

Incidencia del Daño Cerebral Adquirido en la población de 0 a 16 años A partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)

I.-Introducción

El CMBD es una base de datos que recopila información relativa a los ingresos hospitalarios dentro del sistema público de salud del Conjunto del Estado. Responde a múltiples necesidades (gestión, planificación, investigación epidemiológica, fines estadísticos, etc.) y en él se recogen, en el momento del alta hospitalaria y a partir la historia clínica, una serie de datos administrativos y médicos, según las siguientes variables:

- Identificación del paciente
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Residencia
- Financiación
- Fecha de ingreso
- Circunstancias del ingreso
- Diagnóstico principal y secundario¹
- Procedimientos quirúrgicos y obstétricos
- Otros procedimientos
- Fecha de alta
- Circunstancias del alta
- Identificación del Hospital

El diagnóstico principal es definido como la "afección que después del estudio necesario se establece que fue causa del ingreso en el hospital, de acuerdo con el criterio del servicio clínico o del facultativo que atendió al enfermo". Los diagnósticos secundarios serían "aquellos diagnósticos que no siendo el principal coexistan con él en el momento del ingreso, o se desarrollen a lo largo de la estancia hospitalaria, e influyan en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior que no afecten al actual ingreso" *Manual de Usuario 4ª edición, Ministerio de Sanidad y Consumo,*

http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.html

El registro de la información extraída de las historias clínicas referente a las enfermedades y procedimientos se realiza mediante códigos numéricos. La codificación se guía por la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC). La CIE-9- MC está estructurada en diecisiete capítulos de enfermedades desglosados a su vez en un conjunto de códigos que van del 000 al 999. El CMBD cuenta hasta con catorce dígitos para establecer el código diagnóstico

La aproximación a la incidencia del daño cerebral adquirido a partir de una metodología basada en códigos diagnósticos al alta hospitalaria presenta dificultades diversas según la etiología. Así mientras que las anoxias cerebrales (2) se contienen en un único código diagnóstico en la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 9, la enfermedad cerebrovascular se

distribuye en 42 códigos diagnósticos (3). El caso más complejo, con gran diferencia, se refiere a los traumatismos craneoencefálicos, distribuidos en dos grandes categorías (fracturas craneales y lesiones intracraneales) que en conjunto comprenden un total de 440 códigos diagnósticos⁴ que detallan diversas lesiones en la zona ósea o el tejido nervioso así como escalada según grados de pérdida de la conciencia. Como se apuntó, no todos los ingresos hospitalarios por ACV o TCE tendrán secuelas, por lo que es necesario distinguir en el análisis de los códigos diagnósticos entre aquellos que tienen distintas probabilidades de secuela.

Se ha de insistir en el carácter tentativo que comporta el presente criterio metodológico, al tratarse de secuelas cuya adecuada identificación requiere, además del criterio indicativo basado en el tiempo de duración y profundidad en el coma, un seguimiento evaluativo a posteriori, a través de distintas pruebas y criterios combinados como la amnesia postraumática. En el informe del Defensor del Pueblo se explicitaban con detalle las dificultades metodológicas que entraña el acercamiento cuantitativo al daño cerebral. Entre ellas destacan:

- La ausencia de criterios homogéneos para definir las lesiones que delimitan el daño cerebral adquirido y sus distintos grados de secuela. El más complejo resulta el traumatismo craneoencefálico, que comprende desde una leve contusión a fracturas o lesiones del tejido extremadamente graves, con gran diversidad en el tipo de secuelas y su grado (leve, moderado, severo). No todos los ingresos hospitalarios por accidente cerebrovascular o traumatismo craneoencefálicos son causa de secuelas irreversibles, sino sólo una parte de ellos.
- La dificultad de determinar en el momento de hospitalización las secuelas que tendrá un diagnóstico, puesto que varían en el tiempo según distintos factores (desde la edad a la rehabilitación, entre otros).
- La insuficiente disponibilidad de registros coherentes en el conjunto del sistema hospitalario.

En este texto se presenta una estimación de la incidencia del accidente cerebrovascular (ACV), el traumatismo craneoencefálico (TCE) y la lesión anóxica a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la población de 0 a 16 años. En el desglose de datos que se presentan a continuación sobre el accidente cerebrovascular y el traumatismo craneoencefálico se ha diferenciado su incidencia general y la que corresponde a un conjunto de diagnósticos con probabilidad de secuela (cps). Los datos que se detallan corresponden al período 2010-2012.

