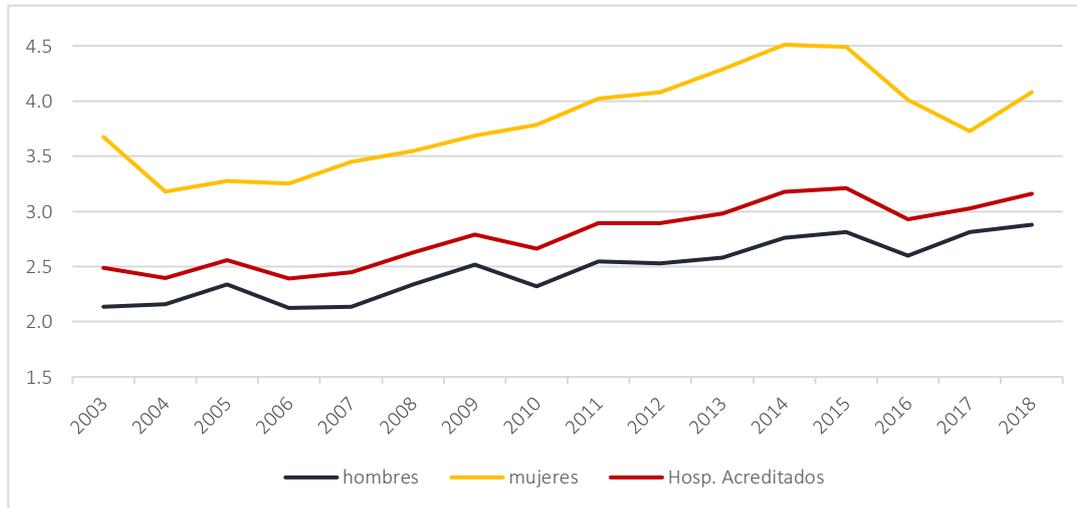
INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA (ICP)

Indicador de procedimiento cuyos hospitales analizados son aquellos acreditados para su realización y atienden un número de casos/año superior a 30 (mirar apartado de metodología).

En el año 2018, 38.685 personas fueron intervenidas de ICP en 84 hospitales. Tan solo 3 hospitales quedaron descartados del análisis por tratar a un número de personas inferior a 30 al año. La edad media de las personas atendidas creció de forma lenta, pero constante a lo largo del período, pasando de los 63 a los 65 en hombres y de los 69 a los 71 años en mujeres.

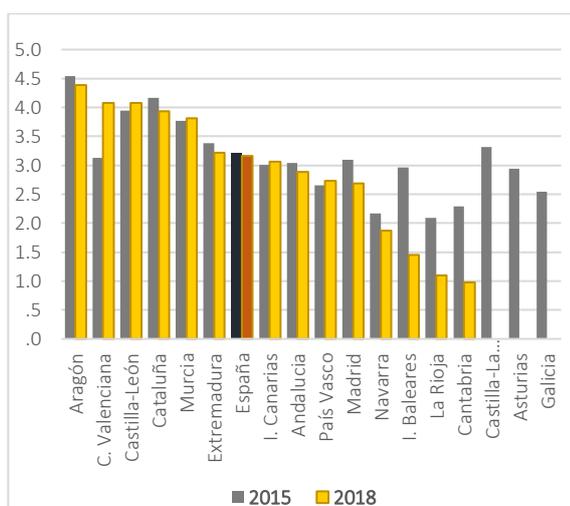
Entre los años 2003 y 2018, la mortalidad presenta un ligero pero constante crecimiento en los hombres, situándose en 2,5% en 2018, 0,7 puntos porcentuales mayor que en el comienzo del período (Figura 9). La mortalidad en mujeres, siempre superior a la de los hombres, se situó en 2018 en 4,1%.

Figura 9. ICP: Mortalidad intrahospitalaria cruda, global y por sexo (porcentaje)



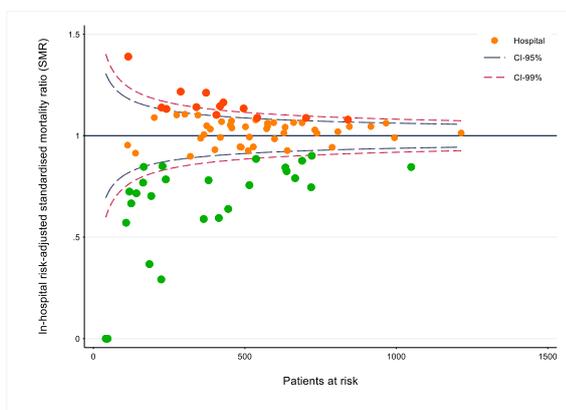
Por comunidad autónoma, la mortalidad intrahospitalaria mejora en 8 de las 15 analizadas en 2018. Si comparamos la comunidad autónoma de mayor con la de inferior tasa, se observa una variación de 3,4 puntos porcentuales. De las 13 comunidades autónomas analizadas en 2018, 5 se sitúan por encima de la media nacional (Figura 10).

Figura 10. ICP: Mortalidad intrahospitalaria por comunidades autónomas, años 2015 y 2018 (porcentaje).



La diferencia en el pronóstico de fallecimiento atribuida al hospital donde la persona es atendida es, en el año 2018, en mediana, del 77%. Las razones de mortalidad estandarizadas (SMR) tras la intervención por IPC de los hospitales en el percentil 95 de la distribución son 1,9 veces los resultados obtenidos por los hospitales situados en el percentil 5 de la distribución (Figura 11). De los 81 hospitales analizados, 13 (16%) se encuentran en la zona de desempeño significativamente peor del esperado frente a 25 hospitales (30,9%) que se encontrarían en la zona de desempeño significativamente mejor de lo esperado.

Figura 11. ICP: Distribución de las SMR por volumen de casos atendidos en el año 2018



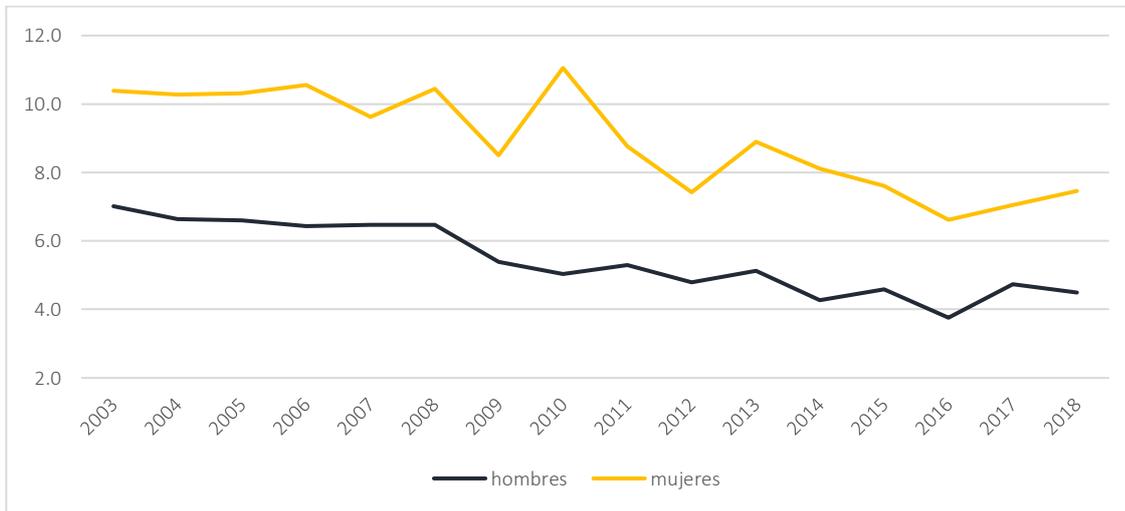
INJERTO DE DERIVACIÓN DE ARTERIA CORONARIA (BY-PASS) - CABG

Indicador de procedimiento cuyos hospitales analizados son aquellos acreditados para su realización y atienden un número de casos/año superior a 30 (mirar apartado de metodología).

En el año 2018, 5.450 personas fueron intervenidas de Bypass coronario en 45 hospitales. Tres hospitales quedaron descartados del análisis por realizar menos de 30 intervenciones/año. La edad media de las personas atendidas se situó en los 67 años en hombres y en 70 años en mujeres.

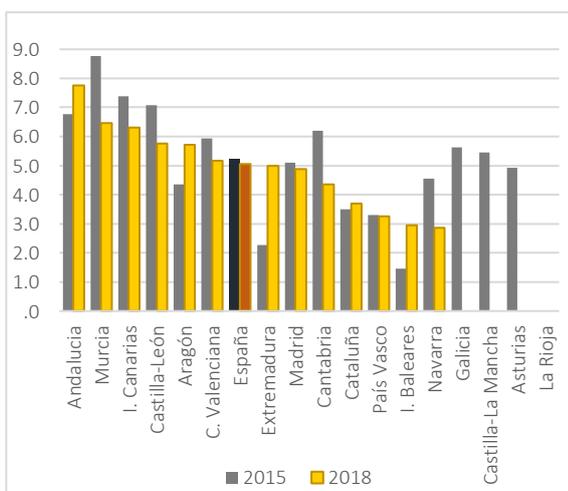
Entre los años 2003 y 2018, la mortalidad presenta un ligero pero constante descenso, situándose la tasa de incidencia en hombres en 4,5% en 2018, 2,5 puntos porcentuales inferior que en el comienzo del período (Figura 12). La mortalidad en mujeres, siempre superior a la de los hombres, se situó en 2018 en 7,5%, 2,9 puntos porcentuales menos que en el año 2003.