(2) El código es el 348.1 y está en el capítulo VI "Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Órganos de los Sentidos" apartado de "otros trastornos del sistema nervioso central"

(3) Las enfermedades cerebrovasculares se encuentran en el capítulo VII "Enfermedades del Sistema Circulatorio" de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 9- MC) dentro del apartado siete que va de los códigos 430 al 438. 4El TCE se encuentra dentro del capítulo XVII "Lesiones y envenenamientos" apartado 1 Fracturas de cráneo, códigos 800.0 al 801.9 y del 803.0 al 804.9. Apartado 3 Lesiones intracraneales, códigos 850.0 al 854.19.

II.- Altas Hospitalarias por Accidente Cerebrovascular en España 2010-2012. Población 0 a 16 años

Tabla 1. Pacientes ingresados por ACV en España. 2010-2012

Grupo de Edad	2010	2011	2012	Total
0 a 16 años	601	703	637	1.941
16 años y más	149.310	151.065	155.262	455.637
Total	149.911	151.768	155.899	457.578

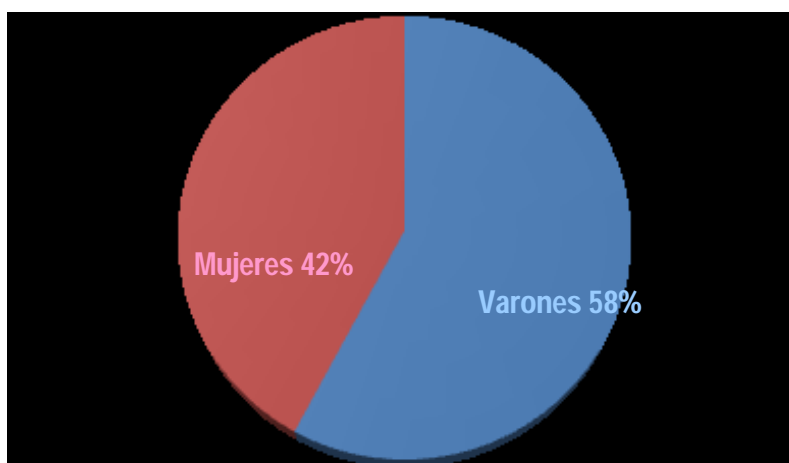
II.-1. Altas Hospitalarias por Accidente Cerebrovascular con probabilidad de secuela (cps) en España 2010-2012. Población 0 a 16 años

Las siguientes tablas y gráficos detallan los datos de pacientes ingresados por ACV con probabilidad de secuela (cps). Se mantienen los códigos seleccionados como códigos con probabilidad de secuela establecidos en el informe de Defensor del Pueblo.

Tabla 2. Pacientes ingresados por ACV cps en España. 2010-2012

Grupo de Edad	2010	2011	2012	Total
0 a 16 años	507	597	568	1.672
16 años y más	96.706	98.445	101.028	296.179
Total	97.213	99.042	101.596	297.851

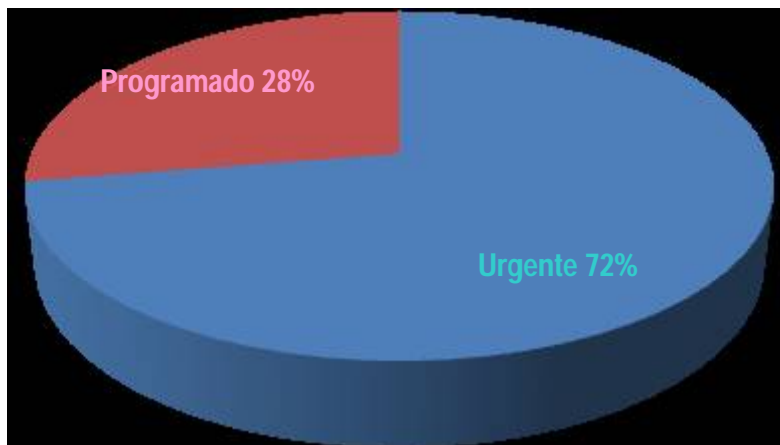
Gráfico 1 Pacientes de 0 a 16 años ingresados por ACV cps en España. 2010-2012 según sexo



Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

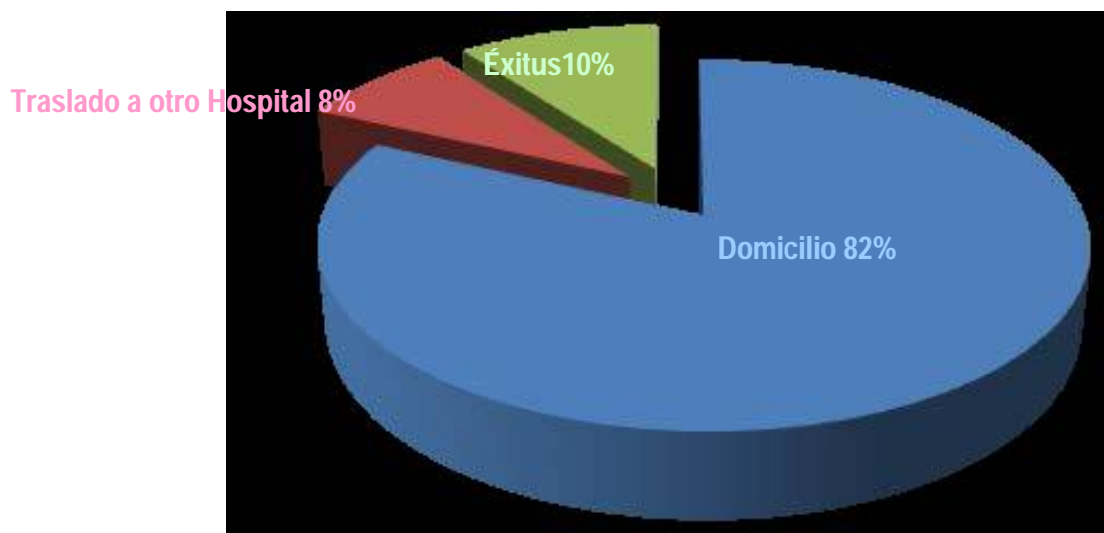
II.-2. Tipo de ingreso y motivo del alta

Gráfico 2 Pacientes de 0 a 16 años ingresados por ACV cps en España. 2010-2012 según tipo de ingreso:



Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

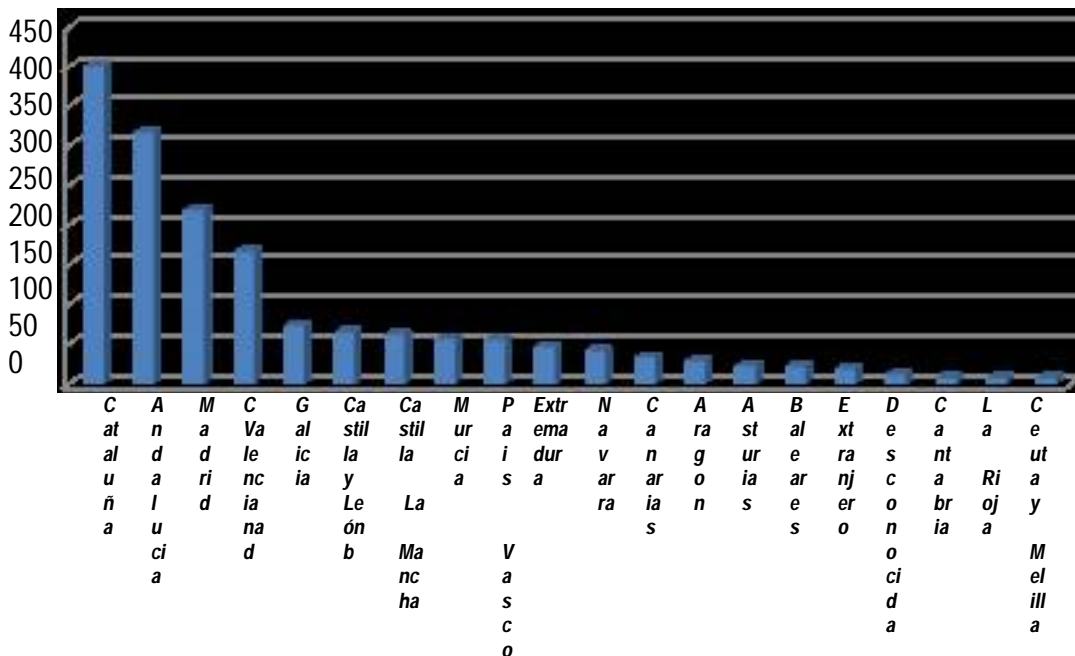
Gráfico 3 Pacientes de 0 a 16 años ingresados por ACV cps en España. 2010-2012 según tipo de alta



Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

II.-3 Comunidad de Residencia

Gráfico 4. Pacientes de 0 a 16 años ingresados por ACV cps en España. 2010-2012 según Comunidad Autónoma de Residencia



III.- Altas Hospitalarias por Traumatismo Craneoencefálico en España 2010-2012. Población 0 a 16 años

Tabla 3. Pacientes ingresados por TCE en España 2010-2012

Grupo de Edad	2010	2011	2012	Total
0 a 16 años	3990	3760	3524	11.274
16 años y más	22.996	23.663	23.783	70.442
Total	26.986	27.423	27.307	81.716

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

III.-1 TCE con probabilidad de secuelas. Población de 0 a 16 años

Para el TCE con probabilidad de secuelas (cps), el criterio adoptado como indicador de posibles secuelas de carácter moderado o severo es la duración del estado de coma. Se considera la existencia de cualquier período en situación de coma mayor de una hora como indicador de secuelas probables en términos de pérdidas físicas, cognitivas y alteraciones emocionales. Para ello se seleccionaron aquellos códigos que consignan los siguientes estados de coma (5):

(5) Para el caso del TCE los códigos diagnósticos de la CIE-9-MC cuentan con un quinto dígito que sirve para señalar la pérdida de conocimiento y el tiempo de duración. En la selección de códigos con probabilidad de secuela hemos elegido los siguientes quintos dígitos: 3: con pérdida de conocimiento moderada (de 1 a 24 horas). 4: con pérdida de conocimiento prolongada (más de 24 horas) y regreso al nivel de conocimiento preexistente. 5: con pérdida de conocimiento

prolongada (más de 24 horas), sin regreso al nivel de conocimiento preexistente. 6: con pérdida de conocimiento de duración no especificada

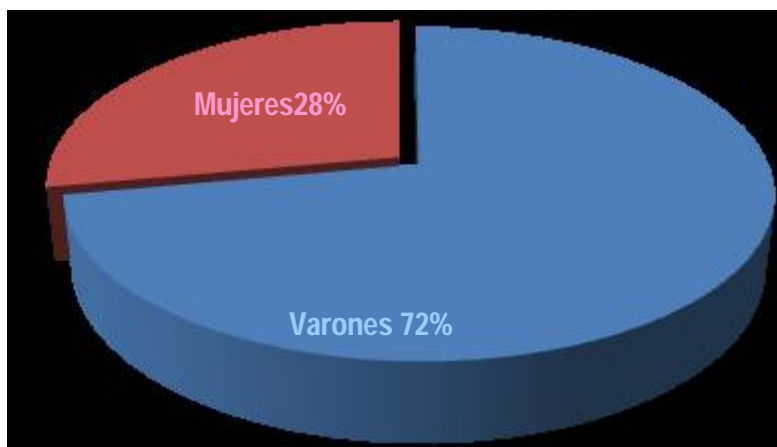
- De 1 a 24 horas (clasificado en la CIE9-MC como coma moderado).
- Mayor de 24 horas (clasificado en la CIE9-MC como coma prolongado).
- Coma profundo (en la CIE9-MC no define el tiempo de duración).
- Estado de coma de duración no especificada.