Figura 12. CABG: Mortalidad intrahospitalaria cruda según sexo (porcentaje)



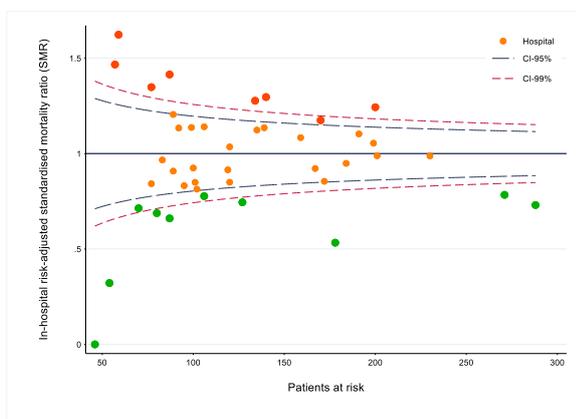
Por comunidad autónoma, la mortalidad intrahospitalaria mejora en 8 de las 15 analizadas (Figura 13). Si comparamos la comunidad autónoma de mayor tasa con la de inferior tasa, se observa una variación de 4,9 puntos porcentuales. De las 13 comunidades autónomas analizadas en 2018, 6 se sitúan por encima de la media nacional.

Figura 13. CABG: Mortalidad intrahospitalaria por comunidades autónomas, años 2015 y 2018 (porcentaje).



La diferencia en el pronóstico de fallecimiento atribuida al hospital donde la persona es atendida es, en el año 2018, en mediana, del 62%. Las razones de mortalidad estandarizadas (SMR) tras la intervención por IPC de los hospitales en el percentil 95 de la distribución son 2,7 veces los resultados obtenidos por los hospitales situados en el percentil 5 de la distribución (Figura 14). De los 42 hospitales analizados, 8 (19%) se encuentran en la zona de desempeño significativamente peor del esperado frente a 10 hospitales (23,8%) que se encontrarían en la zona de desempeño significativamente mejor de lo esperado.

Figura 14. CABG: Distribución de las SMR por volumen de casos atendidos en el año 2018



ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO

Indicador de diagnóstico cuyos hospitales analizados se han subclasificado en **tres** grupos según el servicio médico-quirúrgico del que disponen para su atención. Un primer grupo (gr.1) estarían los hospitales que pueden practicar trombectomías mecánicas. En el segundo grupo (gr.2) estarían los hospitales que, sin practicar trombectomías, disponen de servicio de neurocirugía. El tercer grupo (gr.3) lo componen hospitales que no disponen de servicio de neurocirugía. Se descartan del análisis los hospitales que atienden un número de casos/año inferior a 30 (mirar apartado de metodología).

En el año 2018, 42.463 personas fueron atendidas por accidente cerebrovascular isquémico en 185 hospitales. De estas, el 34,8% fueron atendidas en hospitales donde se pueden practicar trombectomías mecánicas (hospitales gr.1, n=35); 22% en hospitales en los que, sin poder practicarse trombectomías, disponen de servicio de neurocirugía (hospitales gr.2, n=32) y el 39,2% en hospitales que no disponen de servicio de neurocirugía (hospitales gr.3, n=99). La edad

media de las personas atendidas fue de 75 años (con un diferencial de 6 años entre hombres, más jóvenes (71-73, según el grupo de hospitales), respecto a las mujeres (77-79).

En términos globales, entre los años 2003 y 2018, la mortalidad intrahospitalaria ha ido disminuyendo de manera constante. La tasa de mortalidad intrahospitalaria cruda se situó en 2018, 2,2 puntos porcentuales por debajo de la correspondiente del 2003. Los subgrupos de hospitales en los que disminuye de manera más pronunciada son los grupos 1 y 3, situándose en el 11,5 y el 12% respectivamente. En los hospitales del gr.2 la tasa de incidencia cruda fue del 12,9%, 1,3 puntos porcentuales por debajo de la tasa del inicio del período (Figuras 15 y 16).

Figura 15. Ictus isquémico: Mortalidad intrahospitalaria cruda según subgrupo de hospital (porcentaje)

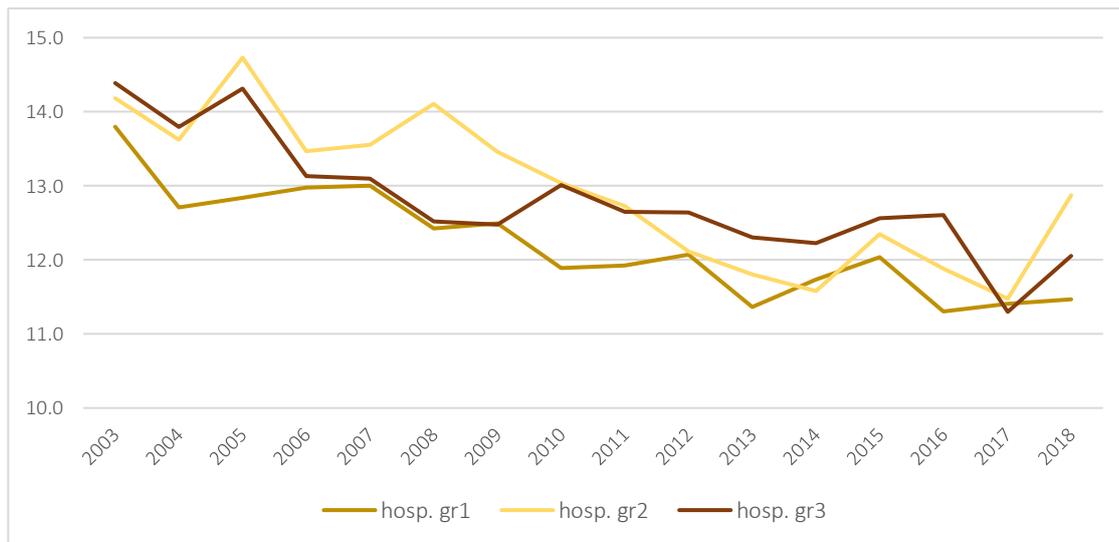
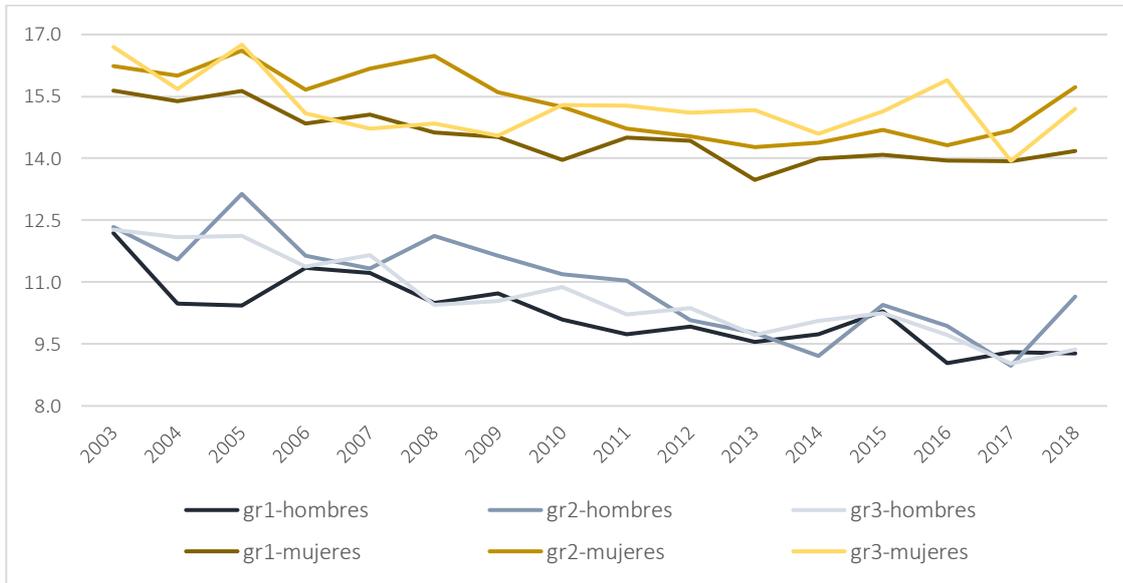
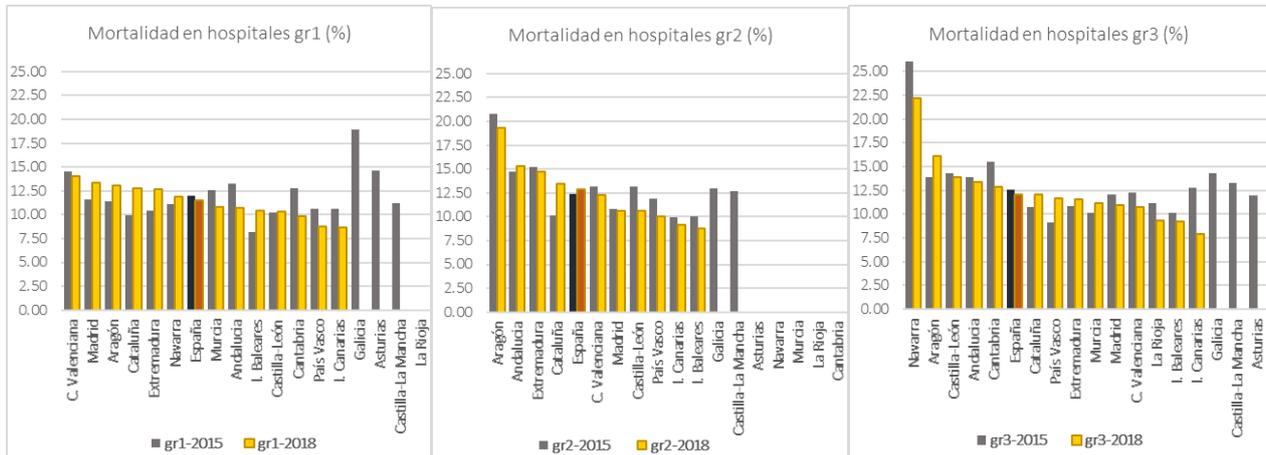


Figura 16. Ictus isquémico: Mortalidad intrahospitalaria cruda según sexo y subgrupo de hospital (porcentaje)



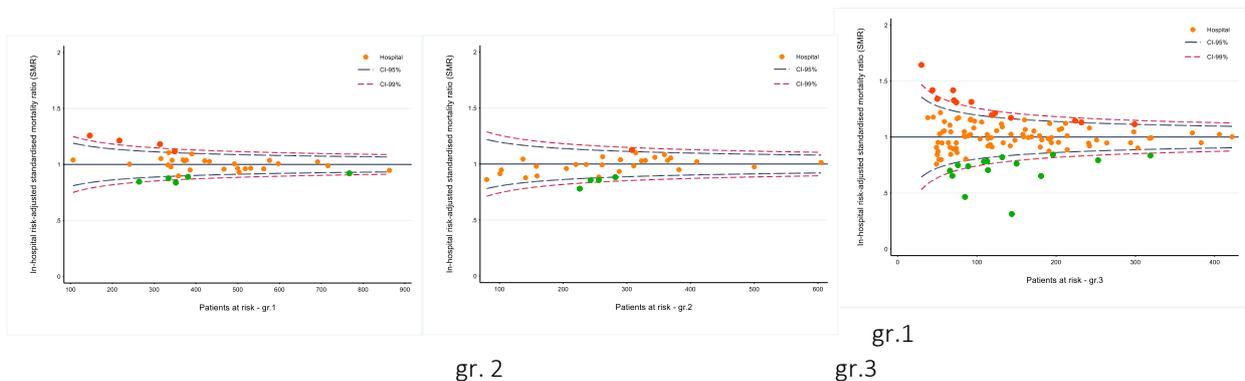
Por comunidad autónoma y tipo de hospital, la mortalidad intrahospitalaria mejora en 6 de las 15 comunidades analizadas en el año 2018 para los hospitales del gr.1; en 7 para los hospitales del gr.2 y en 9 para los hospitales del gr.3 (Figura 17). Si comparamos las comunidades autónomas de mayor e inferior tasa, se observa una variación de 5,3, 19,3 y 13 puntos porcentuales según si analizamos los hospitales del gr.1, gr.2 o gr.3 respectivamente. En el primer grupo de hospitales, 6 comunidades autónomas se sitúan por encima de la tasa media nacional. En el grupo 2 tan solo 4 comunidades autónomas se sitúan por encima de la tasa nacional y 5 en el caso del grupo de hospitales sin servicio de neurocirugía.

Figura 17. Ictus isquémico: Mortalidad intrahospitalaria por comunidades autónomas, años 2015 y 2018 (porcentaje).



La variabilidad en las razones de mortalidad estandarizadas de los hospitales es mayor en el grupo de hospitales que no dispone de servicio de neurocirugía. Las diferencias en el pronóstico de fallecimiento atribuidas al hospital donde la persona es atendida son en mediana del 28% en el gr.1 de hospitales, del 35% en el gr.2 y del 38% en el gr.3. Las razones de mortalidad estandarizadas (SMR) de los hospitales en el percentil 95 de la distribución son 1,4, 1,2, y 1,7 veces los resultados obtenidos por los hospitales situados en el percentil 5 de la distribución, según pertenezcan éstos al gr.1, gr.2 o gr.3 respectivamente. De los 185 hospitales, 14 (7,6%) se encuentran en la zona de desempeño significativamente peor del esperado frente a 22 hospitales (11,9%) que se encontrarían en la zona de desempeño significativamente mejor de lo esperado (Figura 18).

Figura 18. Ictus isquémico: Distribución de las SMR por volumen de casos atendidos en el año 2018



ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO INTRACEREBRAL

Indicador de diagnóstico cuyos hospitales analizados se han subclasificado en dos grupos según si disponen de servicio de neurocirugía (gr.1) o no (gr.2). Se descartan del análisis los hospitales que atienden un número de casos/año inferior a 30 (mirar apartado de metodología).

En el año 2018, 10.997 personas fueron atendidas por accidente cerebrovascular hemorrágico intracerebral en los 104 hospitales analizados. De éstas, el 66,8% fueron atendidas en hospitales que disponen de servicio de neurocirugía (hospitales gr.1, n=62) y el 17,9% en hospitales que no disponen de servicio de neurocirugía (hospitales gr.2, n=42). La edad media de las personas atendidas fue de 74 años (con un diferencial de 5 años entre hombres, más jóvenes (70-74, según el grupo de hospital), respecto a las mujeres (75-79)).

En términos globales, entre los años 2003 y 2018, la mortalidad intrahospitalaria ha ido creciendo ligera, pero de manera constante, especialmente en el grupo de hospitales que no disponen de servicio de neurocirugía en los que la tasa de mortalidad intrahospitalaria cruda media se situó en 2018, en el 39%, 11,8 puntos porcentuales por encima de la correspondiente al 2003 (Figuras 19 y 20). En los hospitales que disponen de servicio de neurocirugía (gr.1) la tasa de incidencia cruda fue del 30,2%, 2,6 puntos porcentuales por encima de la tasa del inicio del período.

Figura 19. Ictus hemorrágico intracerebral: Mortalidad intrahospitalaria cruda según subgrupo de hospital (porcentaje)

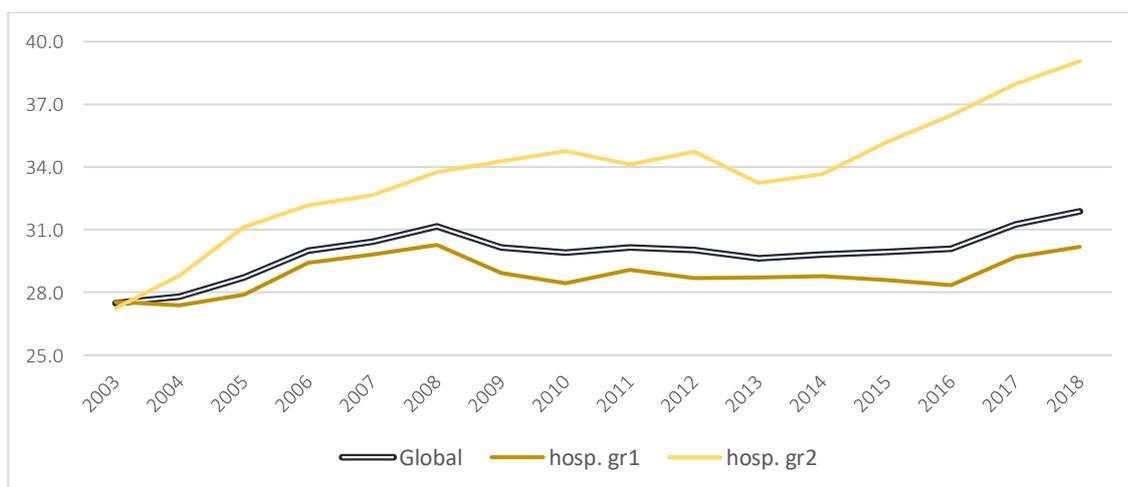
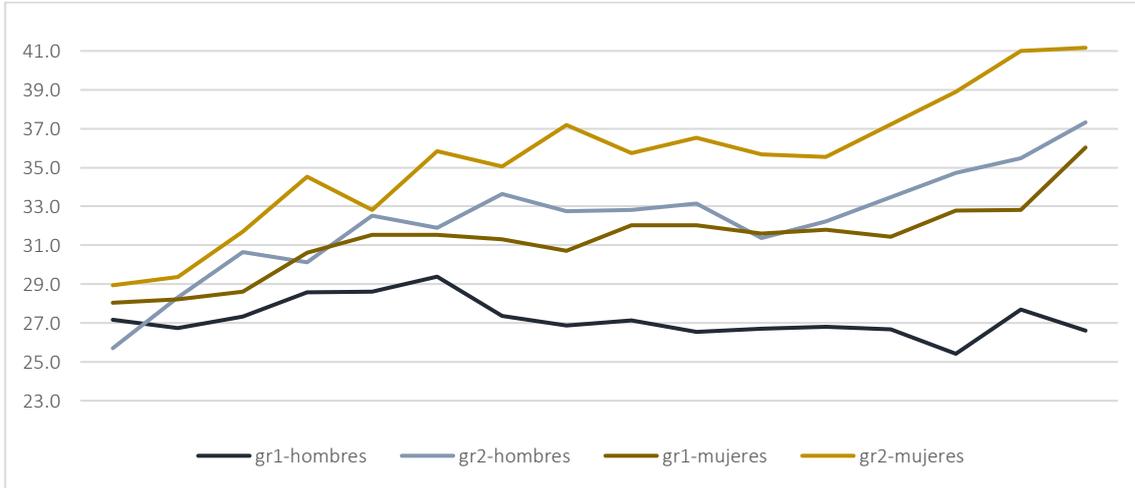
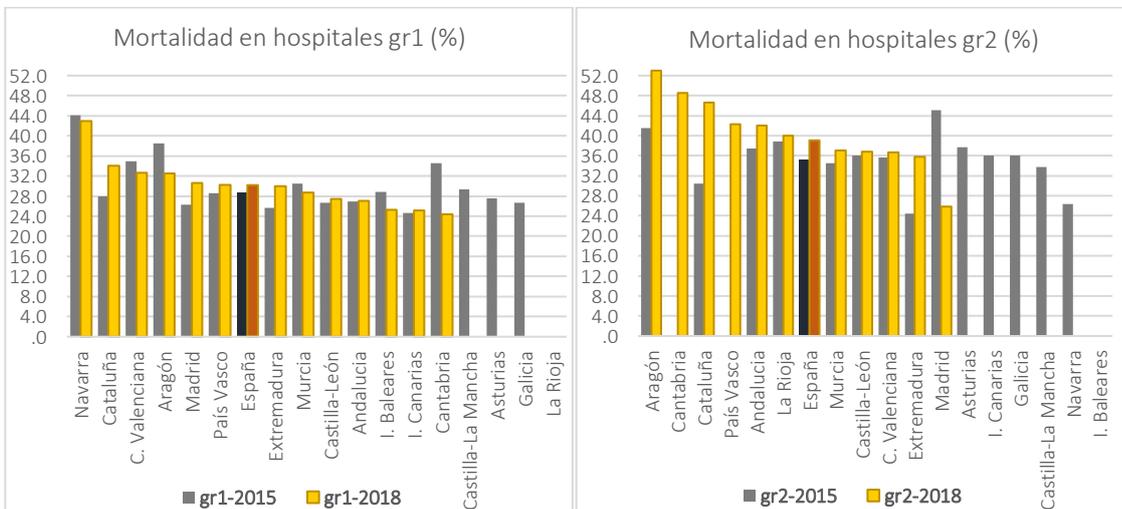


Figura 20. Ictus hemorrágico intracerebral: Mortalidad intrahospitalaria cruda según sexo y subgrupo de hospital (porcentaje)



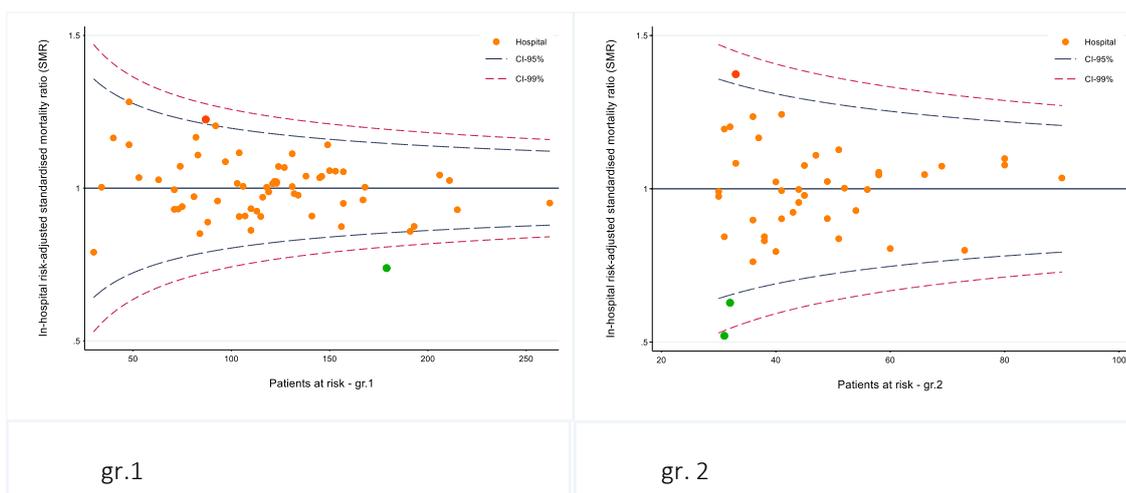
Por comunidad autónoma y tipo de hospital, la mortalidad intrahospitalaria mejora en 6 de las 15 comunidades analizadas en el año 2018 para los hospitales del gr.1 y tan solo en 1 para los hospitales del gr.2 (Figura 21). Si comparamos las comunidades autónomas de mayor e inferior tasa, se observa una variación de 18,6 y 27,1 puntos porcentuales según si analizamos los hospitales del gr.1 o gr.2 respectivamente. Tanto en el primer grupo de hospitales, como en el segundo, 6 comunidades autónomas se sitúan por encima de la tasa media nacional.

Figura 21. Ictus hemorrágico intracerebral: Mortalidad intrahospitalaria por comunidades autónomas, años 2015 y 2018 (porcentaje).



La variabilidad en las razones de mortalidad estandarizadas de los hospitales es mayor en el grupo de hospitales que no dispone de servicio de neurocirugía. Las diferencias en el pronóstico de fallecimiento atribuidas al hospital donde la persona es atendida son en mediana del 26% en el gr.1 de hospitales frente al 35% en los hospitales del gr.2. Las razones de mortalidad estandarizadas (SMR) de los hospitales en el percentil 95 de la distribución son 1,4, y 1,6 veces los resultados obtenidos por los hospitales situados en el percentil 5 de la distribución, según pertenezcan éstos al gr.1 o gr.2 respectivamente (Figura 22). De los 103 hospitales, 2 (1,9%) se encuentran en la zona de desempeño significativamente peor del esperado frente a 3 hospitales (2,9%) que se encontrarían en la zona de desempeño significativamente mejor de lo esperado.

Figura 22. Ictus hemorrágico intracerebral: Distribución de las SMR por volumen de casos atendidos en el año 2018.



ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO SUBARACNOIDEO

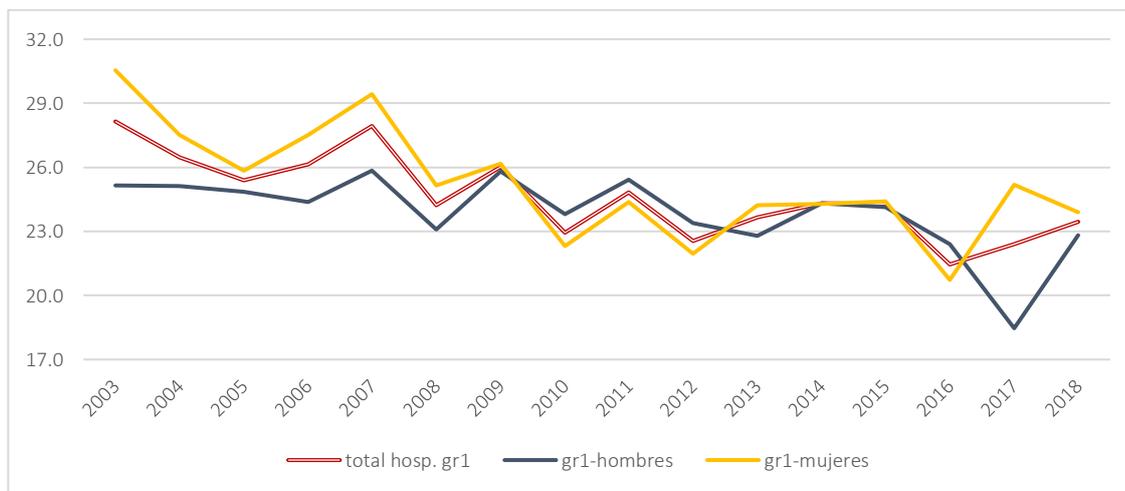
Indicador de diagnóstico cuyos hospitales analizados son aquellos que disponen de servicio de neurocirugía.

En el año 2018, 2.663 personas fueron atendidas por accidente cerebrovascular hemorrágico subaracnoideo, de las cuales 1.741 (65,4%) fueron atendidas en los 34 hospitales analizados. La edad media de las personas atendidas fue de 58 años (con un diferencial de 3 años entre hombres (56), más jóvenes, respecto a las mujeres (59)).

Entre los años 2003 y 2018, la mortalidad presenta un oscilante descenso, situándose la tasa de incidencia en hombres en 22,8% en 2018, 2,3 puntos porcentuales inferior que en el comienzo

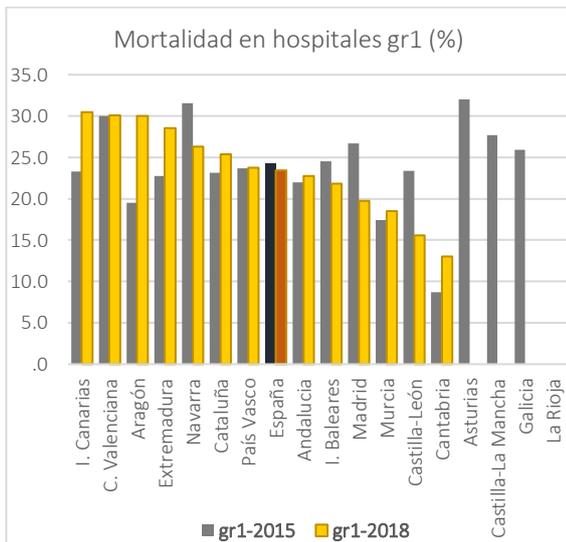
del período (Figuras 23). La mortalidad en mujeres, que desciende de manera más intensa, se situó en 2018 en 23,9%, 6,7 puntos porcentuales menos que en el año 2003.

Figura 23. Ictus hemorrágico subaracnoideo: Mortalidad intrahospitalaria cruda según sexo (porcentaje)



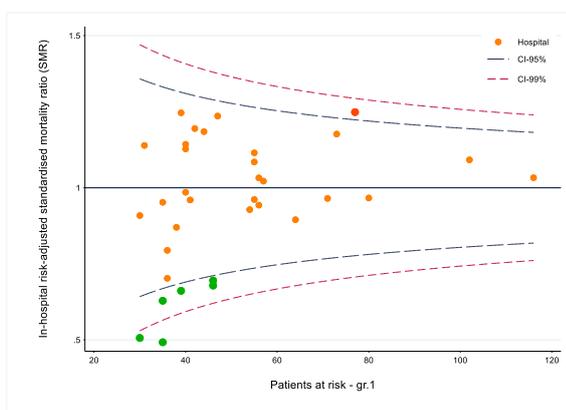
Por comunidad autónoma, la mortalidad intrahospitalaria mejora en 4 de las 15 comunidades analizadas (Figura 4). Si comparamos la comunidad autónoma de mayor tasa con la de inferior tasa, se observa una variación de 17,5 puntos porcentuales. De las 13 comunidades autónomas analizadas en 2018, 7 se situaron por encima de la tasa media nacional.

Figura 24. Ictus hemorrágico subaracnoideo: Mortalidad intrahospitalaria por comunidades autónomas, años 2015 y 2018 (porcentaje).



La diferencia en el pronóstico de fallecimiento atribuida al hospital donde la persona es atendida es, en 2018, en mediana, del 22%. Las razones de mortalidad estandarizadas (SMR) de los hospitales en el percentil 95 de la distribución son 2,5 veces los resultados obtenidos por los hospitales situados en el percentil 5 de la distribución. De los 34 hospitales analizados, tan solo uno (2,9%) se encuentra en la zona de desempeño significativamente peor del esperado frente a 6 hospitales (17,7%) que se encontrarían en la zona de desempeño significativamente mejor de lo esperado (Figura 25).

Figura 25. Ictus hemorrágico subaracnoideo: Distribución de las SMR por volumen de casos atendidos en el año 2018.



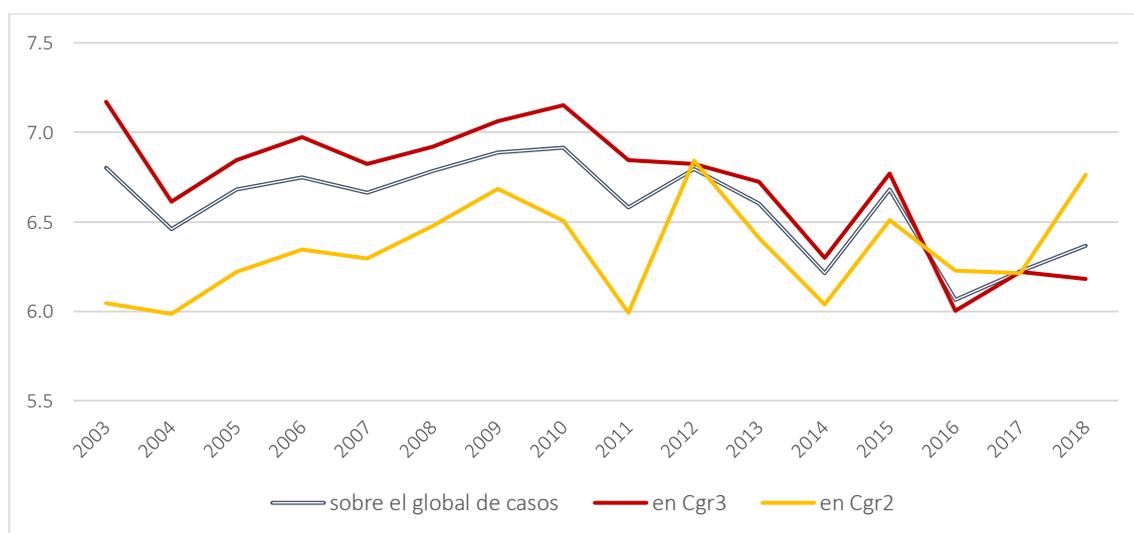
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL

Indicador de diagnóstico cuyos hospitales analizados se han subclasificado según la complejidad media que atienden en dos grupos: Cgr3 – hospitales que atienden alta complejidad y Cgr2 – hospitales que atienden media complejidad. Los hospitales que atienden un número de casos/año inferior a 30 quedan descartados del análisis (mirar apartado de metodología).

En el año 2018, 32.867 personas fueron atendidas por hemorragia gastrointestinal en 248 hospitales. De ellas, el 69,3% (22.771 personas) en hospitales de alta complejidad (n=87) y 26,2% (8.608 personas) en hospitales de complejidad media (n=83). La edad media de las personas atendidas creció lenta, pero de forma constante, a lo largo del período, pasando de los 68 a los 72 años (con un diferencial de 8 años entre hombres, más jóvenes (69-76, según si el hospital es de alta complejidad o de media complejidad), respecto a las mujeres (70-77).

Entre los años 2003 y 2018, la mortalidad intrahospitalaria se mantuvo, con ligeras oscilaciones, en valores similares (Figura 26). La tasa cruda observada en el último año se situó en 6,2% en hospitales de alta complejidad y en 6,8% en los hospitales de media complejidad.

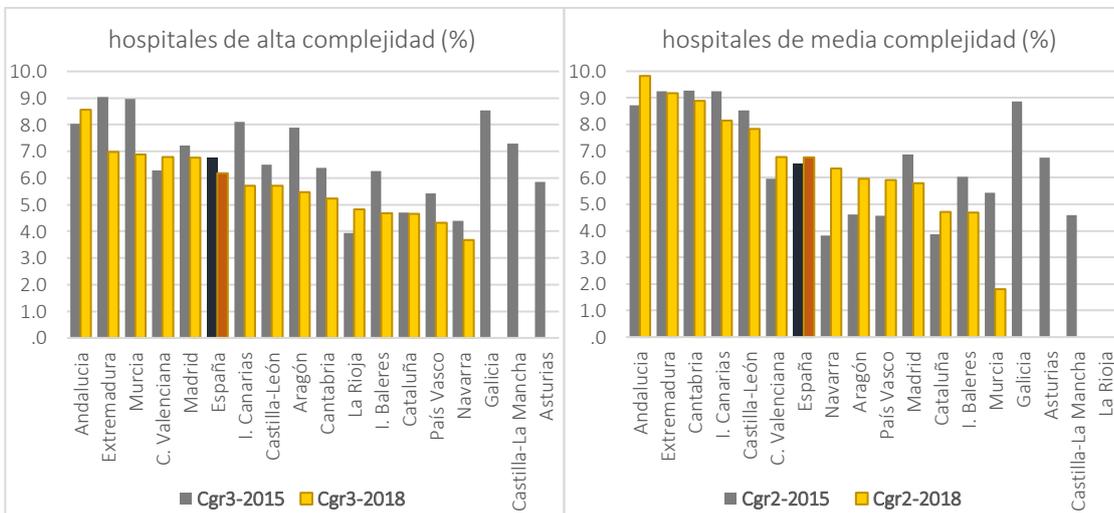
Figura 26. Hemorragia gastrointestinal: Mortalidad intrahospitalaria cruda según subgrupo de hospitales (porcentaje)



Por comunidad autónoma y tipo de hospital, la mortalidad intrahospitalaria mejora en 11 de las 15 comunidades analizadas en el año 2018 para los hospitales de alta complejidad. Si comparamos la comunidad autónoma de mayor tasa con la de inferior tasa, se observa una

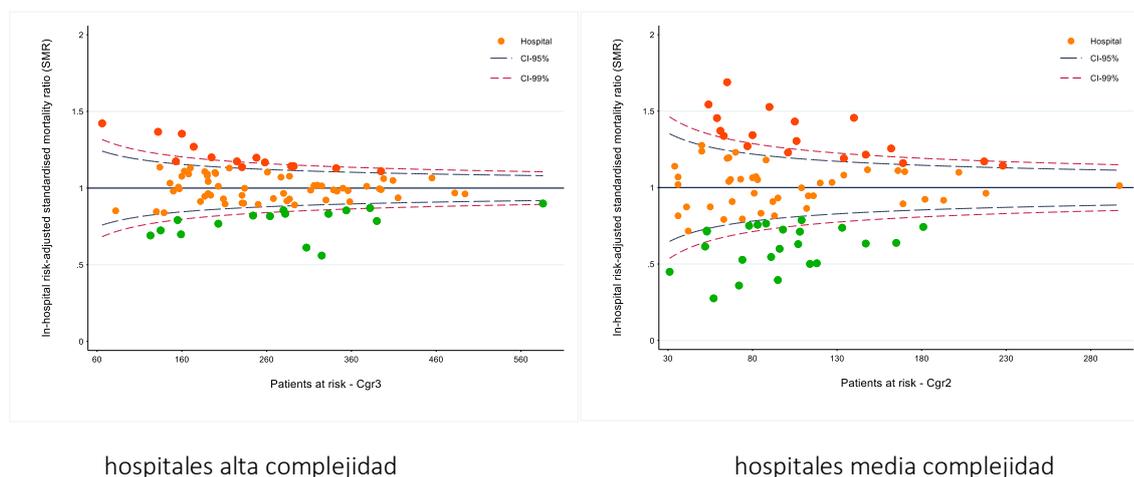
variación de 4,9 puntos porcentuales (Figura 27). Para este grupo de hospitales, 5 comunidades autónomas se sitúan por encima de la media nacional. Entre los hospitales que atienden media complejidad, la variación entre las comunidades con mayor y menor tasa alcanza los 8 puntos porcentuales, 8 comunidades autónomas mejoran sus resultados, aunque solo 6 se sitúan por encima de la media nacional.

Figura 27. Hemorragia gastrointestinal: Mortalidad intrahospitalaria por comunidades autónomas, años 2015 y 2018 (porcentaje).



La variabilidad en las razones de mortalidad estandarizadas es mayor en el grupo de hospitales que atienden media complejidad respecto a los que atienden alta complejidad. Sin embargo, la diferencia en el pronóstico de fallecimiento atribuida al hospital donde la persona es atendida es, en mediana, del 40% en el grupo de hospitales que atienden media complejidad frente al 45% en el grupo de hospitales que atienden alta complejidad. De los 170 hospitales, 32 (18,8%) se encuentran en la zona de desempeño significativamente peor del esperado frente a 39 hospitales (22,9%) que se encontrarían en la zona de desempeño significativamente mejor de lo esperado (Figura 28).

Figura 28. Hemorragia gastrointestinal: Distribución de las SMR por volumen de casos atendidos en el año 2018.



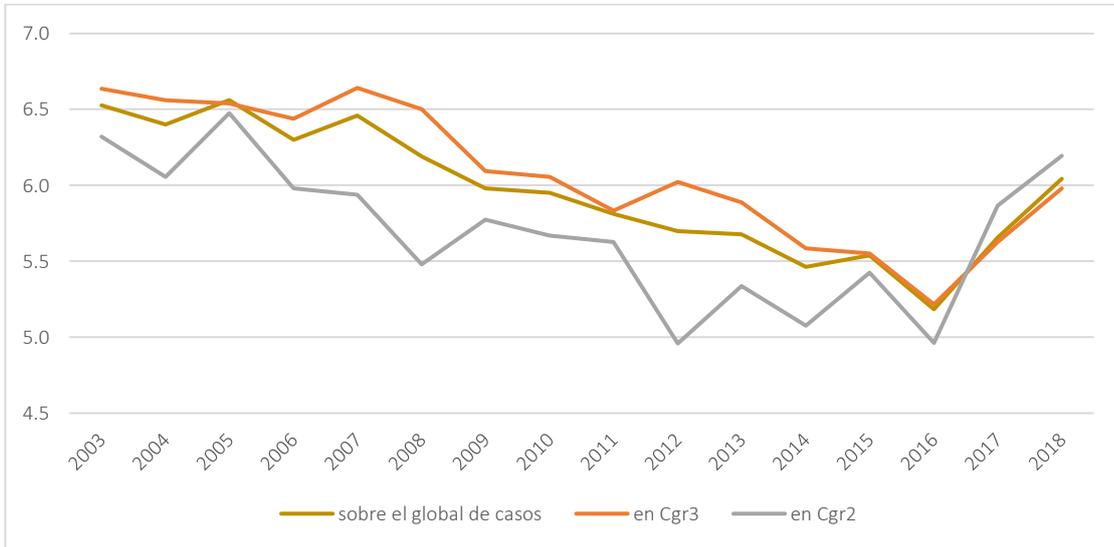
FRACTURA DE CADERA

Indicador de diagnóstico cuyos hospitales analizados se han subclasificado según la complejidad media que atienden en **dos** grupos: Cgr3 – hospitales que atienden alta complejidad y Cgr2 – hospitales que atienden media complejidad. Los hospitales que atienden un número de casos/año inferior a 30 quedan descartados del análisis (mirar apartado de metodología).

En el año 2018, 38.668 personas fueron ingresadas a causa de una fractura de cadera en 238 hospitales de 15 comunidades autónomas analizadas. De estas personas, el 65,9% fueron tratadas en hospitales de alta complejidad (n=87) y 28,6% en hospitales de complejidad media (n=84). La edad media de las personas atendidas fue de 83 años sin diferencias significativas entre hombres y mujeres o entre los dos subgrupos de hospitales.

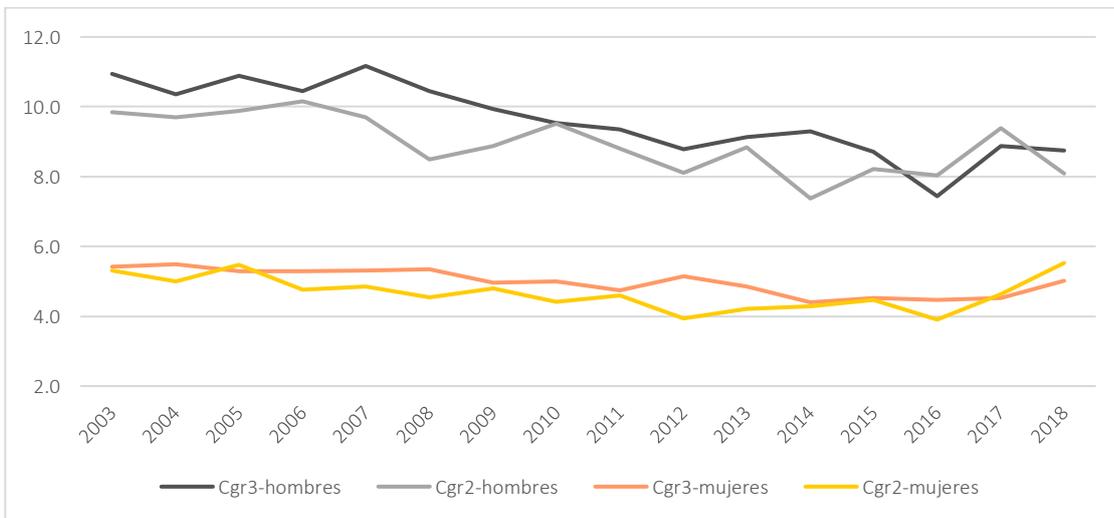
La tasa de mortalidad intrahospitalaria se situó en el 7,5% en hospitales de alta complejidad frente al 8,1% de la de los hospitales de media complejidad (Figura 29). Entre los años 2003 y 2018, la mortalidad intrahospitalaria presenta, para ambos grupos de hospitales y en cifras cercanas, una tendencia decreciente hasta el 2016, disminuyendo sus tasas en 1,4 puntos porcentuales. Sin embargo, a partir del 2016 las tasas vuelven a crecer, alcanzando en 2018 las cifras de 6% en hospitales de complejidad alta y 6,2% en hospitales de complejidad media.

Figura 29. Fractura de cadera: Mortalidad intrahospitalaria cruda (porcentaje)



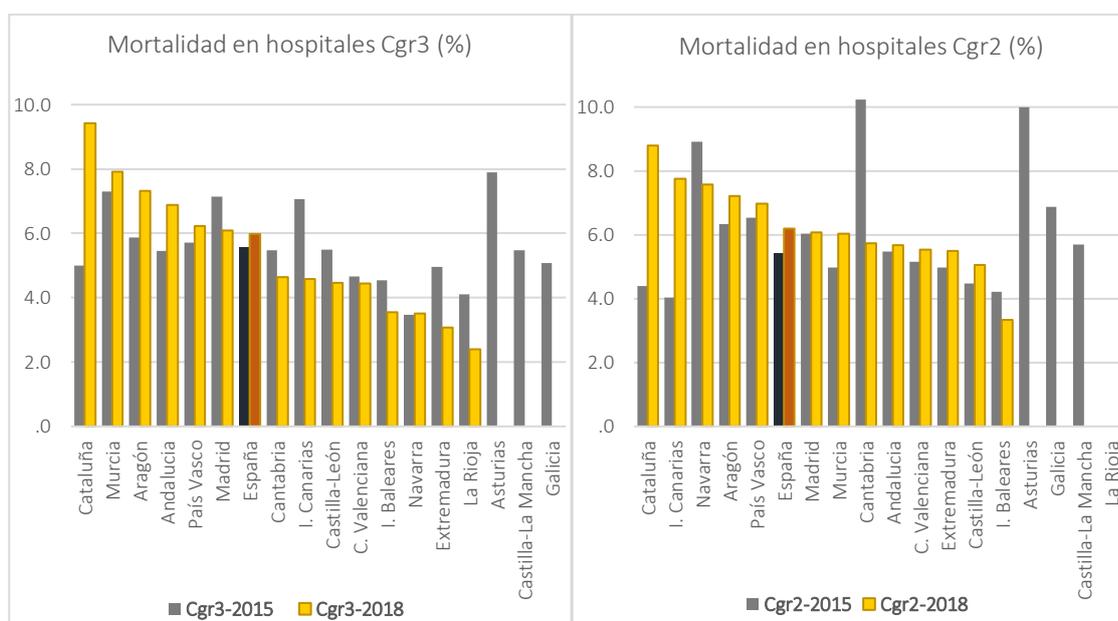
Por sexos, la mortalidad intrahospitalaria muestra su mayor diferencial entre los hombres, atendidos en hospitales del grupo de alta complejidad, en los que la tasa se situó en 2018 en 8,8% y las mujeres atendidas en hospitales de complejidad media cuya tasa para el mismo año se situó en 5,5% (Figura 30).

Figura 30. Fractura de cadera: Mortalidad intrahospitalaria cruda según sexo y subgrupo de hospital (porcentaje)



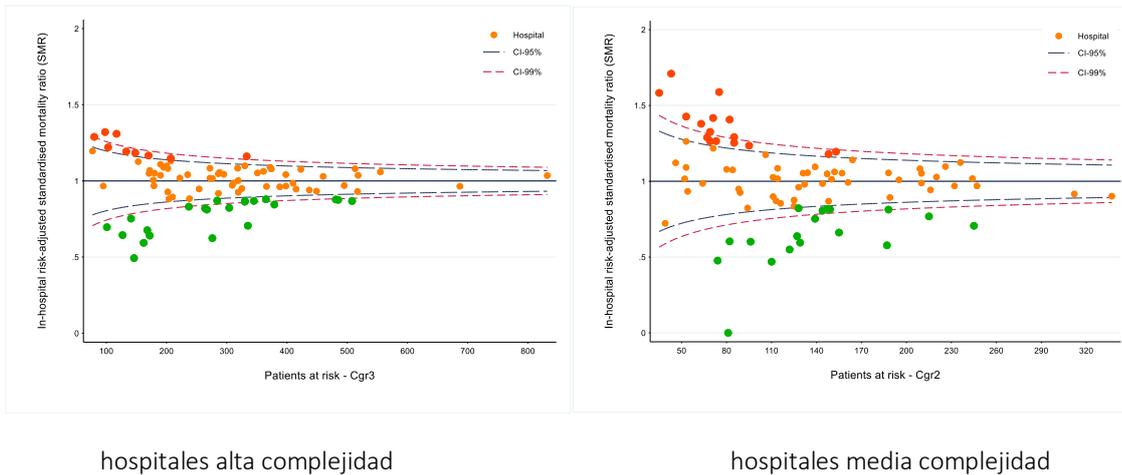
Por comunidad autónoma y tipo de hospital, la mortalidad intrahospitalaria mejora en 8 de las 15 analizadas en 2018 para los hospitales de alta complejidad (Figura 31). En este mismo grupo, 6 comunidades autónomas se sitúan por encima de la media nacional y si comparamos la comunidad autónoma de mayor tasa con la de inferior tasa, se observa una variación de 7 puntos porcentuales. En el grupo de hospitales que atienden media complejidad, 6 comunidades autónomas mejoran sus tasas, situándose 5 por encima de la media nacional y con un diferencial de 8,8 puntos porcentuales entre las comunidades con mayor y menor tasa.

Figura 31. Fractura de cadera: Mortalidad intrahospitalaria por comunidades autónomas, años 2015 y 2018 (porcentaje).



La variabilidad en las razones de mortalidad estandarizadas de los hospitales es mayor en el grupo que atienden media complejidad respecto a los que atienden alta complejidad (Figura 32). La diferencia en el pronóstico de fallecimiento atribuida al hospital donde la persona es atendida es, en mediana, del 55% en el grupo de hospitales que atienden media complejidad frente al 50% en el grupo de hospitales que atienden alta complejidad. De los 171 hospitales analizados, 25 (14,6%) se encuentran en la zona de desempeño significativamente peor del esperado, frente a 40 hospitales (23,4%) que se encontrarían en la zona de desempeño significativamente mejor de lo esperado.

Figura 32. Fractura de cadera: Distribución de las SMR por volumen de casos atendidos en el año 2018.



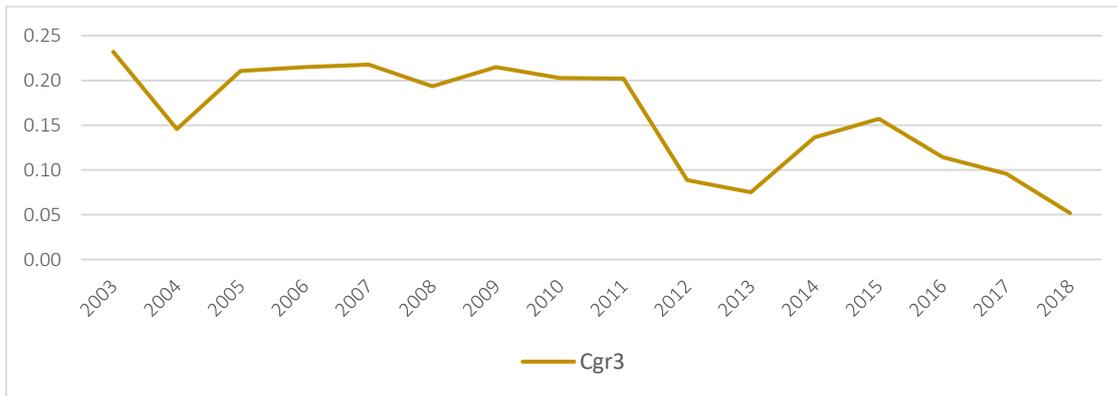
REEMPLAZO DE CADERA

Indicador de procedimiento cuyos hospitales analizados son los que atienden alta complejidad y un volumen superior a los 30 casos/año.

En el año 2018, a 18.911 personas fueron intervenidas para el remplazo de la cadera en las 15 comunidades autónomas analizadas, de las cuales 11.587 (61,3%) fueron atendidas en los 85 hospitales de agudos que atienden alta complejidad analizados. El 54,8% fueron hombres. La edad media de las personas atendidas fue de 64 años entre los hombres y 69 años entre las mujeres.

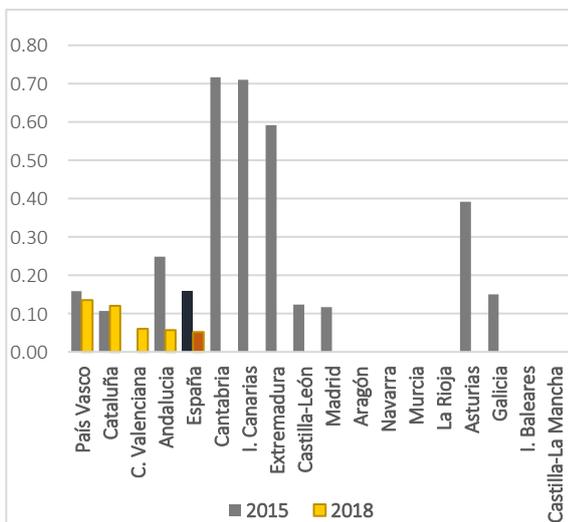
Entre los años 2003 y 2018, aunque la mortalidad intrahospitalaria presenta valores bajos dado que se trata de eventos infrecuentes, se observa, con oscilaciones, una tendencia ligeramente decreciente, disminuyendo su tasa en 0,2 puntos porcentuales, pasando del 2,3% al 0,5% (Figura 33).

Figura 33. Reemplazo de cadera: Mortalidad intrahospitalaria cruda (porcentaje)



En el año 2018, por comunidad autónoma y subgrupo de hospital, la mortalidad intrahospitalaria mejora en 7 de las 13 analizadas cuyos hospitales de atención a complejidad alta trataron más de 30 casos, en 9 las tasas son nulas y 4 se sitúan por encima de la media nacional (Figura 34).

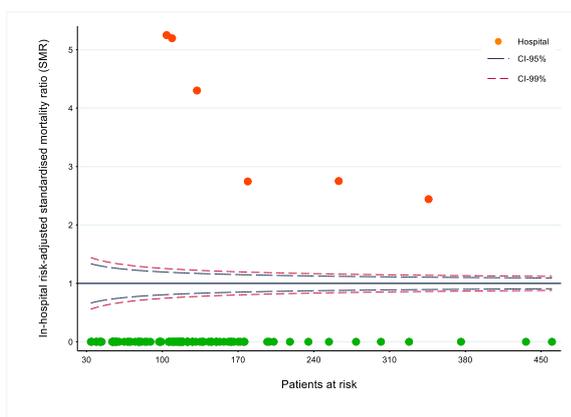
Figura 34. Reemplazo de cadera: Mortalidad intrahospitalaria por comunidades autónomas, años 2015 y 2018 (porcentaje).



La diferencia en el pronóstico de fallecimiento atribuida al hospital donde la persona es atendida es, en mediana, del 40% en el grupo de hospitales analizados en 2018. De estos 85 hospitales, 6 (7%) se encuentran en la zona de desempeño significativamente peor del esperado frente a 79

hospitales (93%) que se encontrarían en la zona de desempeño significativamente mejor de lo esperado (Figura 35).

Figura 35. Reemplazo de cadera: Distribución de las SMR por volumen de casos atendidos en el año 2018.



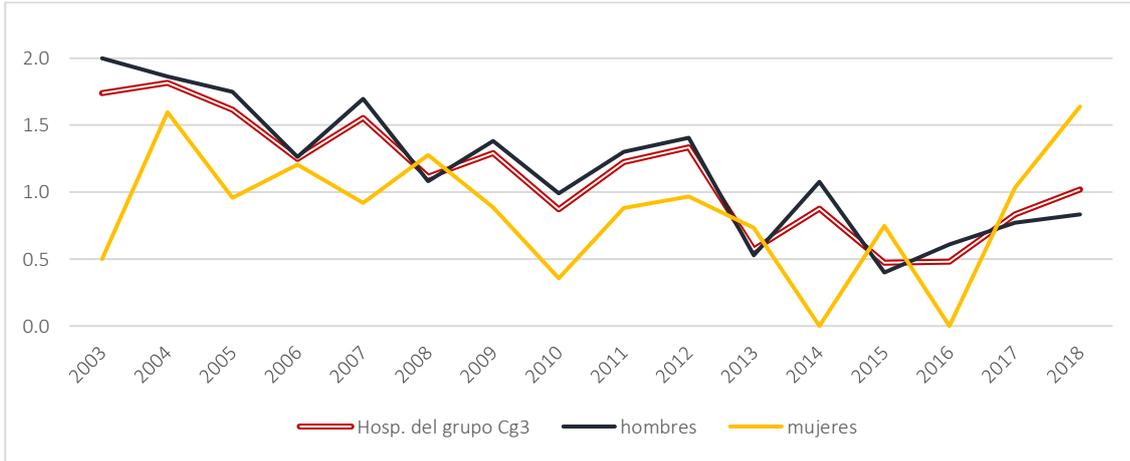
ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA

Indicador de procedimiento cuyos hospitales analizados son los que atienden alta complejidad y un volumen superior a los 30 casos/año.

En 2018, a 1.528 personas se les practicó una endarterectomía carotídea en las 13 comunidades autónomas analizadas, de las cuales 783 (51,2%) fueron atendidas en los 18 hospitales analizados. La edad media de las personas atendidas fue de 70 años, tanto en hombres como en mujeres.

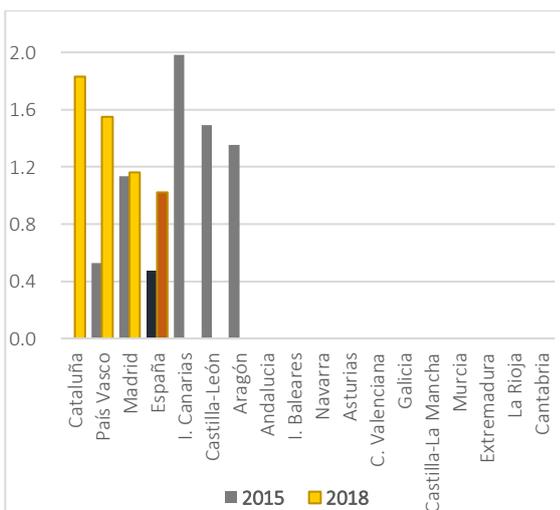
Entre los años 2003 y 2018, la mortalidad intrahospitalaria presenta, aunque con ligeras oscilaciones propias de valores tan bajos, una tendencia claramente decreciente hasta el 2016, disminuyendo su tasa del 1,7 al 0,5% (Figura 36). Sin embargo, a partir del 2016 la tasa vuelve a crecer alcanzando la cifra de 1,1% en 2018. Excepto para los dos últimos años del período analizado, la mortalidad intrahospitalaria en mujeres es ligeramente inferior a la de los hombres, situándose éstas en el año 2018 en el 1,6 y el 0,8% respectivamente.

Figura 36. Endarterectomía carotídea: Mortalidad intrahospitalaria cruda. Global y por sexos (porcentaje)



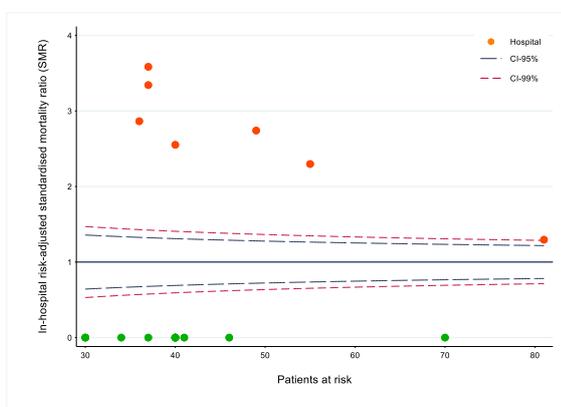
Por comunidad autónoma y tipo de hospital, la mortalidad intrahospitalaria mejora en 3 de las 13 comunidades analizadas en 2018 para los hospitales de alta complejidad y en 6 las tasas son nulas (Figura 37).

Figura 37. Endarterectomía carotídea: Mortalidad intrahospitalaria por comunidades autónomas, años 2015 y 2018 (porcentaje).



La diferencia en el pronóstico de fallecimiento atribuida al hospital donde la persona es atendida es, en mediana, del 53% en el grupo de hospitales analizados en 2018. De estos 18 hospitales, 7 (38,9%) se encuentran en la zona de desempeño significativamente peor del esperado frente a 11 hospitales (61,1%) que se encontrarían en la zona de desempeño significativamente mejor de lo esperado (Figura 38).

Figura 38. Endarterectomía carotídea: Distribución de las SMR por volumen de casos atendidos en el año 2018.



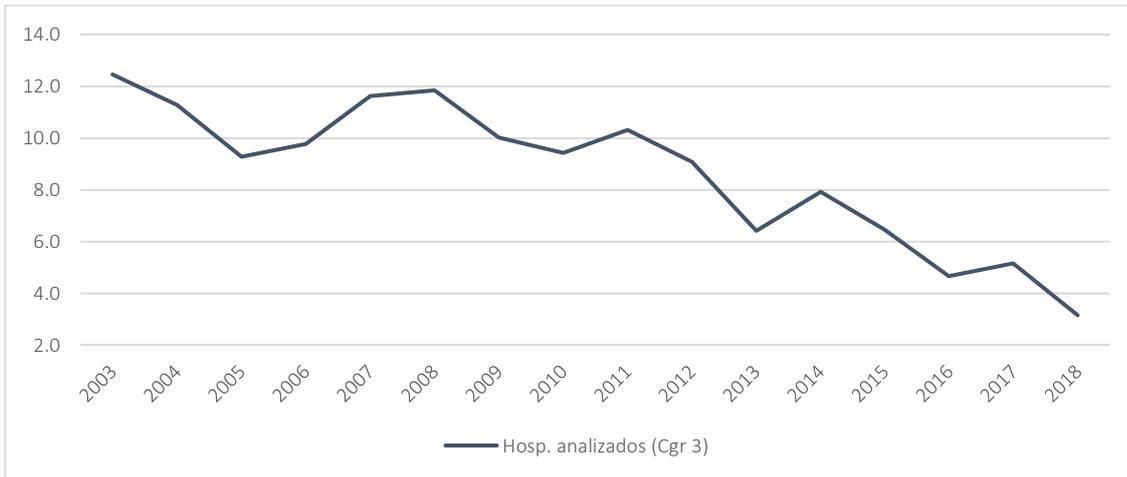
REPARACIÓN DE ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL

Indicador de procedimiento cuyos hospitales analizados son los que atienden alta complejidad y un volumen superior a los 30 casos/año.

En el año 2018, a 1.504 personas fueron intervenidas para una reparación de aneurisma aórtico abdominal en las 13 comunidades autónomas analizadas, de las cuales 858 (57%) fueron atendidas en los 20 hospitales analizados. El 95,9% fueron hombres. La edad media de las personas atendidas fue de 73 años, tanto en hombres como en mujeres.

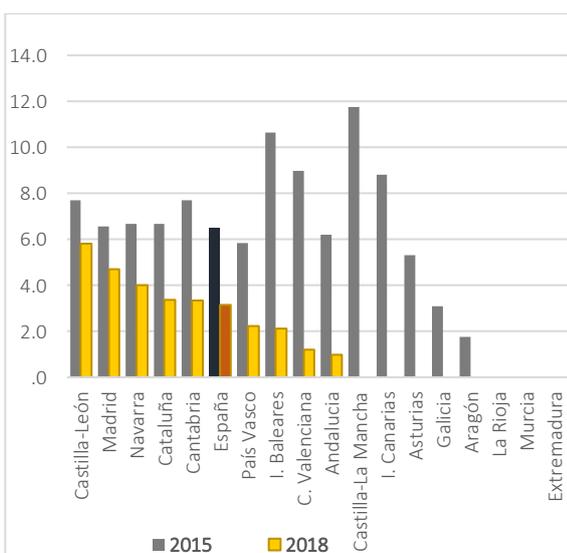
Entre los años 2003 y 2018, la mortalidad intrahospitalaria presenta, aunque con ligeras oscilaciones, una tendencia claramente decreciente, disminuyendo su tasa en 9,3 puntos porcentuales, del 12,5 al 3,2% (Figura 39).

Figura 39. Reparación de aneurisma aórtico abdominal: Mortalidad intrahospitalaria cruda (porcentaje)



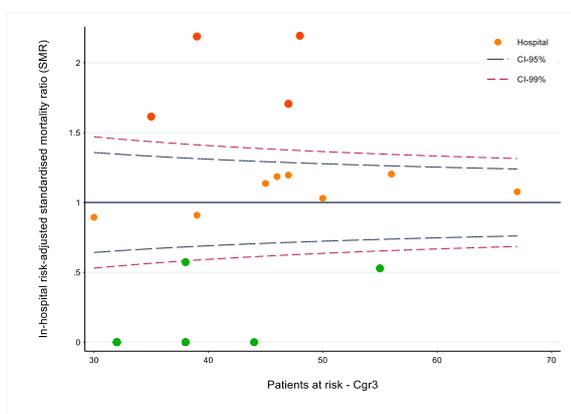
Por comunidad autónoma y tipo de hospital, la mortalidad intrahospitalaria mejora en 10 de las 13 comunidades analizadas en 2018 para los hospitales de alta complejidad, en 2 las tasas son nulas y 5 se sitúan por encima de la media nacional (Figura 40).

Figura 40. Reparación de aneurisma aórtico abdominal: Mortalidad intrahospitalaria por comunidades autónomas, años 2015 y 2018 (porcentaje).



La diferencia en el pronóstico de fallecimiento atribuida al hospital donde la persona es atendida es, en mediana, del 80% en el grupo de hospitales analizados en 2018. De estos 20 hospitales, 4 (20%) se encuentran en la zona de desempeño significativamente peor del esperado frente a 8 hospitales (40%) que se encontrarían en la zona de desempeño significativamente mejor de lo esperado (Figura 41).

Figura 41. Reparación de aneurisma aórtico abdominal: Distribución de las SMR por volumen de casos atendidos en el año 2018.



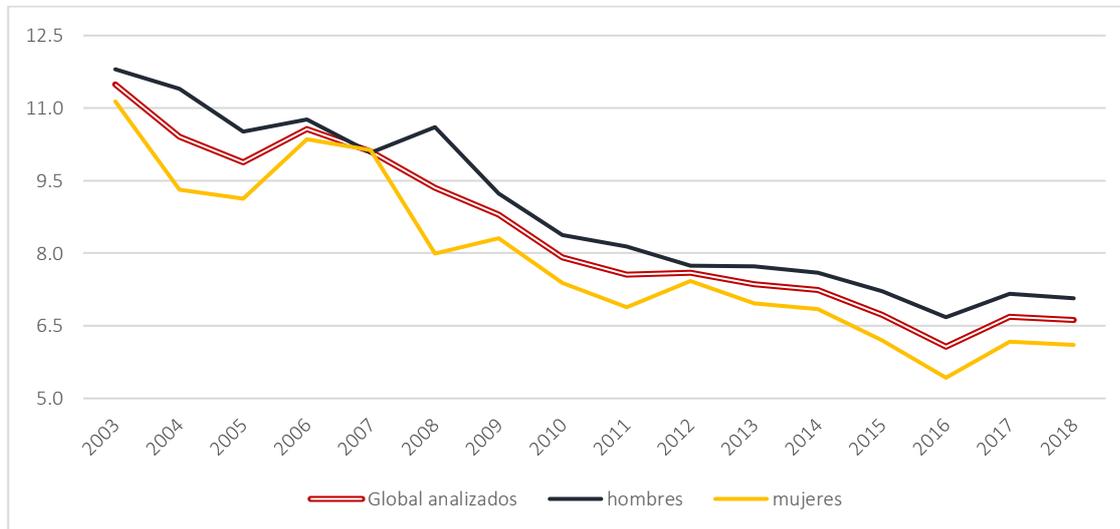
CRANEOTOMÍA

Indicador de procedimiento cuyos hospitales analizados son los que atienden alta complejidad y un volumen superior a los 30 casos/año.

En el año 2018, a 10.291 personas les fue practicada una craneotomía en las 13 comunidades autónomas analizadas, de las cuales 10.138 (98,5%) fueron atendidas en los 56 hospitales analizados. El 53,2% fueron hombres. La edad media de las personas atendidas fue de 61 años en hombres y 58 años en mujeres.

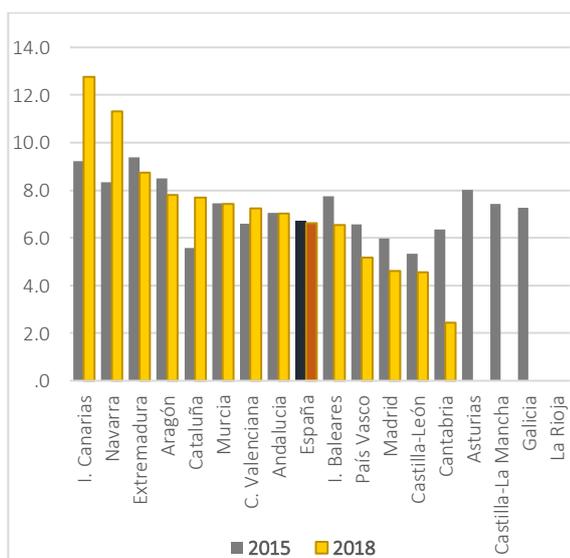
Entre los años 2003 y 2018, la mortalidad intrahospitalaria presenta una tendencia claramente decreciente, disminuyendo su tasa en 4,9 puntos porcentuales, situándose en 2018 en 6,6% (Figura 42).

Figura 42. Craneotomía: Mortalidad intrahospitalaria cruda, global y según sexo (porcentaje)



Por comunidad autónoma y subgrupo de hospital de alta complejidad, la mortalidad intrahospitalaria mejora en 9 de las 13 analizadas en 2018 y 8 se sitúan por encima de la media nacional (Figura 43).

Figura 43. Craneotomía: Mortalidad intrahospitalaria por comunidades autónomas, años 2015 y 2018 (porcentaje)



La diferencia en el pronóstico de fallecimiento atribuida al hospital donde la persona es atendida es, en mediana, del 57% en el grupo de hospitales analizados en 2018. Las razones de mortalidad estandarizadas (SMR) de los hospitales en el percentil 95 de la distribución son 2,4 veces los resultados obtenidos por los hospitales situados en el percentil 5 de la distribución. De estos 56 hospitales, 6 (10,3%) se encuentran en la zona de desempeño significativamente peor del esperado frente a 13 hospitales (22,4%) que se encontrarían en la zona de desempeño significativamente mejor de lo esperado (Figura 44).

Figura 44. Craneotomía: Distribución de las SMR por volumen de casos atendidos en el año 2018.