Tabla 4. Pacientes ingresados por TCEcps en España 2010-2012

Grupo de Edad	2010	2011	2012	Total
0 a 16 años	299	322	275	896
16 años y más	4.692	4.733	4.490	13.915
Total	4.991	5.055	4.765	14.811

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Gráfico 5 Pacientes de 0 a 16 años ingresados por TCEcps en España. 2010-2012 según sexo



Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

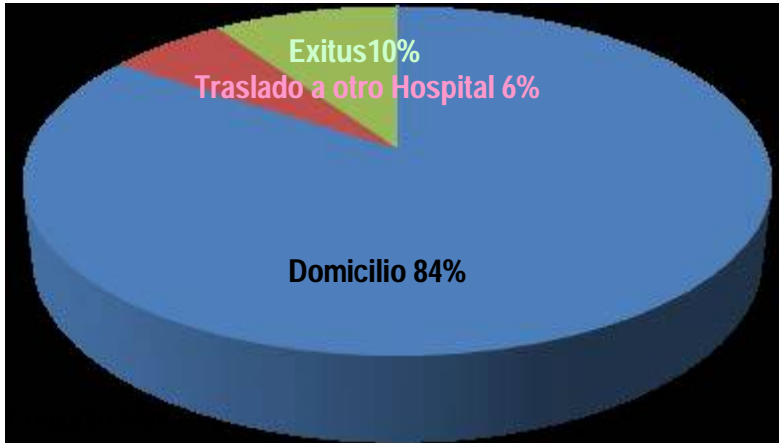
III.-2 Tipo de ingreso, motivo del alta y tipo de financiación

Gráfico 6. Pacientes de 0 a 16 años ingresados por TCE cps en España. 2010-2012 según tipo de ingreso



Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Gráfico 7 Pacientes de 0 a 16 años ingresados por TCE cps en España. 2010-2012 según motivo del alta



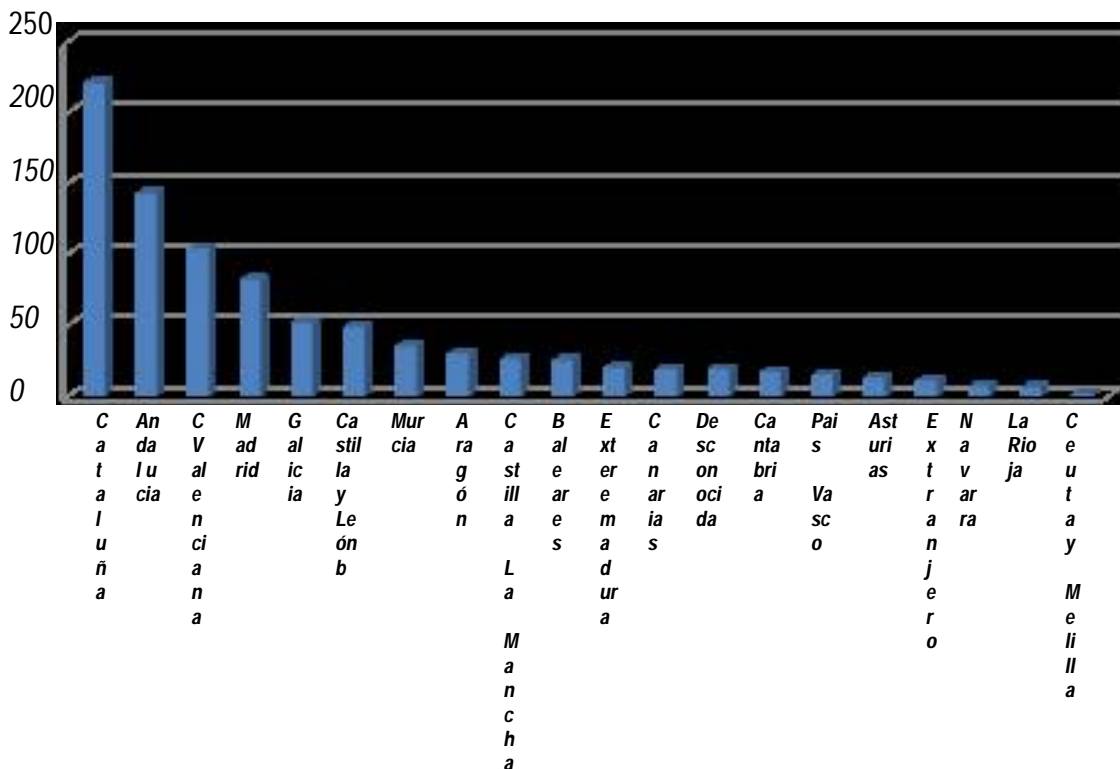
mo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Gráfico 8 Pacientes de 0 a 16 años ingresados por TCE cps en España. 2010-2012 según tipo de financiación



Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Gráfico 9 Pacientes de 0 a 16 años ingresados por TCEcps en España. 2010-2012 según Comunidad Autónoma de Residencia



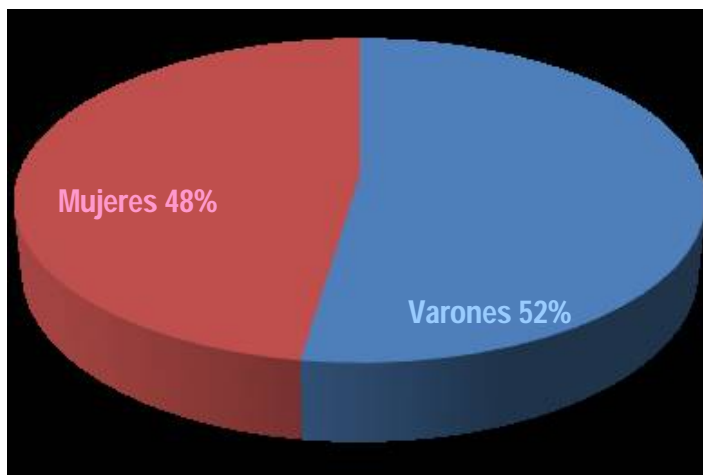
Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

IV.- Altas Hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012. Población 0 a 16 años

Tabla 5. Pacientes ingresados por Anoxia en España 2010-2012.

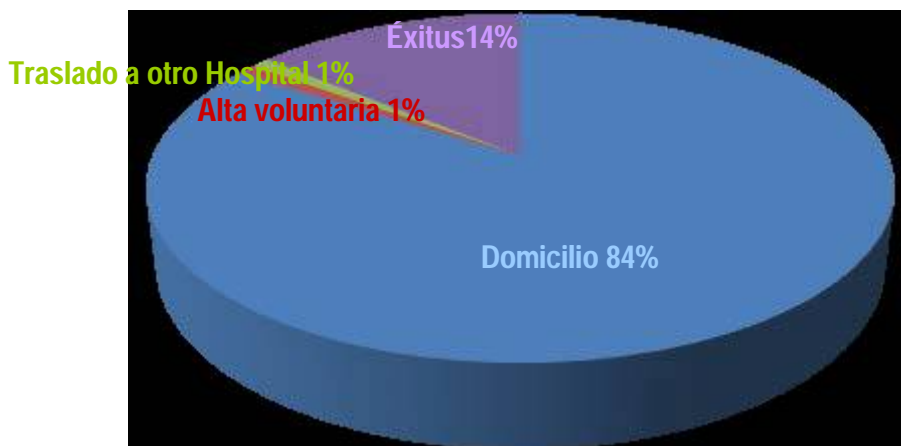
Grupo de Edad	2010	2011	2012	Total
0 a 16 años	47	32	28	107
16 años y más	420	463	452	1.335
Total	467	495	480	1.442

Gráfico 10 Pacientes ingresados por Anoxia en España 2010-2012. Según sexo



Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Gráfico 11. Pacientes ingresados por Anoxia en España 2010-2012. Según motivo del alta



Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

V.-Resumen: Incidencia del DCA en Población de 0 a 16 años en España

Tabla 6. Altas hospitalarias por DCA en España 2010-2012 según etiología

Año	Varones	Mujeres	Total	Promedio anual	Tasas por 100.000 habitantes
ACV	967	705	1.672	557	
TCE	646	250	896	299	641
Anoxia	56	51	107	36	8
Total	1.669	1.006	2.675	892	191

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Tabla 7. Altas hospitalarias por DCA en España 2010-2012 según etiología y motivo del alta

	Domicilio	Traslado a otro Hospital	Alta voluntaria	Éxitus	Traslado a centro sociosanitario	otros-desconocido	TOTAL
ACV	1.362	132	3	170	4	1	1.672
TCE	750	54	3	85	1	3	896
ANOXIA	90	1	1	15	0	0	107
Total	2.202	187	7	270	5	4	2.675

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias