



Las personas con Daño Cerebral Adquirido en España

Estudio realizado por FEDACE
Con la asistencia técnica de INTERSOCIAL

Han participado en la elaboración del informe:

Martha Yolanda Quezada García

Agustín Huete García (Universidad de Salamanca)

Luis Miguel Bascones Serrano

Contenido:

1	Introducción	3
2	Metodología	4
2.1	Operacionalización de conceptos e instrumentos de investigación	5
3	El Daño Cerebral en la bibliografía reciente	6
3.1	El acercamiento a la magnitud del DCA.....	7
3.1.1	Incidencia	7
3.1.2	Prevalencia.....	12
4	El Daño Cerebral en España, aproximación demográfica.....	14
4.1	La incidencia del DCA a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).....	15
4.1.1	Altas Hospitalarias por Accidente Cerebrovascular en España 2010-2012	17
4.1.2	Altas Hospitalarias por Traumatismo Craneoencefálico en España 2010-2012 .	23
4.1.3	Altas Hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012.....	29
4.2	Aproximación a la prevalencia del DCA a partir de la Base de datos Estatal de personas con discapacidad (BDED).....	34
4.3	Aproximación a la prevalencia del DCA a partir de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD).....	41
4.4	Resumen:	45
5	Diseño de Trabajo de Campo Cuantitativo.....	47
5.1	Instrumentos	47
	Cuestionario dirigido a personas con daño cerebral	48
	Cuestionario a entidades de apoyo	48
5.2	Diseño muestral.....	49
5.2.1	Datos poblacionales	49
5.2.2	Tamaño muestral	51
6	Diseño de Trabajo de Campo Cualitativo	53
6.1	Entrevistas en Profundidad	53
6.2	Grupos de Discusión	54
7	Referencias bibliográficas	55
8	Anexos	58
8.1	Códigos TCE	59
	Índice de Tablas	69
	Índice de Gráficos	71

1 Introducción

El daño cerebral adquirido (DCA)¹ es un problema de gran trascendencia personal, familiar y social. Se trata de una discapacidad en ascenso en nuestra sociedad cuyo origen se debe a lesiones cerebrales súbitas causadas por accidentes cerebrovasculares (ACV), traumatismos craneoencefálicos, anoxias cerebrales, tumores e infecciones cerebrales. El DCA comporta dimensiones complejas por:

- La diversidad de sus secuelas, con distintos grados de severidad en los planos físico, sensorial, neuropsicológico (cognitivo, conductual y emocional) y relacional, que suelen ser permanentes.
- La situación crítica y el compromiso en que sitúa al entorno familiar, en especial a las cuidadoras principales, por su irrupción súbita y la dependencia a largo plazo que puede generar.
- La actual escasez de servicios de rehabilitación especializada y apoyos sociales adecuados, o la desigualdad en el acceso a los mismos.
- A la exigencia de cooperación entre las Administraciones, los profesionales y el movimiento asociativo se añade un amplio desconocimiento de esta discapacidad y sus implicaciones, precisamente por su carácter emergente y mixto en las limitaciones funcionales que comporta.

El conocimiento público, el interés y la sensibilidad hacia el daño cerebral adquirido (DCA) y sus necesidades han aumentado de manera significativa en los años recientes, gracias a la realización de varios estudios que han profundizado en esta realidad y los problemas a ésta asociados. La presentación y publicación en 2006 del Informe del Defensor del Pueblo "*Daño cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y sociosanitario*"², contribuyó a visibilizar esta discapacidad y a objetivar las carencias en el sistema de atención, que habían dado lugar a su iniciativa. Los distintos capítulos y en especial el conjunto de recomendaciones a las Administraciones han contribuido al debate y a la concepción de planes y recursos, tanto en el marco estatal como autonómico y local. Sin embargo sigue habiendo grandes diferencias en la atención al DCA entre unas regiones y otras.

En este proceso de hacer visible la realidad de las personas con DCA y sus familias el papel del movimiento asociativo es fundamental. La Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE) ha

¹ Las denominaciones daño cerebral adquirido (DCA) o daño cerebral sobrevenido (DCS) se emplean indistintamente en castellano para agrupar diversas etiologías causantes de lesiones cerebrales súbitas de carácter no congénito o perinatal.

² DEFENSOR DEL PUEBLO (2006): *Daño Cerebral Sobrevenido en España: Un Acercamiento Epidemiológico y Sociosanitario*, Madrid.



venido impulsando distintas actuaciones en este sentido. El presente proyecto es una iniciativa de FEDACE que tiene como propósito **generar conocimiento** a partir de las fuentes actualmente disponibles, tanto documentales como bases estadísticas, así como mediante la consulta a las personas con DCA y su entorno, **para identificar la presencia y perfiles de este fenómeno así como las demandas prioritarias de atención.**

2 Metodología

El presente estudio realiza un *análisis de fuentes estadísticas* relacionadas con el DCA a partir de las cuales dimensionar su magnitud dinámica además de sentar las *bases para el estudio de la situación de las personas con Daño Cerebral Adquirido en España*, como parte inicial de un trabajo más amplio que pretende elaborar un marco demográfico y social del daño cerebral, y proponer medidas adecuadas para mejorar la calidad de vida de dicha población.

El estudio epidemiológico del daño cerebral adquirido en España es incipiente. Hasta la publicación del Informe Monográfico del Defensor del Pueblo referido anteriormente, las estimaciones del número de personas con daño cerebral se realizaban a partir de extrapolaciones basadas en los datos de otros países. Una de las primeras recomendaciones de este informe era seguir trabajando en el sentido de disponer de fuentes y análisis epidemiológicos a partir de los datos generados, tanto en sus vertientes médicas como sociales. Contar con una estimación del número de casos y las principales características epidemiológicas de esta población constituye un requisito básico para diseñar intervenciones acordes a las necesidades efectivas.

Junto con este análisis estadístico, se ha hecho una revisión exhaustiva de fuentes documentales (artículos, informes, documentos técnicos), de distintos organismos (Neuroepidemiology, CEADAC, Guttman) y procedencia (referencias anglosajonas). Los ámbitos de esta revisión ha sido esencialmente dos: la investigación epidemiológica y los modelos de atención al DCA. A partir de estas fuentes se desarrollará el proceso de identificación de factores clave que influyen en la situación y necesidades de las personas con DCA, que se aplicará en las fases posteriores de este trabajo.

En este mismo proyecto se han planteado las bases para el estudio de la situación de las personas con *Daño Cerebral Adquirido en España*, que permitan proponer medidas adecuadas para mejorar la calidad de vida de dicha población, con especial atención a los apoyos de larga duración por tratarse del área que representa un mayor desafío, por su carácter incipiente, el menor conocimiento disponible y la complejidad en las secuelas y requerimientos de atención asociados a esta discapacidad.

Se han diseñado distintas herramientas metodológicas que permitirán:

- Describir las necesidades sociales y sanitarias de las personas con daño cerebral adquirido, sus cuidadores y familias.
- Conocer el uso y satisfacción con los recursos de apoyo disponibles, tanto públicos como privados.
- Identificar, tanto aquellos aspectos que facilitan o dificultan la inclusión social (factores de riesgo y protección).
- Cuantificar el impacto económico del daño cerebral, tanto en la generación de ingresos como en la consecución de gastos.
- Identificar experiencias exitosas y buenas prácticas referidas a las diferentes etapas del daño cerebral, con especial atención a la continuidad de los cuidados.
- Realizar un Modelo de servicio de atención en base a las necesidades detectadas.

2.1 Operacionalización de conceptos e instrumentos de investigación

CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES	FUENTE
Perfil personal	Socio-demográfica	Edad, Sexo, Hogar, Ámbito de residencia, Nivel de estudios, actividad económica.	BDED, BDED, EDAD, TCN
	Enfermedad	Diagnóstico, fases agudas, diagnósticos asociados, etiología, deficiencia.	EMH, BDED, CMBD, EDAD, TCN, TCL
	Discapacidad/Limitación funcional	Reconocimiento discapacidad, reconocimiento dependencia.	BDED, EDAD, TCN, TCL
	Necesidades de apoyo (CIF)	Visión, Audición, Aprendizaje, realización de tareas, comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, relaciones interpersonales, participación cívica.	BDED, EDAD, TCN, TCL
Recursos (disponibilidad y uso de)	Ayudas técnicas	Tipo de ayuda, financiación, disponibilidad, uso.	EDAD, TCN, TCN, TCL
	Asistencia personal	Tipo de asistencia, profesionalización, disponibilidad, uso.	BDED, EDAD, TCN, TCL
	Prestaciones en servicios	SAAD, Servicios sociales de base, otros.	TCN, TCL
	Prestaciones económicas	SAAD, Seguridad Social, otras.	BDED, EDAD, TCN, TCL
	Capacidad económica	Ingresos del hogar, gasto por discapacidad.	EDAD, TCN, TCL
	Vivienda	Disponibilidad, salubridad, adaptación.	EDAD, TCN, TCL
	Atención sanitaria	Diagnóstico, tratamiento, medicamentos.	EMH, BDED, EDAD, TCN, TCL

	ONGs	Afiliación, uso de recursos.	EDAD, TCN, TCL
Inclusión social	Participación cívica	Presencia en la comunidad, uso de medios de comunicación, acceso a internet.	EDAD, TCN, TCL
	Ocio	Frecuencia de práctica de deporte, turismo, cultura, recreación.	EDAD, TCN, TCL
	Aislamiento	Frecuencia y calidad de relaciones familiares, amistad, otras.	EDAD, TCN, TCL
	Conflicto	Discriminación, violencia, abuso.	EMH, BDED, EDAD, TCN, TCL

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos de hospitalización

EMH: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

BDED: Base de datos estatal de personas con discapacidad.

EDAD: Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008.

TCN: Trabajo de campo cuantitativo.

TCL: Trabajo de campo cualitativo.

3 El Daño Cerebral en la bibliografía reciente

El objetivo del presente proyecto consiste en elaborar una aproximación a la magnitud dinámica del DCA en España, así como diseñar instrumentos metodológicos, en concreto, un cuestionario para la realización de una encuesta cuantitativa y guiones temáticos para entrevistas en profundidad y grupos de discusión. El propósito último es generar conocimiento a partir de las fuentes actualmente disponibles, tanto documentales como bases estadísticas, así como mediante la consulta a las personas con DCA y su entorno, para identificar la presencia y perfiles de este fenómeno así como las demandas prioritarias de atención.

La investigación en torno al DCA ha experimentado un desarrollo notable en los años recientes, tanto respecto a su magnitud como mediante la contribución de disciplinas en el ámbito de la atención sanitaria aguda y rehabilitación funcional: neuropsicología, terapia ocupacional, etc. se realizan, más allá del abordaje médico-funcional, publicaciones en distintos ámbitos relativos a la atención a medio y largo plazo y a la inclusión social de este colectivo: desde las problemáticas referidas al empleo a los soportes para mejorar la autonomía personal y la vida independiente.

Dada la presencia social de la discapacidad y el impulso de entidades asociativas, profesionales, organismos públicos, teniendo en cuenta las estimaciones de magnitud del fenómeno, se han llevado a cabo estudios de necesidades y adecuación de los servicios

existentes, retos, planes, estándares de calidad, etc. Estas propuestas y aspectos de planificación estratégica se han basado tanto en la evidencia disponible como en la consulta a profesionales expertos, personas con DCA y sus familiares.

De acuerdo a los objetivos del proyecto, el presente estado del arte priorizará los aspectos relacionados con la magnitud del DCA, su medición y cuestiones específicas; los planes, políticas y modelos de atención; las metodologías y experiencias de consulta.

Más que un ánimo de sistematicidad, se pretende un acercamiento a aportaciones de especial relevancia que permitan identificar factores clave respecto a situación y necesidades de las personas con DCA, focos de interés específicos, así como desprender aprendizajes para la fundamentación del presente proyecto. El presente avance plantea un acercamiento a la contribución en torno a la magnitud del DCA.

3.1 El acercamiento a la magnitud del DCA

El diseño de políticas sanitarias y sociales, de estrategias de prevención y modelos de atención basados en la evidencia requiere, en primer lugar, estimar la magnitud del DCA, su distribución por ámbitos regionales, y los factores que pueden explicar el mayor riesgo a tener un episodio de este tipo y sobrevivir al mismo (sexo, edad, lugar de residencia, etnia, etc.). El conocimiento de la influencia de estos factores, entre otros, y la monitorización de su tendencia en el tiempo son la base para identificar necesidades, dimensionar servicios y evaluar.

El DCA, en sus diferentes etiologías, es una de las principales causas de discapacidad, sobre todo en determinados grupos de población. Ahora bien, su incidencia varía entre países y regiones. Aunque, como se verá, existen pautas y estándares afines en la metodología, persisten dificultades y diferencias en el empleo de las fuentes, en los criterios de selección de casos entre unas y otras investigaciones, lo que también problematiza la comparación, en especial por lo que se refiere al TCE por su complejidad.

El acercamiento a la incidencia (los nuevos casos) y prevalencia (los casos existentes) del DCA observa tanto resultados, factores de riesgo, como maneras de proceder, en las que se enmarca el presente estudio.

3.1.1 Incidencia

El DCA no es, propiamente, una enfermedad, sino un conjunto de secuelas en múltiples áreas funcionales, desde la movilidad a los aspectos cognitivos, como consecuencia de lesiones cerebrales. Las causas de lesión cerebral son diversas: traumatismos, ictus, tumores, etc., y sus secuelas se estabilizan, en general, al año o año y medio de la lesión. No todos los episodios de ingreso hospitalario por traumatismo, ictus, etc., producen secuelas posteriores. El alcance de

las mismas, depende, asimismo, de diversos factores: tanto del área y extensión de la lesión cerebral inicial, de la edad de la persona, de la atención médica y posterior rehabilitación funcional que pueda recibir.

Este lapso entre el episodio de lesión cerebral, atendido en el ámbito hospitalario, y la estabilización de las secuelas tiempo después, es uno de los aspectos que dificultan la medida de la incidencia del DCA. Los estudios de incidencia toman como referencia una selección de códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, ya sea en su revisión 9 ó 10) a cargo de la OMS, cuyo diagnóstico se asocia a ACV, TCE, y otras circunstancias de salud, en diferente grado o pronóstico, desde aquellos considerados moderados o severos a episodios transitorios o traumatismos leves.

El enfoque basado en la codificación hospitalaria, ya sea sobre el conjunto de datos proporcionados por el sistema de estadísticas de salud, es de aplicación generalizada entre gobiernos y diferentes equipos de investigación. Además, otras contribuciones científicas aportan acercamientos monográficos, usualmente circunscritos a uno o varios hospitales, que complementan la codificación con pruebas que corroboran el diagnóstico, hoy por hoy fundamentalmente mediante la neuroimagen.

En cuanto a la aproximación basada en la codificación del sistema hospitalario, el ejemplo al respecto puede ser Estados Unidos, cuyo Centers for Disease Control and Prevention (CDC)³ reúne información tanto acerca del ACV como del TCE. El estudio y análisis de los datos aportados por la estadística del sistema sanitario⁴ permite, entre otros aspectos:

- Estimar la incidencia del ACV y del TCE por su número de casos registrados, así como su relevancia como causa de morbilidad y muerte.
- Identificar tendencias a lo largo del tiempo en la incidencia de estos eventos.
- Clasificar las principales causas de estos eventos (ataque isquémico en el caso del ictus, en un 87% de los casos).
- Valoración del ACV/TCE como causa de discapacidad.
- Conocer la distribución, la incidencia comparativa, del ACV/TCE entre los diferentes Estados, así como por sexo y edad, raza y etnia. Respecto a la edad, aunque el riesgo de ACV aumenta con la edad, en Estados Unidos en 2009, el 34 % de las personas hospitalizadas por ACV eran menores de 65 años (Hall, M.J. et ál. 2012).
- Respecto al factor de "raza y etnia", "*el accidente cerebrovascular es la cuarta causa*

³ CDC: Stroke Facts. <http://www.cdc.gov/stroke/>

⁴ Fundamentalmente las operaciones de registro hospitalario y estadística de salud: *National Hospital Discharge Survey* (Encuesta Nacional de Altas Hospitalarias); *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (Emergency Department Visits)* (Encuesta Nacional de Cuidado Médico Hospitalario Ambulatorio, Visitas de Emergencia); *National Vital Statistics System Mortality Data* (Sistema de Datos de Mortalidad de las Estadísticas Nacionales Vitales).

principal de muerte para los estadounidenses, pero el riesgo de sufrir un derrame cerebral varía con la raza y el origen étnico. El riesgo de tener un primer ACV es casi dos veces más alto para los negros que para los blancos, y los negros son más propensos a morir después de un accidente cerebrovascular que los blancos. El riesgo de ACV para los hispanos se sitúa entre el de los blancos y negros. Los indios americanos, los nativos de Alaska y los negros son más propensos a un ACV respecto a otros grupos".

- Conocer la evolución en el tiempo y el peso de los diferentes factores, para adoptar políticas preventivas en consecuencia.

Además de los estudios y monitorización de la incidencia a partir de los registros de la estadística del sistema sanitario, conforme a la codificación basada en las recomendaciones de la OMS, diferentes investigaciones monográficas profundizan en el conocimiento del fenómeno a partir de los ingresos en uno o varios hospitales, en el contexto de la población a la que atienden. Aunque sean más restringidos por su objeto y territorio, estas investigaciones aportan un conocimiento más preciso de la incidencia, que tiende a incorporar pruebas complementarias para un diagnóstico más fiable, como la neuroimagen.

Entre los estudios monográficos sobre la incidencia del ictus, cabe destacar:

En España, la reciente aportación de Díaz-Guzmán et al. (2012), sobre la tasa de ictus y accidentes isquémicos transitorios, a cargo del Grupo Español de Enfermedades Cerebrovasculares: el estudio IBERICTUS. La estimación de incidencia se basa en el registro de 5 hospitales en diferentes áreas geográficas (Lugo, Almería, Segovia, Talavera de la Reina y Mallorca), aplicando metodologías estandarizadas (con apoyo en la Clasificación Internacional las Enfermedades, novena revisión), diagnósticos verificados por un neurólogo y apoyados en técnicas de neuroimagen. El registro se llevó a cabo entre el 1 de enero y el 31 diciembre 2006. Entre sus resultados cabe destacar:

- La incidencia anual general para todos los eventos cerebrovasculares fue de 187 por cada 100.000 habitantes [95% intervalo de confianza). La incidencia para varones fue de 202; frente a 187 para las mujeres.
- Las tasas de incidencia claramente aumentaron con la edad en ambos sexos, con un pico en los 85 años y más edad.
- La mortalidad hospitalaria fue del 14%.
- En conclusión, se observa que la incidencia de accidente cerebrovascular y accidente cerebrovascular transitorio en España es moderada en comparación con otros países occidentales y europeos. Sin embargo, se espera que estas cifras cambien debido al progresivo envejecimiento de la población.

También se han llevado a cabo acercamientos al DCA con perspectiva multidisciplinar, desde el ámbito de la rehabilitación hospitalaria, que comprenden como una de sus vertientes el



acercamiento a diferentes magnitudes del DCA. Entre ellos merece destacarse la contribución realizada por los equipos de los hospitales de Górliz y Santamarina, en Vizcaya (Acosta Hernández, I. et al, 2006). A partir de los registros del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), en Vizcaya, en el año 2005, se identificaron 3,602 pacientes con Daño Cerebral por ACV (84,3%) o TCE (15,7%), cifras (en comparación con la población de referencia) por debajo de lo habitual en la literatura médica para ambas etiologías. De éstos, un 55,80% corresponde a hombres con una media de edad de 64,34 años y 44,20% a mujeres, con una media de edad de 73,17 años. Estas proporciones guardan paralelismo, como se verá, con los patrones de edad y género que encuentra el presente estudio.

Estudios similares abordan diversos objetivos, como Corso, G. et al (2009), acerca de la incidencia del accidente cerebrovascular en el Valle de Aosta, Italia, en los años 2004-2005. El propósito de la investigación fue determinar la incidencia del accidente cerebrovascular, su tasa de mortalidad y discapacidad a lo largo de un año en el Valle de Aosta. Se registraron las altas hospitalarias de acuerdo con los criterios de la OMS para el accidente cerebrovascular, se complementaron con otras fuentes de verificación de los casos. La incidencia bruta anual del ictus fue de 223 personas por 100,000 habitantes, con un índice de confianza del 95%. Tras un ajuste de los promedios de edad y sexo a la "población europea", la tasa se situaba en 126. Esto suponía una reducción en la tasa de incidencia respecto a 1989 y también una disminución muy notable de la mortalidad por ictus con respecto a aquella fecha.

El estudio de Pikija, S. et al (2012), plantea la monitorización a 24 meses de la incidencia y mortalidad del accidente cerebrovascular en el noroeste de Croacia. Con metodología similar al estudio de Corso, G. et al (2009), la conclusión es que la incidencia y tasa de mortalidad del accidente cerebrovascular en la población estudiada es mayor que en los países europeos occidentales.

Este mismo enfoque, sobre el registro de uno o varios centros hospitalarios en su territorio/población de referencia, se aplica también en otros ámbitos mundiales. Cabe citar el estudio de Liang W. et al (2008), sobre la incidencia de las hospitalizaciones por accidente cerebrovascular en el Distrito de Shunde, Foshan, en el sur de China, cuyas conclusiones indican una menor incidencia del ACV en esta región respecto a otras de China.

Además de observar la tasa de incidencia en diferentes ámbitos territoriales y su evolución en el tiempo, otros estudios atienden, por ejemplo, a las diferencias relacionadas con el sexo en la incidencia y supervivencia al ACV, como las conducidas por Wu, S.H. et al (2012) en Hong Kong, considerando el período 2000 a 2007. Esta investigación se basa en el registro del Sistema Clínico de la Autoridad Hospitalaria. Como conclusión, se constatan menores tasas de incidencia en mujeres respecto a los varones entre los 35 y los 84 años, pero mayor mortalidad entre las mujeres de 85 y más años.

En cuanto al TCE, Andelic, N. et al (2012) abordan el estudio de la incidencia de las hospitalizaciones por TCE severo en Noruega en población adulta, con el propósito de determinar si existen diferencias entre las regiones rurales y urbanas. La metodología observa las admisiones por TCE severo en los Centros de Referencia por Traumatismo en Noruega durante un periodo de dos años (2009-2010). Se monitorizó el registro semanal de pacientes conforme a la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10), para un conjunto de diagnósticos, definiendo el TCE teniendo en cuenta la Escala de Coma de Glasgow. Entre los resultados, la mayor incidencia se dio entre los grupos de edad más jóvenes y más mayores. Las causas más comunes de traumatismo craneal fueron caídas y accidentes de tráfico. Las mayores tasas de mortalidad se dieron entre los pacientes mayores. No se encontraron diferencias significativas entre regiones rurales y urbanas.

Igualmente a partir de la base nacional de altas hospitalarias, Barker-Collo, S.L. et al (2009) observan las tendencias del TCE en Nueva Zelanda, entre 1997/98 y 2003/2004. Los autores observan un aumento en las tasas de incidencia al cambiar de los códigos diagnósticos de la CIE-9 a los de la CIE-10. También constatan disparidad en la incidencia por grupo étnico, edad y sexo.

Barker-Collo S.L. et al (2009) observan la dificultad para comparar resultados de incidencia del TCE por la diferencia entre los métodos de estudio empleados (por ejemplo, en los criterios de inclusión de casos). A diferencia de otras patologías como el infarto de miocardio o la esclerosis múltiple, el TCE comprende un conjunto de situaciones y diagnósticos más complejos, sin un acuerdo actual unánime. Esto se traduce habitualmente en subestimaciones de la incidencia, al basarse los estudios en registros de alta hospitalaria, lo cual excluye con frecuencia los traumatismos más leves, que acuden a servicios de emergencia. En otras ocasiones el TCE no se codifica adecuadamente y queda a la sombra de otras lesiones traumáticas. Además, los estudios pueden establecer diferentes ajustes de edad, limitar la selección de casos a determinados niveles de severidad o etiologías. La necesidad de contar con estudios de incidencia del TCE fiables y comparables implica, apuntan los autores, avanzar hacia la estandarización de los criterios diagnósticos del TCE, con base en los códigos de la OMS, asegurar que se incluyen en los estudios todos los casos, incluyendo los traumatismos craneales leves, fatales y no fatales, en pacientes hospitalizados y no hospitalizados, con al menos seguimiento de un año en la población correspondiente para ser representativos.

En suma, respecto al estudio de la incidencia del ACV y del TCE, se observan cómo pautas metodológicas:

- La explotación de los registros clínicos hospitalarios del sistema de salud, basados en los códigos de la OMS, con arreglo a la CIE (9 ó 10). Se constata una mayor dificultad para determinar los códigos del TCE, por su mayor complejidad de etiologías, grados de conciencia asociados a la probabilidad de secuelas, etc.

- De manera complementaria, la contribución de estudios monográficos realizados en uno o varios centros hospitalarios y su entorno de población. Además de los códigos de clasificación basados en la OMS, estos estudios aplican procedimientos complementarios, como la neuroimagen y la verificación por diferentes especialistas. Aunque pueden estar restringidos por su alcance territorial al ámbito del centro o centros hospitalarios y sus poblaciones de referencia, sus resultados aportan un conocimiento en profundidad sobre aspectos relacionados con la incidencia, ya sea la tasa regional, su evolución en el tiempo, sexo, edad, etc.. En la medida en que aplican procedimientos estándar, posibilitan la comparación con otras investigaciones y resultados.

El presente estudio mantiene la continuidad y coherencia con la metodología de explotación de la Base de Datos Estatal de Altas Hospitalarias aplicada en el Informe del Defensor del Pueblo (2005), a partir de una selección de códigos diagnósticos de la CIE-9 validada por equipos médicos expertos en la materia. Esta metodología es conforme a los estándares internacionales observados.

3.1.2 Prevalencia

La prevalencia del DCA es su presencia, número de casos, en un conjunto poblacional. Ya no nos encontramos ante el momento agudo, de atención y medición en los centros hospitalarios, sino ante personas en sociedad tras la alta médica. Los datos de prevalencia requieren actualizaciones periódicas para fundamentar la planificación de los recursos sanitarios y sociales. Los métodos para medir la prevalencia del DCA son, básicamente, las encuestas en sus diferentes variantes.

Por considerar el ejemplo del CDC (2012), dicho instituto monitoriza la prevalencia del ACV a través del *Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos del Comportamiento* (Behavioral Risk Factor Surveillance System, BRFSS). Mediante este sistema, los Departamentos estatales de Salud realizan una encuesta telefónica a los mayores de 18 años. Desde 2005 se incluyó una acción sobre enfermedades cardiovasculares, que incluye una pregunta sobre ACV. El análisis permite estimaciones relacionadas con la edad, el sexo, el grupo étnico, el nivel educativo, el Estado de residencia.

Entre los estudios monográficos, Jungehülsing G.J. et al (2008), con sede en Berlín, realizaron una encuesta sobre la prevalencia del ACV en zonas urbanas, dirigiendo información postal sobre los síntomas del ACV, y un cuestionario, a un total de 75,720 hogares con al menos una persona de 50 o más años. Un total de 28,090 personas respondieron. De los participantes, un total de un 4,5% había sido diagnosticado por ACV. Entre otros resultados, se observó el mayor prevalencia a mayor edad, ser varón, nacionalidad no alemana, menor educación, historia familiar de ACV o vivir solo.



En una línea análoga, Fernandes, T.G. et al (2014) realizaron una encuesta para comparar la prevalencia del ACV en una comunidad *Ribeirinha* de la Amazonia brasileña respecto a la población urbana de la misma municipalidad. Los resultados mostraron una prevalencia del ACV del 6,3% en el área rural y del 3,7% en zonas urbanas. La mayor proporción de ACV se dio entre los *ribeirinhos* con menos acceso a atención médica en comparación con el área. La mayor asociación como factor de riesgo para el ACV se vinculó a vivir en zona rural sin acceso a atención médica.

La identificación de la menor educación o nacionalidad no alemana como riesgos de mayor propensión a tener un ACV (Jungehülsing G.J. et al, 2008) y de acceso a la atención médica (Fernandes, T.G. et al, 2014), parecen cuestionar su vinculación a factores estrictamente "raciales", según la clasificación ejemplificada en el estadounidense CDC expuesta con anterioridad. Parecen ser los factores socioeconómicos -de clase social, en otros términos-, efectivamente vinculados a grupos étnicos, los realmente determinantes de la mayor o menor probabilidad de tener un ictus y también de sobrevivencia al mismo.

La pregunta por el ACV, el TCE y otras condiciones relativas al daño cerebral adquirido suelen recogerse en las encuestas nacionales de salud y discapacidad. En España, a través de la encuesta EDAD (Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Dependencia), realizada por el INE (2008). Esta fuente, como su precedente, ha sido objeto ya de análisis para la estimación de la prevalencia del DCA (Quezada, M. 2011).

4 El Daño Cerebral en España, aproximación demográfica

En este apartado se presenta un primer análisis de *fuentes estadísticas* relacionadas con el DCA que permiten definir un marco demográfico del mismo. Para ello se han utilizado tres fuentes principales:

- **Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización** del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad fichero de datos enviado desde el Instituto de Información Sanitaria. El fichero utilizado cuenta con **657.286** registros, de los que se han omitido aquellos diagnósticos que no hacían referencia al DCA. La **explotación** de los datos provenientes de este fichero se ha realizado siguiendo criterio utilizado en el Informe Monográfico del Defensor del Pueblo (2006), es decir, haciendo una aproximación al DCA a partir de códigos diagnósticos al alta hospitalaria, conforme a la CIE-9, versión que aplica dicha fuente. Se ha llevado a cabo una primera explotación que permite diferenciar el DCA según la etiología (ACV, TCE, Anoxia) y la probabilidad de secuela. Los datos remitidos por el Instituto de Información Sanitaria permiten contar, entre otros, con datos de los años 2010, 2011, 2012. Además de cifras por sexo y edad, comunidad de residencia y régimen de financiación. Los datos que esta primera explotación no permiten determinar tendencias sobre el DCA en España, por eso complementaremos los datos con la **Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH)** del INE que nos ofrece tasas anuales de altas hospitalarias desde 1977 para el ACV y para las lesiones y envenenamientos donde se encuentra el TCE.
- **Base de Datos Estatal de Discapacidad (BDEPD)**, que consta de más de **3 millones de registros** de personas que han solicitado reconocimiento oficial de discapacidad, de los que se han seleccionado los casos con diagnósticos relacionados con DCA siguiendo criterios CIE10: **G04.9, G06, G06.0, G06.1, G09, I60-I69, S06**.
- **Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) 2008**, que es una gran operación estadística realizada por el Instituto Nacional de Estadística en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social, la Fundación ONCE, CERMI y FEAPS. En esta Encuesta, junto con una muestra de 96.000 hogares y 260.000 personas, se ofrecen datos sobre las personas que residen en instituciones públicas y privadas (con una muestra de 800 centros y 11.000 personas). Para la realización de este documento se han utilizado las categorías “daño cerebral adquirido” y “accidentes cerebrovasculares” (una de las principales etiologías del daño cerebral adquirido) incluidas en la sección del Cuestionario de Discapacidades asignada a responder en relación a la “enfermedad crónica diagnosticada”.
-

4.1 La incidencia del DCA a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)

En este apartado 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. Los datos que aquí se detallan corresponden al período 2010-2012.

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 de 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 secundario⁵
- Procedimientos quirúrgicos y obstétricos
- Otros procedimientos
- Fecha de alta
- Circunstancias del alta
- Identificación del Hospital

⁵ El diagnóstico principal es definido como “el proceso patológico o circunstancia que después del estudio pertinente y según criterio facultativo, se establece como causa del ingreso en el hospital, aunque durante su estancia apareciesen otras complicaciones importantes o incluso otras enfermedades más severas independientes de la que motivó el ingreso”. 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”

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011), *CIE 9 Manual de Codificación*,
<http://goo.gl/I87TdX>

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 cerebrales⁶ se contienen en un único código diagnóstico en la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 9, la enfermedad cerebrovascular se distribuye en 42 códigos diagnósticos⁷. 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 diagnósticos⁸ 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

⁶ 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”

⁷ 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.

⁸ El 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.

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.

Así, 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).

4.1.1 Altas Hospitalarias por Accidente Cerebrovascular en España 2010-2012

De acuerdo al Registro de Altas CMBD de Hospitalización del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, durante el período 2010-2012 en España se registraron 457.578 altas hospitalarias por accidentes cerebrovasculares. Es importante destacar la diferencia entre alta hospitalaria y paciente debido a que una persona puede ingresar más de una vez en el mismo año. Así para este período el porcentaje de reingresos se sitúa en el 9,2%. Aunque se trata de un periodo corto, se puede apreciar un ascenso anual de los casos, del 3,8% entre 2010 y 2012.

Tabla 1. Altas hospitalarias por ACV en España. 2010-2012.

Año	Varones	Mujeres	Total
2010	82.024	67.885	149.911
2011	82.784	68.975	151.768
2012	84.785	71.104	155.899
Total	249.593	207.964	457.578

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

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).

Tabla 2. Códigos CIE9 Enfermedad Cerebrovascular.

capítulo VII «Enfermedades del Sistema Circulatorio» 430 al 438	
CODIGO	DESCRIP
430	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
431	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL
432.0	HEMORRAGIA EXTRADURAL NO TRAUMATICA
432.1	HEMORRAGIA SUBDURAL
432.9	HEMORRAGIA INTRACRANEAL NO ESPECIFICADA
433.00	OCLUSION Y ESTENOSIS ARTERIA BASILAR SIN INFARTO CEREBRAL
433.01	OCLUSION Y ESTENOSIS ARTERIA BASILAR CON INFARTO CEREBRAL
433.10	OCLUSION Y ESTENOSIS ARTERIA CAROTIDA SIN INFARTO CEREBRAL
433.11	OCLUSION Y ESTENOSIS ARTERIA CAROTIDA CON INFARTO CEREBRAL
433.20	OCLUSION Y ESTENOSIS ARTERIA VERTEBRAL SIN INFARTO CEREBRAL
433.21	OCLUSION Y ESTENOSIS ARTERIA VERTEBRAL CON INFARTO CEREBRAL
433.30	OCLUSION Y ESTENOSIS MULTIP. Y BILAT. SIN INFARTO CEREBRAL
433.31	OCLUSION Y ESTENOSIS MULTIP. Y BILAT. CON INFARTO CEREBRAL
433.80	OCLUSION Y ESTENOSIS OTRA ARTERIA ESPEC SIN INFARTO CEREBRAL
433.81	OCLUSION Y ESTENOSIS OTRA ARTERIA ESPEC CON INFARTO CEREBRAL
433.90	OCLUSION Y ESTENOSIS ART. PRECER. NEOM SIN INFARTO CEREBRAL
433.91	OCLUSION Y ESTENOSIS ART. PRECER. NEOM CON INFARTO CEREBRAL
434.00	TROMBOSIS CEREBRAL SIN MENCION DE INFARTO CEREBRAL
434.01	TROMBOSIS CEREBRAL CON INFARTO CEREBRAL
434.10	EMBOLIA CEREBRAL SIN MENCION DE INFARTO CEREBRAL
434.11	EMBOLIA CEREBRAL CON INFARTO CEREBRAL
434.90	OCLUS. DE ART.CEREBRAL NO ESPECIF. SIN MENCION DE I.CEREBRAL
434.91	OCLUSION DE ART. CEREBRAL NO ESPECIF. CON INFARTO CEREBRAL
435.0	SINDROME DE LA ARTERIA BASILAR
435.1	SINDROME DE LA ARTERIA VERTEBRAL
435.2	SINDROME DE ROBO DE LA SUBCLAVIA
435.3	SINDROME DE LA ARTERIA VERTEBROBASILAR
435.8	OTRAS ISQUEMIAS CEREBRALES TRANSITORIAS ESPECIFICADAS
435.9	ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA NO ESPECIFICADA
436	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR AGUDA MAL DEFINIDA
437.0	ATEROESCLEROSIS CEREBRAL
437.1	OTRA ENFERM. CEREBROVASCULAR ISQUEMICA GENERALIZADA
437.2	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA
437.3	ANEURISMA CEREBRAL NO ROTO
437.4	ARTERITIS CEREBRAL
437.5	ENFERMEDAD DE MOYAMOYA
437.6	TROMBOSIS NO PIOGENA SENO VENOSO INTRACRANEAL
437.7	AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA
437.8	OTROS ENF. CEREBROVASCULARES Y ENF. CEREBROVASCULARES MAL DE
437.9	OTRAS ENF. CEREABROVAS. Y ENF. CEREBROVS.NO ESPECIFICADA

**Los códigos subrayados han sido considerados como códigos con probabilidad de secuela

A partir de esta selección de códigos relacionados con ACV con probabilidad secuela (cps), durante el período 2010-2012 se han contabilizado 297.851 altas hospitalarias por ACV cps (Tabla 3), esto supone el 65% del total de altas hospitalarias por esta etiología. El promedio anual se sitúa en 99.284 altas hospitalarias. En este caso el porcentaje de reingreso es del 7,8%.

Tabla 3. Altas hospitalarias por ACV cps en España. 2010-2012.

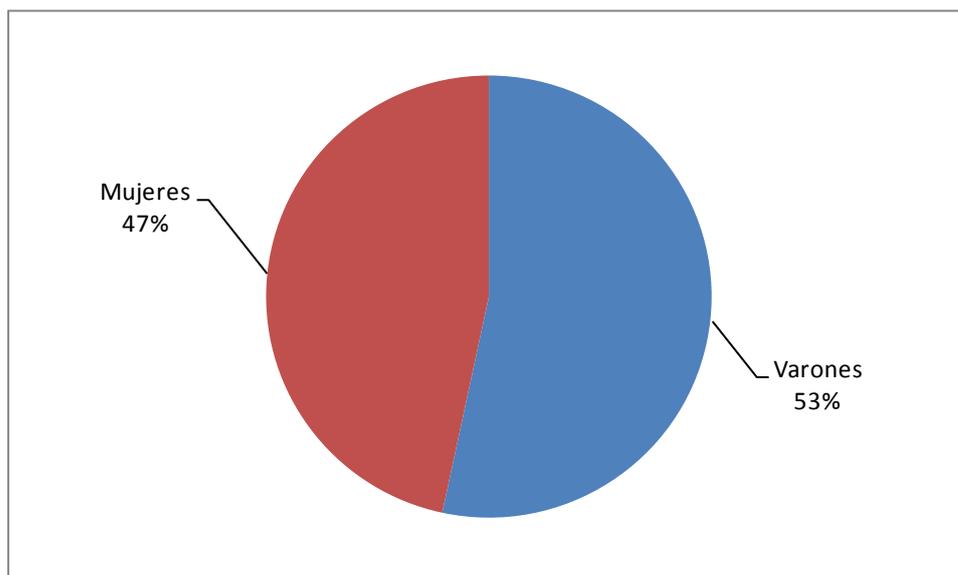
Año	Varones	Mujeres	Total
2010	51.891	45.321	97.213
2011	53.042	45.995	99.042
2012	53.989	47.601	101.596
Total	158.922	138.917	297.851

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Edad y sexo

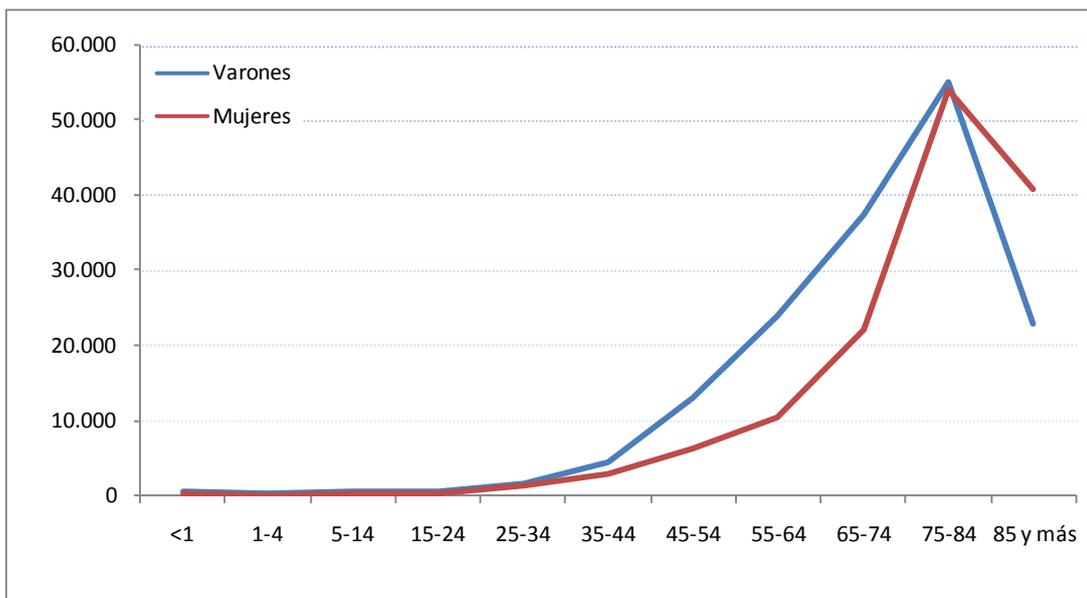
El promedio de edad se sitúa en los 73,5 años y los varones representan el 53% de las altas hospitalarias por ACV cps (Gráfico 1). Al atender a los datos según el grupo de edad y sexo, se observa que entre los 35 y los 74 años los varones representan el 60% de estas altas hospitalarias mientras que en los siguientes tramos de edad esta preeminencia por sexos se invierte debido, entre otras cuestiones, a la mayor esperanza de vida de las mujeres (Gráfico 2).

Gráfico 1. Altas hospitalarias por ACV cps en España. 2010-2012. Según sexo



Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Gráfico 2. Altas hospitalarias por ACV cps en España. 2010-2012. Según edad y sexo.

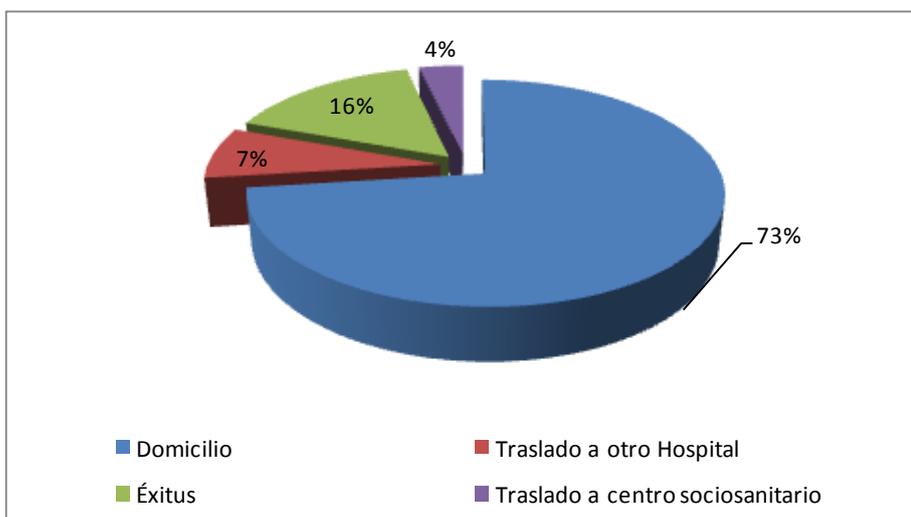


Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Tipo de ingreso, motivo del alta y días de hospitalización

El tipo de ingreso mayoritario es por urgencias, en el 93,1% de los casos con un tiempo de estancia promedio de 11,75 días. Respecto al motivo del alta destacan los porcentajes del 73% y del 16% que corresponden a la vuelta a domicilio y al fallecimiento respectivamente (Gráfico 3).

Gráfico 3. Altas hospitalarias por ACV cps en España. 2010-2012. Según motivo del alta.



Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Edad y motivo del alta

Al considerar la edad y el motivo del alta, cabe destacar:

- El 86% de los fallecimientos corresponde a pacientes mayores de 65 años.
- El número de supervivientes en el período estudiado asciende a 251.110 personas. De éstas, el 23% se encuentra por debajo de los 65 años.

Tabla 4. Altas hospitalarias por ACV cps en España. 2010-2012. Según motivo del alta y grupo de edad.

Grupo de Edad	Domicilio	Tipo de Alta					Total
		Traslado a otro Hospital	Alta voluntaria	Éxitus	Traslado a centro socio-sanitario	Otros-desconocido	
0 a 64 años	50.817	6.243	323	6.573	1.320	234	65.510
65 y más	165.291	16.130	409	40.168	9.417	926	232.341
Total	216.108	22.373	732	46.741	10.737	1.160	297.851

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Respecto al tipo de financiación, los datos muestran que el 96,18% de las altas han sido financiadas por la seguridad social frente a un 2,6% financiadas a través de otras vías y no se conoce la vía de financiación en el 1,19% de estas altas.

Tabla 5. Altas hospitalarias por ACV cps en España. 2010-2012. Según régimen de financiación.

Tipo de financiación	Número de Pacientes	Porcentajes
Seguridad Social	286.467	96,18
Corporaciones locales/Cabildos insulares	86	,03
Mutuas de Asistencia Sanitaria	1.216	,41
Accidentes de trabajo	289	,10
Accidentes de tráfico	404	,14
Privado	4.130	1,39
Financiación mixta	91	,03
Otros	1.628	,55
Desconocido	3.540	1,19
Total	297.851	100,00

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Distribución territorial

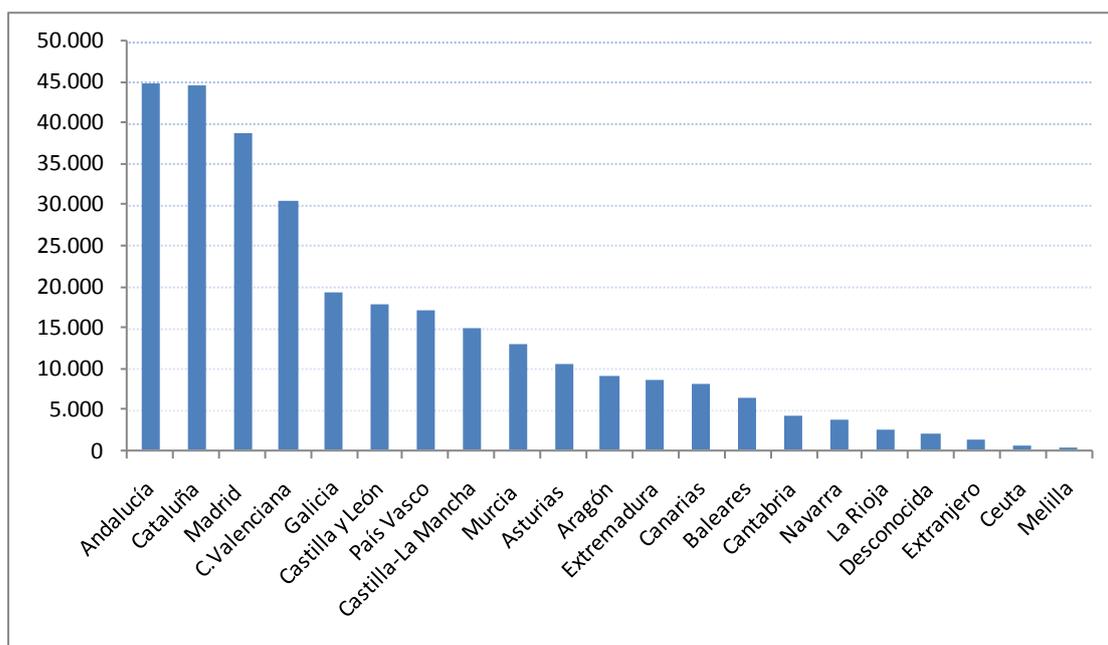
Al considerar la distribución territorial de estas altas hospitalarias destacan los datos de Andalucía, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana y Galicia que registran, por este orden, la mayor incidencia de altas por ACV con probabilidad de secuela (cps).

Tabla 6. Altas hospitalarias por ACV cps en España. 2010-2012. Según Comunidad Autónoma de Residencia.

Comunidad Autónoma	Varones	Mujeres	Total
Andalucía	24.952	19.941	44.899
Aragón	4.819	4.093	8.912
Asturias (Principado de)	5.238	5.209	10.447
Balears (Illes)	3.638	2.734	6.372
Canarias	4.627	3.460	8.088
Cantabria	2.210	2.043	4.253
Castilla y León	9.500	8.283	17.783
Castilla-La Mancha	7.768	7.099	14.867
Cataluña	24.059	20.685	44.744
Comunidad Valenciana	16.603	13.954	30.557
Extremadura	4.493	4.093	8.586
Galicia	9.592	9.566	19.159
Madrid (Comunidad de)	19.477	19.299	38.777
Murcia (Región de)	6.947	5.952	12.899
Navarra (Comunidad Foral de)	2.008	1.718	3.726
País Vasco	9.287	7.857	17.144
Rioja (La)	1.334	1.221	2.555
Ceuta	252	237	489
Melilla	148	132	280
Residencia en el extranjero	811	462	1.273
Residencia desconocida	1.159	879	2.041
Total	158.922	138.917	297.851

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Gráfico 4. Altas hospitalarias por ACV cps en España. 2010-2012. Según Comunidad Autónoma de Residencia.



Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

4.1.2 Altas Hospitalarias por Traumatismo Craneoencefálico en España 2010-2012

De acuerdo al Registro de Altas CMBD de Hospitalización del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, durante el período 2010-2012 en España se registraron 81.716 altas hospitalarias por traumatismos craneoencefálicos (TCE). Indicamos de nuevo la importancia de diferenciar entre alta hospitalaria y paciente debido a que una persona puede ingresar más de una vez en el mismo año. Para este período estudiado (2010-2012) el porcentaje de reingresos se sitúa en el 4,3%.

Tabla 7. Altas hospitalarias por TCE en España 2010-2012.

Año	Varones	Mujeres	Total
2010	16.312	10.672	26.986
2011	16.441	10.977	27.423
2012	16.192	11.113	27.307
Total	48.945	32.762	81.716

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

TCE con probabilidad de secuelas

Al igual que en el ACV, se ha hecho una distinción entre el TCE en general y un TCE con probabilidad de secuelas (cps). Para este caso 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 coma⁹:

- 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.

Los detalles sobre las altas hospitalarias por TCE cps se apuntan a continuación:

Durante el período 2010-2012 se han registrado 14.811 altas hospitalarias por TCE cps. El promedio anual es de 4.937 altas hospitalarias.

El porcentaje de reingresos es de 2,8%. Para el caso del TCE cps se observa un mayor peso de los varones, que representan el 67% del total de estas altas hospitalarias.

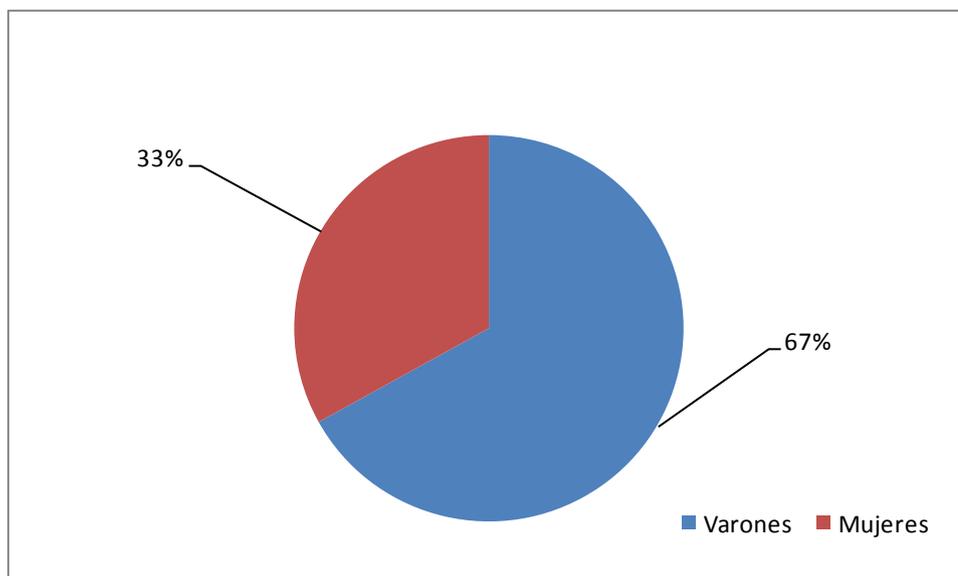
Tabla 8. Altas hospitalarias por TCE cps en España 2010-2012.

Año	Varones	Mujeres	Total
2010	3.365	1.625	4.991
2011	3.330	1.724	5.055
2012	3.217	1.548	4.765
Total	9.912	4.897	14.811

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

⁹Para 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. Para consultar los códigos seleccionados revise el Anexo 8.1 de este documento.

Gráfico 5. Altas hospitalarias por TCE cps en España 2010-2012. Según sexo.



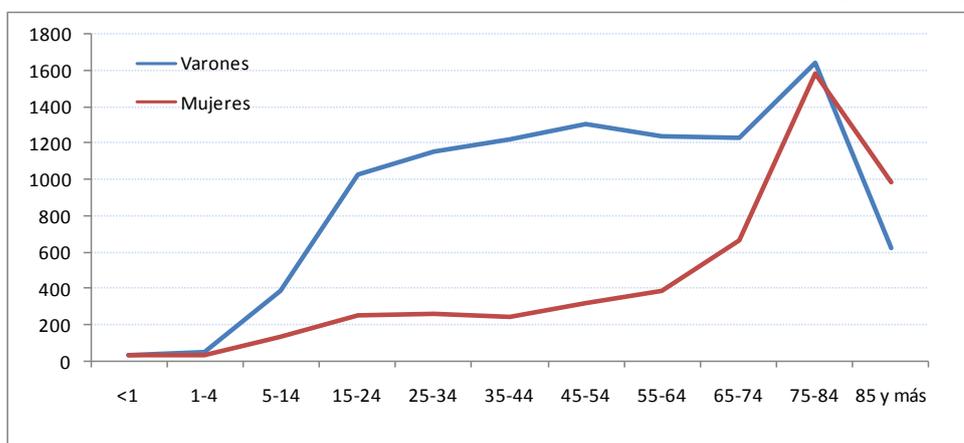
Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Edad y sexo

El promedio de edad de las personas ingresadas por TCE cps se sitúa en los 56 años. Al atender a los datos según grupos de edad y sexo, se observa la mayor presencia de varones en todos los tramos de edad, salvo en el último tramo aquí considerado (85 y más).

Otra cuestión a resaltar es el peso de las personas que se encuentran en el grupo de 75-84 años que representan el 22% del total de las altas hospitalarias por TCE cps. Conviene tener en cuenta que la supervivencia de estas personas es significativamente menor que la de quienes están en grupos de edad más joven.

Gráfico 6. Altas hospitalarias por TCE cps en España 2010-2012. Según edad y sexo.

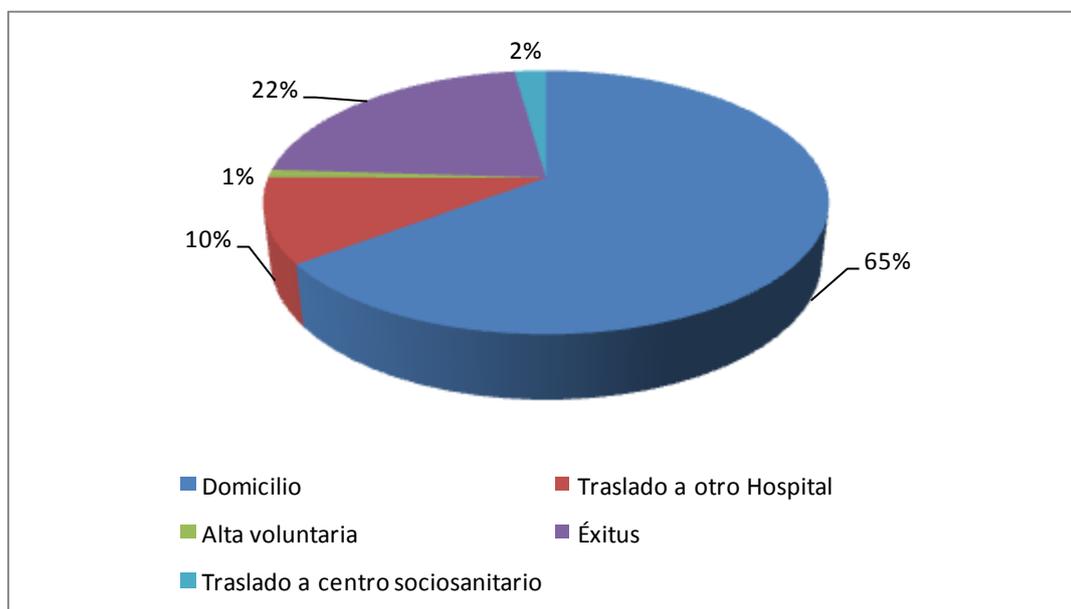


Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Tipo de ingreso, motivo del alta y días de hospitalización

El 96,7% de los ingresos ha sido de carácter urgente. El tiempo medio de estancia hospitalaria se sitúa en 15 días. En el motivo del alta destacan tres porcentajes: Uno, el que se refiere a la vuelta al domicilio que es el 65%. Dos, el porcentaje de fallecimiento que es del 22%. Y el del 10% que representa el traslado a otro hospital.

Gráfico 7. Altas hospitalarias TCE cps en España 2010-2012. Según el motivo de alta.



Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Edad y motivo del alta

Al considerar la edad y el motivo del alta, cabe destacar:

- El 66% de los fallecimientos corresponde a pacientes mayores de 65 años.
- El número de supervivientes en el período estudiado asciende a 11.590 personas. El promedio anual es de 3.863 personas.
- De estas personas el 60% se encuentra por debajo de los 65 años.

Tabla 9. Altas hospitalarias por TCE cps en España 2010-2012. Según edad y motivo de alta.

Grupo de edad	Domicilio	Tipo de Alta					Total
		Traslado a otro Hospital	Alta voluntaria	Éxitus	Traslado a centro socio-sanitaria	Otros-desconocido	
0 a 64 años	5.778	950	118	1.094	104	36	8.080
65 y más	3.764	581	25	2.127	214	20	6.731
Total	9.542	1.531	143	3.221	318	56	14.811

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Respecto al régimen de financiación resaltan los porcentajes de la seguridad social con un 71,28% y los “accidentes de tráfico” que financian el 17,10% de estas altas hospitalarias; le siguen por orden de importancia la financiación privada y los accidentes de trabajo con un 4,36% y un 3,83% respectivamente.

Tabla 10. Altas hospitalarias por TCE cps en España 2010-2012. Según régimen de financiación.

Tipo de financiación	Número de Pacientes	Porcentajes
Seguridad Social	10.558	71,28
Corporaciones locales/Cabildos insulares	6	,04
Mutuas de Asistencia Sanitaria	90	,61
Accidentes de trabajo	567	3,83
Accidentes de tráfico	2.532	17,10
Privado	646	4,36
Financiación mixta	28	,19
Otros	247	1,67
Desconocido	137	,92
Total	14.811	100,00

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Distribución territorial

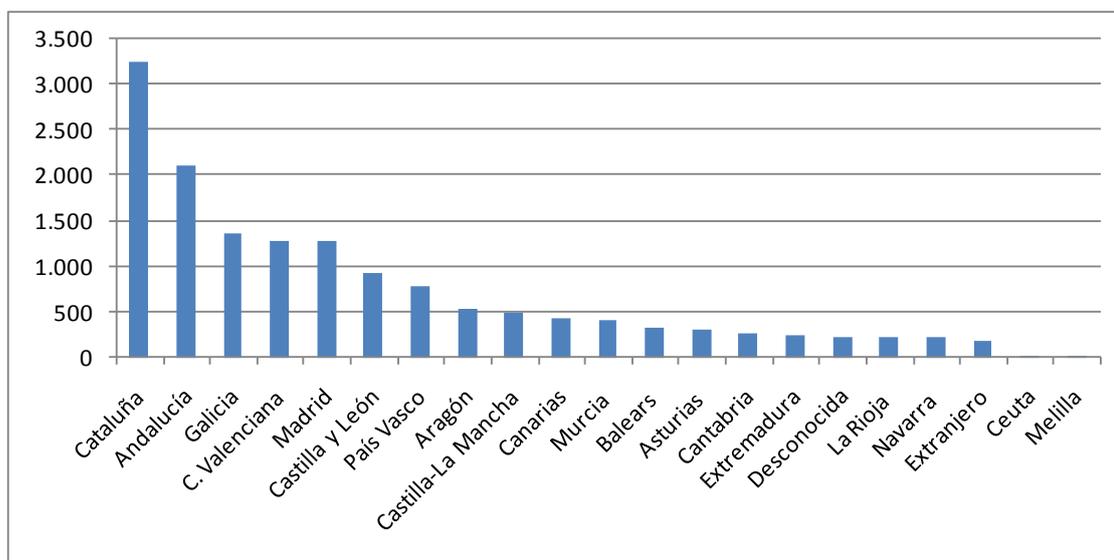
La distribución territorial de estas altas hospitalarias muestra que en Cataluña es la Comunidad Autónoma con más altas hospitalarias por TCE cps; le siguen por orden de altas: Andalucía, Galicia y la Comunidad Valenciana.

Tabla 11. Altas hospitalarias por TCE cps en España 2010-2012. Según Comunidad Autónoma de Residencia.

Comunidad Autónoma	Varones	Mujeres	Total
Andalucía	1.468	635	2.104
Aragón	355	169	524
Asturias (Principado de)	189	116	305
Baleares (Illes)	229	89	318
Canarias	312	118	430
Cantabria	169	92	261
Castilla y León	614	322	936
Castilla-La Mancha	310	175	485
Cataluña	2.139	1.102	3.241
Comunidad Valenciana	834	443	1.277
Extremadura	167	77	244
Galicia	895	464	1.359
Madrid (Comunidad de)	818	450	1.269
Murcia (Región de)	283	132	415
Navarra (Comunidad Foral de)	139	72	211
País Vasco	530	250	780
Rioja (La)	135	78	213
Ceuta	10	6	16
Melilla	10	3	13
Residencia en el extranjero	147	42	189
Residencia desconocida	159	62	221
Total	9.912	4.897	14.811

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Gráfico 8. Altas hospitalarias por TCE cps en España 2010-2012. Según Comunidad Autónoma de Residencia.



Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

4.1.3 Altas Hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012

Durante el período 2010-2012 se han registrado 1.442 altas hospitalarias por anoxia. Esto supone un promedio anual de 481 altas. El porcentaje de reingresos para este período se sitúa en el 9,6%.

Tabla 12. Altas hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012.

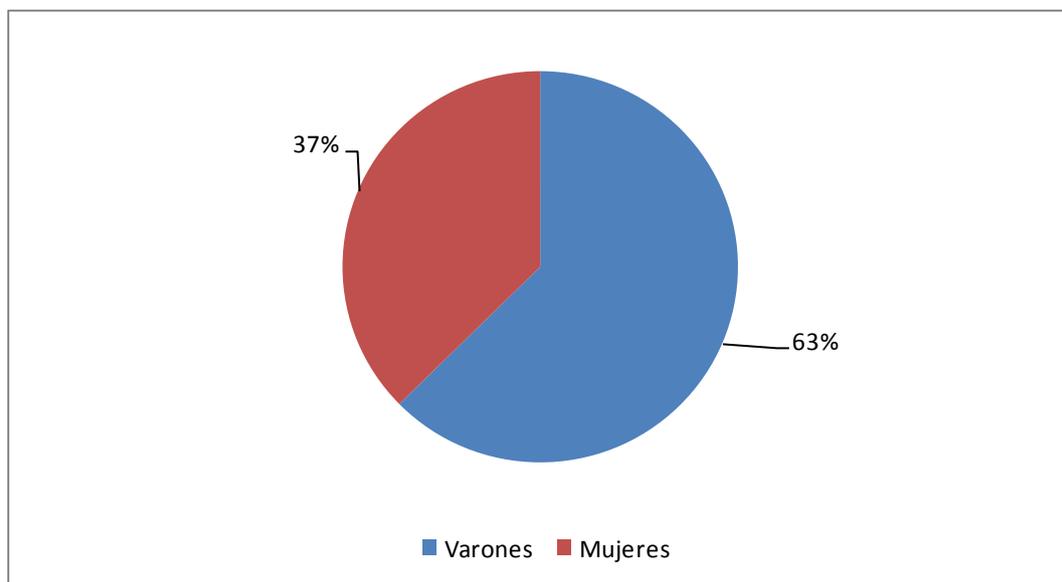
Año	Varones	Mujeres	Total
2010	283	184	467
2011	306	189	495
2012	314	166	480
Total	903	539	1.442

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Edad y sexo

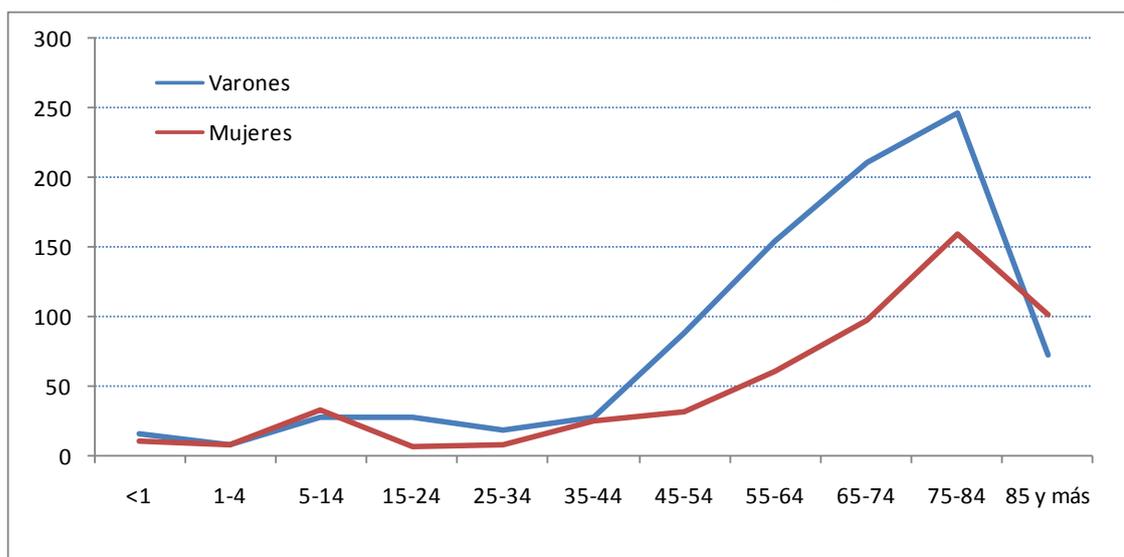
El 63% de estas altas corresponde a varones (Gráfico 10) y el promedio de edad se sitúa en los 64 años. Al atender a la distribución de estas altas por grupo de edad y sexo, se observa que a partir de los 45 años los episodios hospitalarios por esta etiología aumentan, alcanzando máximos en los grupos de edad más avanzada.

Gráfico 9. Altas hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012. Según sexo.



Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Gráfico 10. Altas hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012. Según edad y sexo.

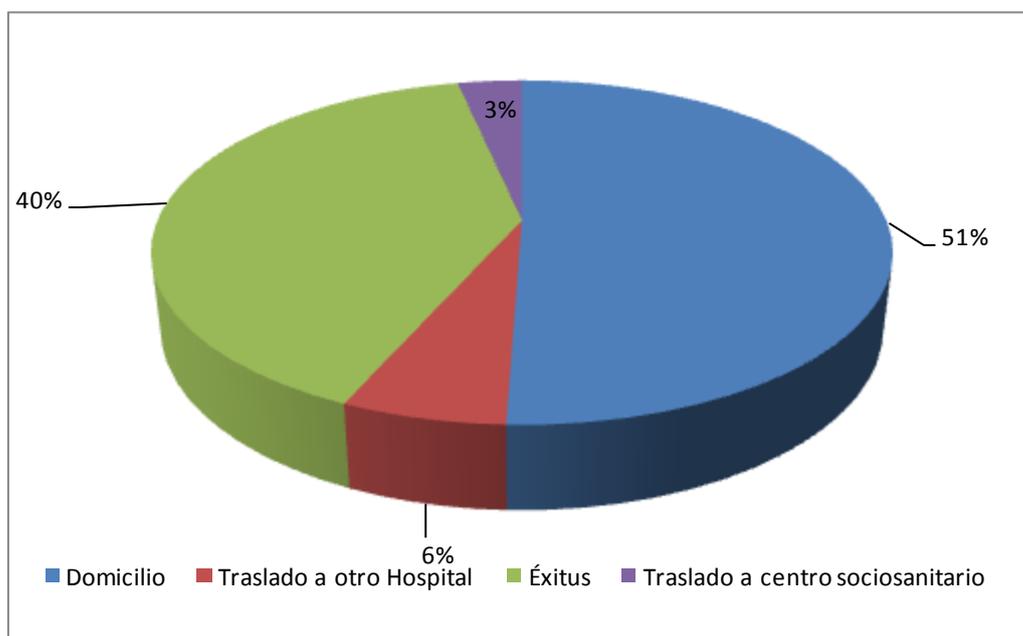


Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Tipo de ingreso, motivo del alta y días de hospitalización

El 89,3% de los ingresos ha sido por urgencias y los días promedio de estancia se sitúa en 17 días. En el motivo del alta se registran un 40% de fallecimientos, un 51% con alta domiciliaria, un 6% con traslado a otro hospital y un 3% se traslada a un centro sociosanitario.

Gráfico 11. Altas hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012. Según motivo de Alta



Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Edad y motivo del alta

Al considerar la edad y el motivo del alta, cabe destacar:

- El 60% de los fallecimientos corresponde a pacientes mayores de 65 años.
- El número de supervivientes en el período estudiado asciende a 868 personas. El promedio anual es de 289 personas.
- De estas personas el 37% se encuentra por debajo de los 65 años.

Tabla 13. Altas hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012. Según edad y motivo de Alta

Grupo de edad	Domicilio	Tipo de Alta					Total
		Traslado a otro Hospital	Alta voluntaria	Éxitus	Traslado a centro socio-sanitario	Otros-desconocido	
0 a 64 años	255	44	1	230	15	5	550
65 y más	470	43	0	344	33	5	892
Total	725	87	1	574	48	7	1.442

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

En relación con el régimen de financiación, los datos señalan que el 90,36% de las altas han sido financiadas por la seguridad; un 3,12% por “accidentes de tráfico”; un 2,77% corresponde a financiación privada y el 3,75 restante a otras vías.

Tabla 14. Altas hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012. Según régimen de financiación.

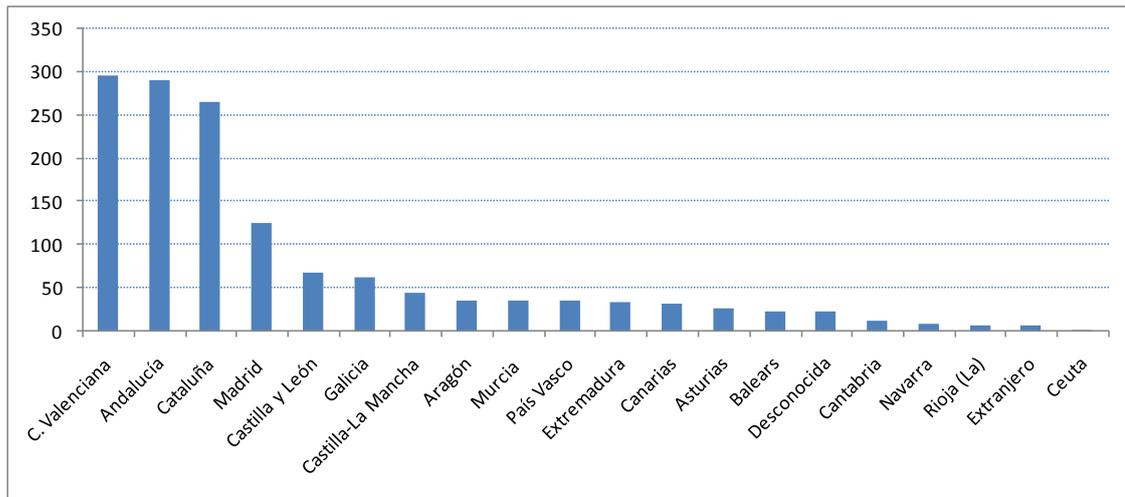
Tipo de financiación	Número de Pacientes	Porcentajes
Seguridad Social	1.303	90,36
Mutuas de Asistencia Sanitaria	4	0,28
Accidentes de trabajo	6	0,42
Accidentes de tráfico	45	3,12
Privado	40	2,77
Otros	19	1,32
Desconocido	25	1,73
Total	1.442	100,00

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Distribución territorial

En el Gráfico 12 se puede observar la distribución territorial de estas altas hospitalarias. En este gráfico destacan las Comunidades Autónomas de Valencia, Andalucía y Cataluña que presentan el mayor número de altas hospitalarias por anoxia durante el período 2010-2012.

Gráfico 12. Altas hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012. Según Comunidad Autónoma de Residencia.



Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

4.2 Aproximación a la prevalencia del DCA a partir de la Base de datos Estatal de personas con discapacidad (BDED)

La información recogida en la Base de datos Estatal de personas con discapacidad (BDED) procede de la gestión de valoraciones de discapacidad en las distintas Comunidades Autónomas, Ceuta y Melilla. Dispone de información sobre las características de las personas valoradas a efectos de la calificación de su grado de discapacidad, para la realización de estudios epidemiológicos.

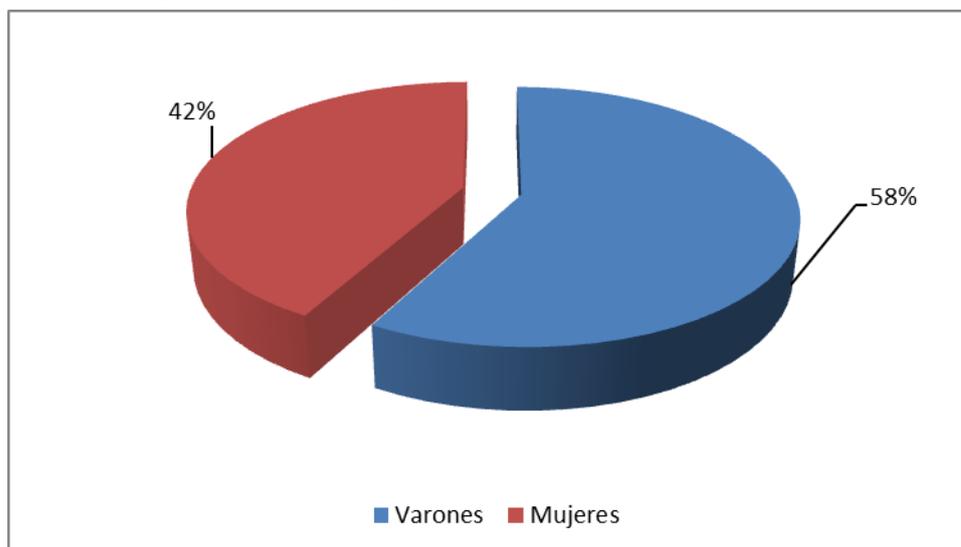
Para la realización de este estudio se han seleccionado los siguientes diagnósticos:

Código	Descripción
G04.9	Encefalitis, mielitis y encefalomielitis, sin especificar. Ventriculitis cerebral, sin especificar
G06	Abscesos y granulomas intracraneales e intraespinales
G06.0	Absceso y granuloma intracraneal. Absceso embólico de encéfalo (cualquier parte), cerebelo, cerebro, otógeno. Absceso o granuloma intracraneal epidural, extradural o subdural
G06.1	Absceso y granuloma intraespinal. Absceso (embólico) de la médula espinal(cualquier parte; epidural, extradural o subdural)
G09	Secuelas de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central
I60.9	Hemorragia subaracnoidea, no especificada
I61.2	Hemorragia intracerebral en hemisferio, no especificada
I61.9	Hemorragia intraencefalica, no especificada
I64	Accidente vascular encefalico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico
I65.9	Oclusión y estenosis de arteria precerebral no especificada
I66.9	Oclusión y estenosis de arteria cerebral no especificada
I67.9	Enfermedad cerebrovascular, no especificada
I69.4	Secuelas de accidente vascular encefálico, no especificado como hemorrágico o isquémico
S06.9	Traumatismo intracraneal, no especificado

Personas que han sido valoradas por discapacidad

De acuerdo con los datos obtenidos a partir de la selección de códigos diagnósticos de la Base Estatal de personas con discapacidad, en España hasta el año 2012 han sido valoradas 113.132 personas con DCA. De éstas el 58% son varones y el 42% mujeres (Gráfico 13).

Gráfico 13. Personas con DCA que han acudido a los servicios de valoración de discapacidad por Sexo. Porcentaje.



Base de datos Estatal de personas con discapacidad. 2012

Los datos según Comunidad Autónoma muestran que Cataluña, Andalucía y Madrid presentan el mayor número de personas valoradas con DCA.

Tabla 15. Personas con DCA que han acudido a los servicios de valoración de discapacidad por Comunidad Autónoma de residencia. Total personas.

CCAA	Frecuencia
Andalucía	20.328
Aragón	4.932
Principado de Asturias	4.692
Canarias	2.483
Cantabria	1.304
Castilla y León	5.066
Cataluña	23.558
Comunidad Valenciana	11.209
Extremadura	2.796
Galicia	8.044
Comunidad de Madrid	13.158
Región de Murcia	7.418
País Vasco	7.534
Ceuta y Melilla	260
No consta	350
Total	113.132

Base de datos Estatal de personas con discapacidad. 2012

Edad y sexo

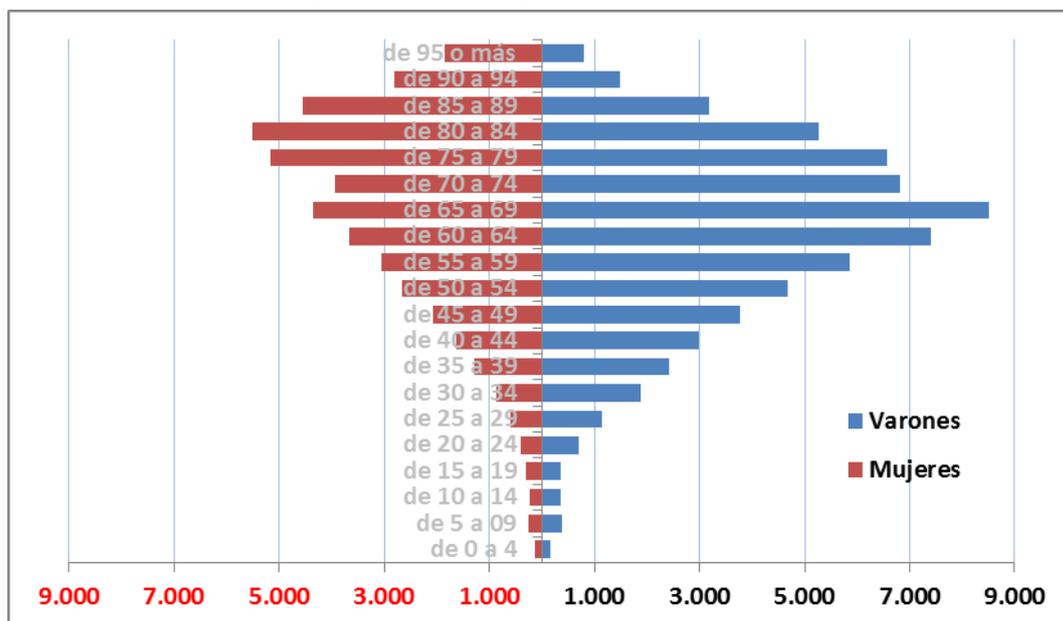
La pirámide de población con DCA (personas que han acudido a los servicios de valoración) (Gráfico 14) muestra una base estrecha, con un volumen y peso significativo de las personas mayores; preponderancia de los varones a edades jóvenes e intermedias, proporción de sexo que se invierte a partir de los 80 años. Esta caracterización se corresponde con los perfiles sociodemográficos tanto de incidencia como de prevalencia identificados en las otras fuentes explotadas en el presente estudio. Indican que el DCA se correlaciona en gran medida con el avance de la edad.

Tabla 16. Personas con DCA que han acudido a los servicios de valoración de discapacidad por Grupo de Edad. Total personas

Edad	Frecuencia
de 0 a 16	1.752
de 17 a 33	5.374
de 34 a 50	16.109
de 51 a 67	33.603
de 68 a 84	38.600
de 85 o más	14.668
Total	110.106
Sistema	3.026
	113.132

Base de datos Estatal de personas con discapacidad. 2012

Gráfico 14. Personas con DCA que han obtenido certificado oficial de discapacidad. Pirámide de población. Total personas.

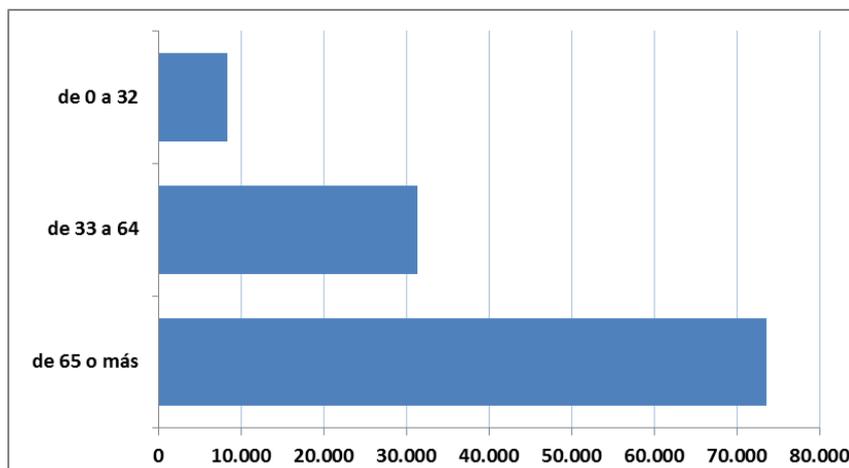


Base de datos Estatal de personas con discapacidad. 2012

Porcentaje de discapacidad concedido, Diagnostico y origen del DCA

Un total de 31.272 de personas con DCA (personas que han solicitado la valoración de discapacidad) han sido reconocidas con un grado superior al 33%; otras 73.584 personas con DCA tienen el reconocimiento un grado superior al 65% y sólo 8.276 personas con DCA están reconocidas con grados inferiores al 32% (Gráfico 15).

Gráfico 15. Personas con DCA que han acudido a los servicios de valoración de discapacidad por % de discapacidad concedido. Total personas.

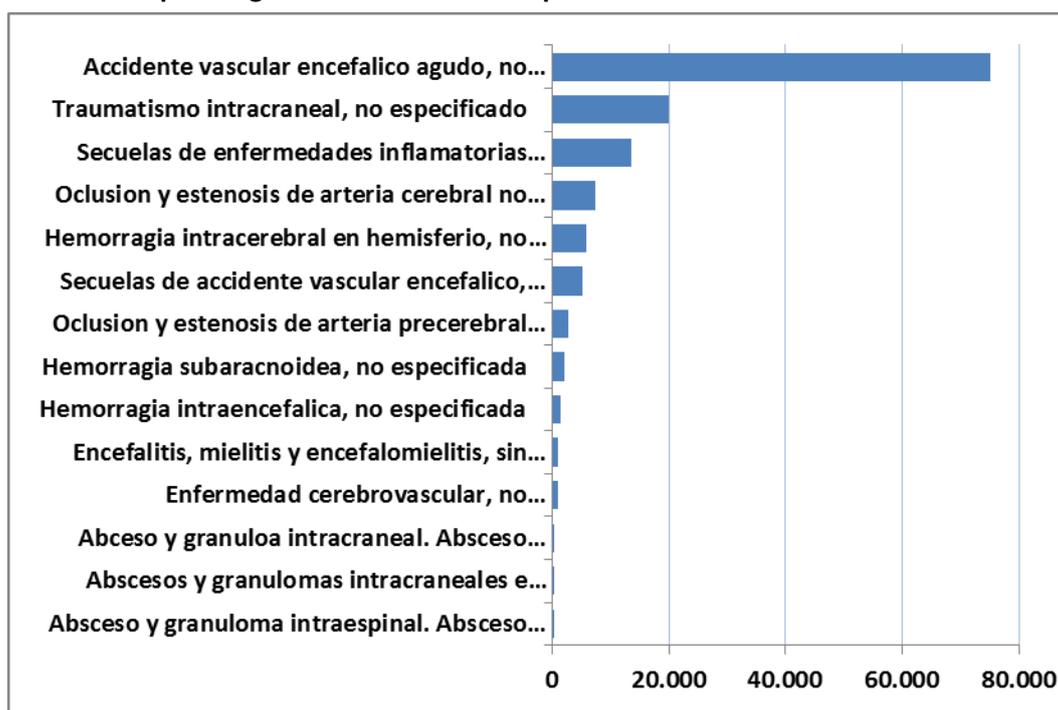


Base de datos Estatal de personas con discapacidad. 2012

Atendiendo al tipo de diagnóstico relacionado con el reconocimiento de discapacidad por causa de Daño Cerebral, destaca accidente cerebrovascular agudo, como principal causante psicocorporal de discapacidad.

La BDED registra para cada caso la causa o incidente que, desde un punto de vista médico, se puede situar en el origen de la patología. En el caso de las personas que han sido valoradas por Daño Cerebral, las principales causas son las vasculares y las traumáticas (Gráfico 16). En las diferentes causas de tipo médico destaca, con gran diferencia, el accidente vascular encefálico agudo, seguido a distancia por el traumatismo intracraneal.

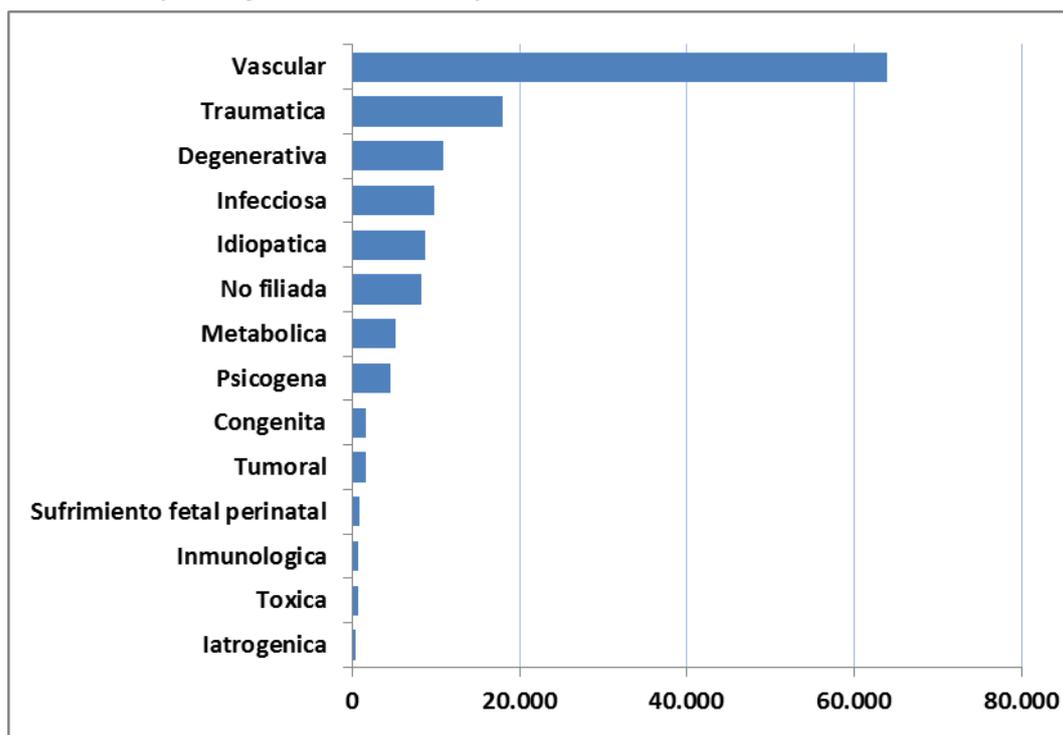
Gráfico 16. Personas con DCA que han acudido a los servicios de valoración de discapacidad por Diagnóstico recibido. Total personas



Base de datos Estatal de personas con discapacidad. 2012

Nota: una misma persona puede haber obtenido más de un diagnóstico

Gráfico 17. Personas con DCA que han acudido a los servicios de valoración de discapacidad por origen del DCA. Total personas.



Base de datos Estatal de personas con discapacidad. 2012

Nota: una misma persona puede haber obtenido más de un diagnóstico

Valorados con más del 33% de discapacidad

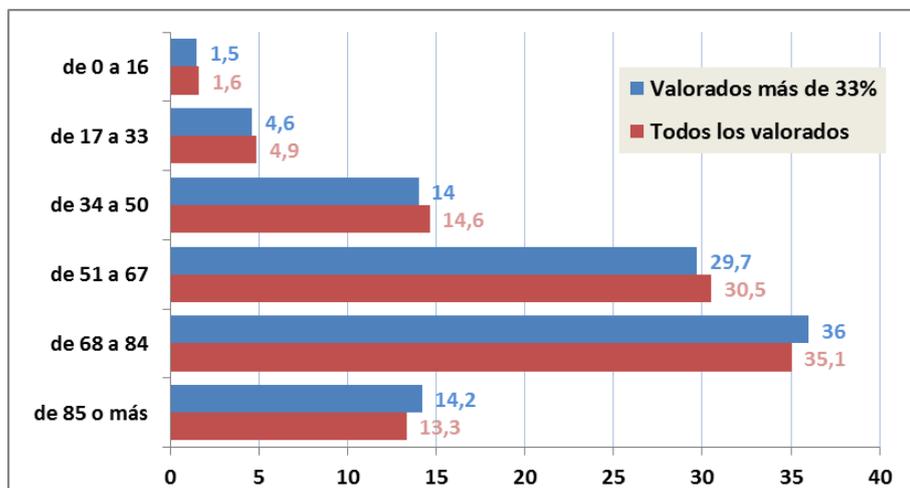
Por comunidades autónomas, Cataluña, Andalucía y Madrid alcanzan el mayor número de personas valoradas en relación con el DCA y que han sido reconocidas con un 33% o más de discapacidad.

Tabla 17. Personas con DCA que han acudido a los servicios de valoración de discapacidad con 33% o más, por CCAA. Total personas

CCAA	Frecuencia
Andalucía	18530
Aragón	4663
Principado de Asturias	4691
Canarias	2398
Cantabria	1304
Castilla y León	4790
Cataluña	22159
Comunidad Valenciana	10523
Extremadura	1949
Galicia	7425
Comunidad de Madrid	11577
Región de Murcia	7038
País Vasco	7217
Ceuta y Melilla	250
NS/NC	342
Total	104856

Base de datos Estatal de personas con discapacidad. 2012

Gráfico 18. Distribución por grupos de edad de la toda la población y de la población que ha obtenido una valoración de 33% o más de discapacidad. Porcentaje.



Base de datos Estatal de personas con discapacidad. 2012

4.3 Aproximación a la prevalencia del DCA a partir de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)

De acuerdo con la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) (INE, 2008), en España residen 420.064 personas con daño cerebral¹⁰. El 78% de estos casos se debe a accidentes cerebrovasculares, mientras se infiere que un 22% corresponde a las demás causas. Al considerar el sexo y la edad, se observa que 52,5% de las personas con DCA son mujeres frente a un 47,5% de varones. El 65,03% se encuentra por encima de los 65 años. Estas pautas de edad y sexo varían para las causas diferentes al accidente cerebrovascular, con un perfil mayoritariamente joven. En conjunto, se trata de una discapacidad compleja por la diversidad de limitaciones funcionales y de actividad que conlleva. El 89% de estas personas presenta alguna discapacidad para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, porcentajes que se reducen al recibir ayuda, ya sea técnica o personal.

Tabla 18. Personas con Daño Cerebral Adquirido en España según la EDAD. 2008.

Daño Cerebral Adquirido según causa	Números abs. Estatal (miles de personas)	Proporciones por 1.000 habitantes
Daño Cerebral Adquirido por Accidentes Cerebrovasculares*	329.544	7,3
Daño Cerebral Adquirido sin especificar causa**	90.520	2,0
Total	420.064	9,3

*Esta categoría corresponde al número de personas con discapacidad que ha respondido "Sí" en la opción de respuesta "Accidentes Cerebrovasculares" dentro de la sección del Cuestionario de Discapacidades asignada a la "enfermedad crónica diagnosticada". Se registraron **85.895** casos donde se respondía "Sí" en la opción de respuesta "Daño Cerebral Adquirido" y "Sí" en la opción de respuesta en "Accidentes Cerebrovasculares" de manera simultánea.

** Esta categoría corresponde al número de personas con discapacidad que ha respondido "Sí" en la opción de respuesta "Daño Cerebral Adquirido" y "NO" en la opción de respuesta "Accidentes Cerebrovasculares" dentro de la sección del Cuestionario de Discapacidades asignada a la "enfermedad crónica diagnosticada".

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008, Resultados detallados, INE.

1. Una persona puede responder por más de una enfermedad crónica diagnosticada.
2. Los datos correspondientes a celdas con menos de 5 mil personas han de ser tomados con precaución, ya que pueden estar afectados de elevados errores de muestreo.

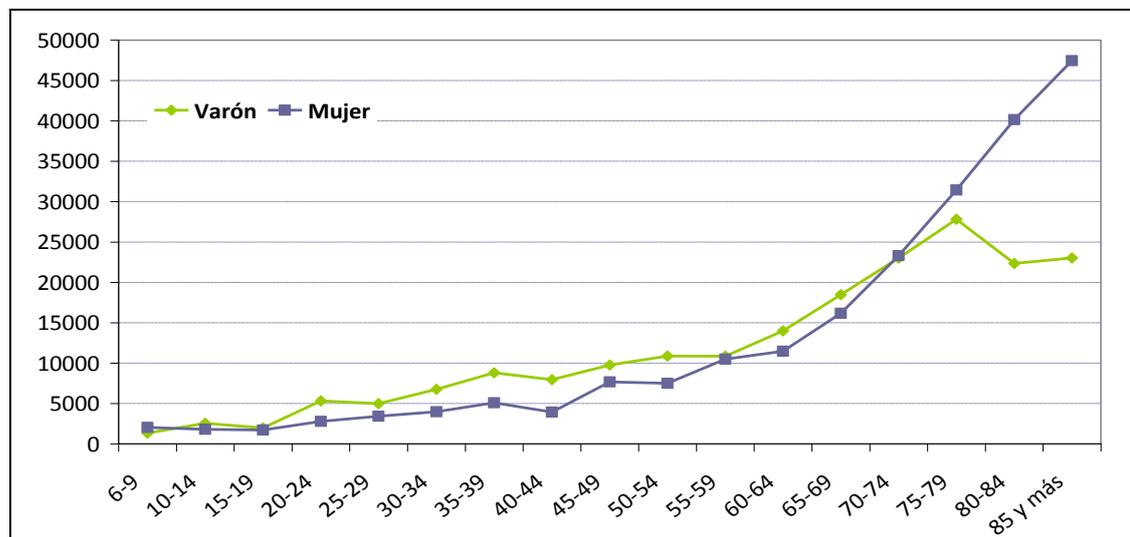
¹⁰Estas cifras son el resultado de considerar las variables de "daño cerebral adquirido" y "accidente cerebrovascular" (una de las principales etiologías del daño cerebral) que se presentan en los microdatos de la EDAD en la sección del cuestionario asignada a responder en relación a la "enfermedad crónica diagnosticada". Se han omitido los casos duplicados (respuesta simultánea por una misma persona a ambos ítems).

Tabla 19. Personas con Daño Cerebral Adquirido. España 2008. Total casos y porcentaje.

	Miles de personas			Porcentajes		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
De 6 a 64 años	85.091	61.819	146.910	42,60%	28,06%	34,97%
65 y más	114.643	158.511	273.154	57,40%	71,94%	65,03%
Total	199.734	220.330	420.064	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008, Resultados detallados, INE.

Gráfico 19. Personas con Daño Cerebral Adquirido según edad y sexo. España 2008.



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008, Resultados detallados, INE.

Tabla 20. Personas con Daño Cerebral Adquirido según Comunidad Autónoma de Residencia. España, 2008. Total casos.

CCAA	Varones	Mujeres	Total
Andalucía	37.848	43.407	81.255
Aragón	4.580	7.095	11.675
Asturias (Principado de)	6.179	7.015	13.194
Balears (Illes)	3.522	2.997	6.519
Canarias	8.565	11.246	19.811
Cantabria	2.081	2.140	4.221
Castilla y León	10.079	10.900	20.979
Castilla-La Mancha	10.429	9.008	19.437
Cataluña	24.971	30.087	55.058
Comunidad Valenciana	28.571	27.913	56.484
Extremadura	4.759	5.527	10.286
Galicia	16.602	19.154	35.756
Madrid (Comunidad de)	19.524	20.637	40.161
Murcia (Región de)	8.219	8.806	17.025
Navarra (Comunidad Foral de)	2.530	3.823	6.353
País Vasco	10.056	8.996	19.052
La Rioja	873	905	1.778
Ceuta y Melilla	345	676	1.021
Total	199.733	220.332	420.065

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008, Resultados detallados, INE.

1. Los datos correspondientes a celdas con menos de 5 mil personas han de ser tomados con precaución, ya que pueden estar afectados de elevados errores de muestreo.

Tabla 21. Personas con Daño Cerebral Adquirido según Comunidad Autónoma de Residencia. España, 2008. Tasa por mil habitantes.

CCAA	Varones	Mujeres	Total
Andalucía	9,5	10,7	10,1
Aragón	7,1	11,0	9,1
Asturias (Principado de)	12,3	12,8	12,5
Balears (Illes)	6,8	5,8	6,3
Canarias	8,4	11,1	9,7
Cantabria	7,5	7,4	7,5
Castilla y León	8,2	8,7	8,5
Castilla-La Mancha	10,5	9,2	9,9
Cataluña	6,9	8,3	7,6
Comunidad Valenciana	11,8	11,4	11,6
Extremadura	8,9	10,3	9,6
Galicia	12,6	13,6	13,1
Madrid (Comunidad de)	6,5	6,5	6,5
Murcia (Región de)	11,5	12,7	12,1
Navarra (Comunidad Foral de)	8,5	12,8	10,6
País Vasco	9,5	8,3	8,9
La Rioja	5,6	5,9	5,8
Ceuta y Melilla	5,0	9,5	7,3
Total	8,9	9,7	9,3

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008, Resultados detallados, INE.

4.4 Resumen:

Incidencia

Durante el período 2010-2012 se han registrado 314.104 altas hospitalarias por DCA, esto supone un promedio anual de 104.701 altas. El 54% de estas altas corresponden a varones y el 46% a mujeres. Por etiología, el ACV representaría el 94,83% de las altas, el TCE y la anoxia el 4,72% y el 0,46% respectivamente.

El número de supervivientes en el período estudiado asciende a 263.568 personas. De éstas, el 25% se encuentra por debajo de los 65 años.

El promedio de edad varía de acuerdo a la etiología: para el ACV sitúa en los 73 años, para el TCE en los 56 años y en la Anoxia en los 64 años. Deben considerarse con cautela estas medias de edad por dos razones: la importante desviación de valores de edad respecto al promedio y los mayores niveles de supervivencia de los más jóvenes.

Tabla 22. Altas hospitalarias por DCA en España 2010-2012 según etiología.

Año	Varones	Mujeres	Total	Promedio anual	Tasas por 100.000 habitantes
ACV	158.922	138.917	297.851	99.284	212
TCE	9.912	4.897	14.811	4.937	11
Anoxia	903	539	1.442	481	1
Total	169.737	144.353	314.104	104.701	224

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Tabla 23. Altas hospitalarias por DCA en España 2010-2012 según el motivo del alta.

Grupo de edad	Tipo de Alta						Total
	Domicilio	Traslado a otro Hospital	Alta voluntaria	Éxitus	Traslado a centro socio-sanitaria	otros-desconocido	
0 a 64 años	56.850	7.237	442	7.897	1.439	275	74.140
65 y más	169.525	16.754	434	42.639	9.664	948	239.964
Total	226.375	23.991	876	50.536	11.103	1.223	314.104

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Altas Hospitalarias

Datos de prevalencia según la Base de datos Estatal de personas con discapacidad

(BDED)

Esta Base recoge información sobre las personas que han sido reconocidas oficialmente con un grado de discapacidad igual o superior al 33%. Este reconocimiento se otorga después de una evaluación realizada por los Equipos Base de las distintas Comunidades de Autónoma y es un requisito previo para el acceso a las prestaciones y servicios que se han establecido para la atención de las personas con discapacidad. Dicho trámite se solicita de manera voluntaria por las personas que desean acceder a alguna de estas prestaciones.

Según esta Base, en España hasta el año 2012 han sido valoradas 113.132 personas con DCA (personas que han solicitado la valoración de discapacidad). De éstas el 58% son varones y el 42% mujeres. El 77% de estas personas están por encima de los 50 años.

Un total de 31.272 de personas con DCA han sido reconocidas con un grado superior al 33%; otras 73.584 personas con DCA tienen el reconocimiento un grado superior al 65% y sólo 8.276 personas con DCA están reconocidas con grados inferiores al 32%

Datos de prevalencia según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)

De acuerdo con la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) (INE, 2008), en España residen 420.064 personas con daño cerebral¹¹. El 78% de estos casos se deben a accidentes cerebrovasculares, mientras se infiere que un 22% corresponde a las demás causas. Al considerar el sexo y la edad, se observa que 52,5% de las personas con DCA son mujeres frente a un 47,5% de varones. El 65,03% se encuentra por encima de los 65 años. Estas pautas de edad y sexo varían para las causas diferentes al accidente cerebrovascular, con un perfil mayoritariamente joven. En conjunto, se trata de una discapacidad compleja por la diversidad de limitaciones funcionales y de actividad que conlleva. El 89% de estas personas presenta alguna discapacidad para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, porcentajes que se reducen al recibir ayuda, ya sea técnica o personal.

¹¹Estas cifras son el resultado de considerar las variables de “daño cerebral adquirido” y “accidente cerebrovascular” (una de las principales etiologías del daño cerebral) que se presentan en los microdatos de la EDAD en la sección del cuestionario asignada a responder en relación a la “*enfermedad crónica diagnosticada*”. Se han omitido los casos duplicados (respuesta simultánea por una misma persona a ambos ítems).

5 Diseño de Trabajo de Campo Cuantitativo

La metodología diseñada para esta segunda parte del estudio integra en primer lugar un enfoque cuantitativo, -basado en la aplicación de encuesta-, que como técnica cuantitativa por excelencia se orienta más al análisis de variables que al análisis de casos, más a la extensión que a la profundidad- y cualitativo, que permite profundizar en los resultados obtenidos en la fase de análisis de fuentes secundarias y de aplicación de cuestionarios.

Para la realización de la investigación mediante encuesta, tenemos como herramienta fundamental el cuestionario. Se ha diseñado un cuestionario de carácter estructurado, construido *ad hoc*, cuantitativo y fundamentalmente con preguntas cerradas, que permitan identificar y caracterizar al colectivo, así como conocer sus necesidades y demandas en distintos ámbitos: productos de apoyo, servicios sociosanitarios, etc.

El cuestionario será administrado en primer término a personas con daño cerebral y sus familias. Además de variables como edad, sexo y lugar de residencia, el cuestionario pretende recabar información sobre aspectos tales como:

- Diagnóstico y necesidades de apoyo.
- Atención sanitaria y servicios de larga duración.
- Recursos económicos. Ingresos y gastos.
- Inclusión social.

El análisis de los datos estadísticos obtenidos va a ser, por un lado, **descriptivo** con el objetivo de estudiar las tendencias, características y frecuencias de uso de recursos del colectivo estudiado. Por otro lado, se pretende realizar un **análisis explicativo**, con la finalidad de encontrar factores clave que nos hagan comprender las tendencias y características descritas de la población.

5.1 Instrumentos

Como ya se ha señalado, la metodología de estudio comprende por un lado un enfoque cuantitativo, basado en la aplicación de cuestionarios pre-codificados. Por otro, un enfoque cualitativo. Bajo el marco del enfoque cuantitativo se han dispuesto dos cuestionarios:

Cuestionario dirigido a personas con daño cerebral

La estructura del cuestionario comprende cuatro grandes bloques:

- **Bloque 1:** Batería breve de preguntas sobre **variables sociodemográficas**. Junto con otras preguntas que permiten identificar situaciones de discapacidad en áreas de funcionamiento clave según la CIF (OMS).
- **Bloque 2:** Batería de preguntas sobre la **disponibilidad y usos de recursos** (ayudas técnicas, asistencia personal, prestación de servicios, capacidad económica, atención sanitaria, etc.).
- **Bloque 3:** Batería de preguntas que permitan determinar el nivel de **inclusión social** de las personas con DCA.
- **Bloque 4.** Este bloque está dedicado de manera específica para el **cuidador principal** de la persona con DCA.

Este cuestionario se aplicará de maneras distintas buscando conseguir el mayor número de respuestas válidas de la población destinataria de este estudio:

- *Auto-administrado:* envío por correo electrónico o postal a aquellas personas que así lo precisaran para completarlo en formato papel.
- *Entrevista personal:* mediante cita previamente cerrada, para personas que así lo solicitaran.
- *Entrevista telefónica* previa solicitud de la persona participante.

Cuestionario a entidades de apoyo

Con el objeto de facilitar la máxima participación de estas entidades de apoyo, el cuestionario se aplicará mediante una herramienta online específicamente desarrollada para este estudio. Este cuestionario no tendrá criterios de representación estadística sino social (con máxima participación posible de entidades federadas), y abordará temas relacionados con estructura, dimensión, servicios que se prestan y coordinación con otros recursos del entorno.

Se adjuntan los modelos de los cuestionarios.

5.2 Diseño muestral

5.2.1 Datos poblacionales

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) (INE, 2008), en España residen 420.064 personas con daño cerebral¹². El 78% de estos casos se deben a accidentes cerebrovasculares, mientras se infiere que un 22% corresponde a las demás causas. Al considerar el sexo y la edad, se observa que 52,5% de las personas con DCA son mujeres frente a un 47,5% de varones. El 65,03% se encuentra por encima de los 65 años. Estas pautas de edad y sexo varían para las causas diferentes al accidente cerebrovascular, con un perfil mayoritariamente joven. En conjunto, se trata de una discapacidad compleja por la diversidad de limitaciones funcionales y de actividad que conlleva. El 89% de estas personas presenta alguna discapacidad para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, porcentajes que se reducen al recibir ayuda, ya sea técnica o personal.

Tabla 24. Personas con Daño Cerebral Adquirido en España según la EDAD. 2008.

Daño Cerebral Adquirido según causa	Números abs. Estatal (miles de personas)	Proporciones por 1.000 habitantes
Daño Cerebral Adquirido por Accidentes Cerebrovasculares*	329.544	7,3
Daño Cerebral Adquirido sin especificar causa**	90.520	2,0
Total	420.064	9,3

*Esta categoría corresponde al número de personas con discapacidad que ha respondido "SÍ" en la opción de respuesta "Accidentes Cerebrovasculares" dentro de la sección del Cuestionario de Discapacidades asignada a la "enfermedad crónica diagnosticada". Se registraron **85.895** casos donde se respondía "SÍ" en la opción de respuesta "Daño Cerebral Adquirido" y "SÍ" en la opción de respuesta en "Accidentes Cerebrovasculares" de manera simultánea.

** Esta categoría corresponde al número de personas con discapacidad que ha respondido "SÍ" en la opción de respuesta "Daño Cerebral Adquirido" y "NO" en la opción de respuesta "Accidentes Cerebrovasculares" dentro de la sección del Cuestionario de Discapacidades asignada a la "enfermedad crónica diagnosticada".

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008, Resultados detallados, INE.

1. Una persona puede responder por más de una enfermedad crónica diagnosticada.

¹²Estas cifras son el resultado de considerar las variables de "daño cerebral adquirido" y "accidente cerebrovascular" (una de las principales etiologías del daño cerebral) que se presentan en los microdatos de la EDAD en la sección del cuestionario asignada a responder en relación a la "enfermedad crónica diagnosticada". Se han omitido los casos duplicados (respuesta simultánea por una misma persona a ambos ítems).

2. Los datos correspondientes a celdas con menos de 5 mil personas han de ser tomados con precaución, ya que pueden estar afectados de elevados errores de muestreo.

Tabla 25. Personas con Daño Cerebral Adquirido en España según la EDAD. 2008.

	Miles de personas			Porcentajes		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
De 6 a 64 años	85.091	61.819	146.910	42,60%	28,06%	34,97%
65 y más años	114.643	158.511	273.154	57,40%	71,94%	65,03%
Total	199.734	220.330	420.064	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008, Resultados detallados, INE.

La Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE) es la entidad que representa y defiende los derechos de las personas con DCA en España; cuenta con 31 entidades federadas y más de 9.000 socios. Más de la mitad de estos socios (4.798 personas) tiene daño cerebral.

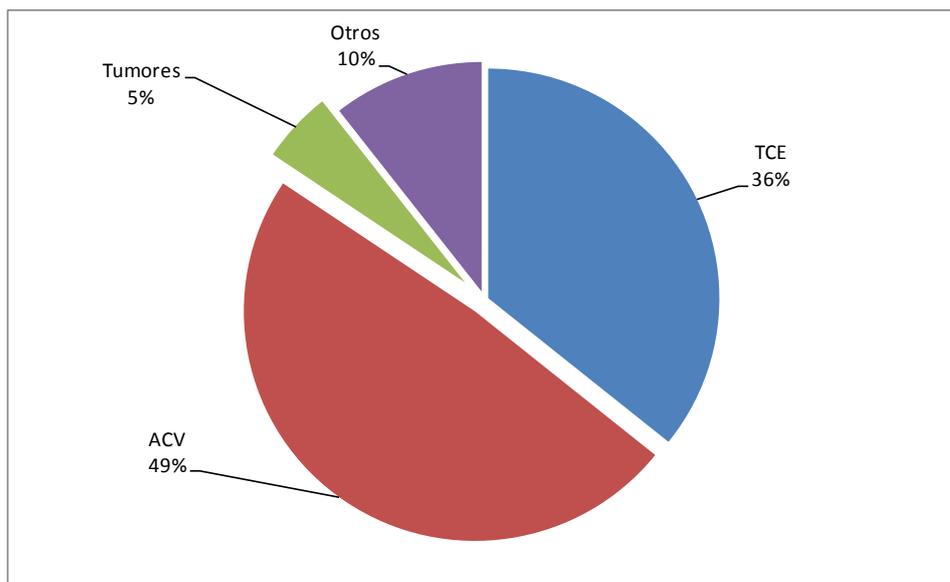
Tabla 26. Personas con Daño Cerebral Adquirido afiliadas a FEDACE. Diciembre 2013.

	Varones	Mujeres	Total
Menos de 19 años	84	115	199
19 - 30 años	166	440	606
31 – 40 años	260	539	799
41- 50 años	289	541	830
51- 60 años	321	651	972
61-70 años	276	547	823
Más de 70 años	232	337	569
Total	1.628	3.170	4.798

Fuente: Federación Española de Daño Cerebral

El gráfico 20 detalla la distribución de estas 4.798 personas según la etiología. Destaca el porcentaje de las personas con ACV y TCE que representan el 49% y 36 % de las personas afiliadas a FEDACE respectivamente.

Gráfico 20. Personas con Daño Cerebral Adquirido afiliadas a FEDACE según etiología. Diciembre 2013.



Fuente: Federación Española de Daño Cerebral

5.2.2 Tamaño muestral

Tomando como marco poblacional las estimaciones del INE que sitúan la población con DCA en España en aproximadamente 420.064 personas, y en el caso de utilizar un muestreo aleatorio simple, la cifra de unidades muestrales que necesitaríamos para un nivel de confianza del 95% y presuponiendo la máxima heterogeneidad posible entre la población ($P=Q=50\%$), sería de 384 unidades para alcanzar un error muestral de $\pm 5\%$, y 1.041 unidades para un error muestral de $\pm 3\%$.

En realidad, el Daño Cerebral Adquirido constituye un hecho social de enorme dispersión en la población, por lo que los medios precisos para lograr una muestra de tal magnitud utilizando el muestreo aleatorio simple serían prácticamente incalculables.

Dado que el trabajo de campo se aplicará a través del movimiento asociativo articulado en FEDACE, se considera como universo poblacional en sentido estricto el total de personas que reciben servicios en estas entidades, es decir las 4.798 personas federadas.

Para este marco poblacional, y en el caso de utilizar un muestreo aleatorio simple, la cifra de unidades muestrales que necesitaríamos para un nivel de confianza del 95% y presuponiendo la máxima heterogeneidad posible entre la población ($P=Q=50\%$), sería de 356 unidades para

alcanzar un error muestral de +/-5%, y 873 unidades para un error muestral de +/-3%.

Se propone por tanto utilizar una **muestra de mínimo 356 y máximo 873 cuestionarios válidos**, lo cual ofrecerá un error muestral de entre +/- 4,7% a 3,9%.

Teniendo en cuenta el número total de entidades federadas susceptibles de participar en el trabajo de campo, se propone un número de cuestionarios a realizar por cada entidad de mínimo 11 y máximo 28 cuestionarios, siendo 17 el objetivo promedio, tal como se detalla a continuación.

Cuadro resumen de diseño muestral

Marco poblacional	Muestra para error mínimo (3%)	Muestra para error máximo (5%)	Cifra objetivo (error 4%)
420.064 personas	1.041	384	---
4.798 personas	873	356	534
Unidades por entidad federada	28	11	17

La distribución estándar de cuestionarios por edad y sexo para cada entidad sería la siguiente:

Objetivo: 11 cuestionarios	Varones	Mujeres	Total
De 0 a 30 años	1	1	2
31 a 60 años	2	4	6
61 o más años	1	2	3
Total	4	7	11

Objetivo: 17 cuestionarios	Varones	Mujeres	Total
De 0 a 30 años	1	2	3
31 a 60 años	3	6	9
61 o más años	2	3	5
Total	6	11	17

Objetivo: 28 cuestionarios	Varones	Mujeres	Total
De 0 a 30 años	2	3	5
31 a 60 años	5	10	15
61 o más años	3	5	8
Total	10	18	28

Se realizará un **pretest a 4 unidades representativas** del marco muestral, con el fin de probar el cuestionario antes de su aplicación definitiva y asegurar así la correcta comprensión de las preguntas, la correcta categorización de las respuestas y, en general, la coherencia del cuestionario en su conjunto.

6 Diseño de Trabajo de Campo Cualitativo

El trabajo de campo cualitativo permite profundizar en los resultados obtenidos en la fase de análisis de fuentes secundarias y de aplicación de cuestionarios. Para esta fase se prevé una serie de entrevistas y grupos de discusión que aporte información clave para la interpretación de los datos y presentación de hallazgos significativos. La utilización de técnicas cualitativas permitirá orientar el diseño y explicar los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica y estadística con respecto a la situación real, necesidades y demandas de las personas con DCA y sus familias.

6.1 Entrevistas en Profundidad

La entrevista en profundidad consiste en una conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso convencional, continuo y con una cierta línea argumental, sobre un tema definido en el marco de la investigación. El mínimo marco pautado de la entrevista es un guión temático previo, que recoge los objetivos de la investigación y focaliza la interacción. La mayor pertinencia de este tipo de entrevista se sitúa en el conocimiento de las experiencias y percepciones de un individuo en su contexto. En este caso, las entrevistas estarán dirigidas a informantes clave:

- Personas con daño cerebral con lesiones leves o moderadas en las distintas etapas del DCA (aguda, sub aguda, crónica y de distintas edades y sexo).
- Personas que actúan como cuidador / asistente principal.
- Familias de personas en estado de baja conciencia.
- Profesionales/ expertos/ responsables públicos (Neurólogo, médico rehabilitador, T.S. Terapia ocupacional, neuropsicólogo, técnicos y/o responsables del CEADAC...).

Los perfiles para entrevistas en profundidad propuestos son:

Nº	Sexo	Perfil
1	Indiferente	Persona joven con daño cerebral con lesión leve
2	Mujer	Persona adulta con daño cerebral con lesión moderada*
3	Varón	Persona con daño cerebral con lesión moderada*
4	Mujer	Familiar de persona con daño cerebral
5	Varón	Familiar de persona con daño cerebral
6	Indiferente	Amigo/a de persona con daño cerebral
7	Varón	Cuidador/a de persona con daño cerebral (lesión leve)
8	Mujer	Cuidador de persona con daño cerebral (lesión severa)
9	Indiferente	Profesional de entidad de apoyo a personas con DCA
10	Indiferente	Profesional de servicio de apoyo a personas con DCA
11	Indiferente	Investigador / Experto en Daño Cerebral
12	Indiferente	Por determinar

*Personas que aunque puedan tener grandes limitaciones físicas mantienen ciertas competencias cognitivas.

6.2 Grupos de Discusión

A diferencia de la entrevista en profundidad, el grupo de discusión se produce de forma colectiva, y se ve enriquecido por la diversidad de planteamientos de los participantes. La composición de un grupo de discusión (que normalmente está formado por entre cinco y diez personas) requiere un cierto equilibrio entre homogeneidad y heterogeneidad que haga posible y fructífera la interacción verbal. Su selección no se realiza al azar, sino que son determinadas previamente diferentes informantes clave: personas con daño cerebral, familiares, profesionales y cuidadores, contemplando de forma trasversal la perspectiva de género. En concreto, se plantea la elaboración de tres grupos de discusión:

Los perfiles para grupos de discusión propuestos son:

Nº	Perfil	Datos de contacto
1	Familiares-cuidadores de personas con DCA	
2	Expertos y profesionales de atención directa a personas con DCA	
3	Gestores de servicios de atención a personas con DCA	

7 Referencias bibliográficas

Acosta Hernández, I. et al (2006): Rehabilitación del Daño Cerebral Adquirido en Bizkaia: Análisis del estado actual y consideraciones sobre un Modelo asistencial de calidad. Górliz. Osakidetza.

Andelic N.; Anke A.; Skandsen T.; Sigurdardottir S.; Sandhaug M.; Ader T.; Roe C. (2012): "Incidence of Hospital-Admitted Severe Traumatic Brain Injury and In-Hospital Fatality in Norway: A National Cohort Study", *Neuroepidemiology* 2012;38:259–267. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/FullText/338032>

Barker-Collo S.L.; Feigin V.L. (2009): "Capturing the Spectrum: Suggested Standards for Conducting Population-Based Traumatic Brain Injury Incidence Studies", *Neuroepidemiology*, 32:1–3. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/FullText/170084>

Barker-Collo S.L.; Wilde N.J.; Feigin V.L. (2009): "Trends in Head Injury Incidence in New Zealand: A Hospital-Based Study from 1997/1998 to 2003/2004", *Neuroepidemiology* 2009;32:32–39.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2012): Prevalence of stroke — United States, 2006–2010. *MMWR*. 2012; 61(20):379–82. Disponible en: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6120a5.htm?s_cid=mm6120a5_w

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Injury Prevention & Control: Traumatic Brain Injury. Disponible en: <http://www.cdc.gov/TraumaticBrainInjury/data/index.html>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Stroke Facts. <http://www.cdc.gov/stroke/>

Corso G.; Bottacchi E.; Giardini G.; De la Pierre F.; Meloni T.; PesentiCampagnoni M.P.; Ponzetti C.; Veronese Morosini M.V. (2009): "Community-Based Study of Stroke Incidence in the Valley of Aosta, Italy. CARE-Cerebrovascular Aosta Registry: Years 2004–2005", *Neuroepidemiology* 2009; 32: 186–195.

Defensor del Pueblo (2006): Daño Cerebral Sobvenido en España: un Acercamiento Epidemiológico y Sociosanitario. Informe monográfico. Madrid. Defensor del Pueblo. Disponible en:



http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/contenido_1261583638019.html

Díaz-Guzmán et al. (2012): "Stroke and Transient Ischemic Attack Incidence Rate in Spain: The IBERICTUS Study". *CerebrovascDiseases*, 34: 272–281. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23095851>

Fernandes T.G. · Benseñor I.M. · Goulart A.C. · Tavares B.M. · Alencar A.P. · Santos I.S. · Lotufo P.A. (2014): "Stroke in the Rain Forest: Prevalence in a *Ribeirinha* Community and an Urban Population in the Brazilian Amazon". *Neuroepidemiology* 2014; 42:235-242. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/FullText/362210>

Fiest K.M.; Pringsheim T.; Patten S.B.; Svenson L.W.; Jetté N. (2014): "The Role of Systematic Reviews and Meta-Analyses of Incidence and Prevalence Studies in Neuroepidemiology", *Neuroepidemiology* 2014; 42:16-24. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/FullText/355533>

Hall, M.J.; Levant, S.; DeFrances, C.J. (2012): Hospitalization for stroke in U.S. hospitals, 1989–2009. *NCHS data brief*, No. 95. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2012. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db95.pdf>

Jungehülsing G.J.; Müller-Nordhorn J.; Nolte C.H.; Roll S.; Rosnagel K.; Reich A.; Wagner A.; Einhäupl K.M.; Willich S.N.; Villringer A. (2008): "Prevalence of Stroke and Stroke Symptoms: A Population-Based Survey of 28,090 Participants", *Neuroepidemiology* 2008;30:51–57. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/FullText/115750?hl=1&q=stroke>

Liang W.; Huang R.; Lee A.H.; Hu D.; Binns C.W. (2008): "Hospitalizations for Incident Stroke in Shunde District, Foshan, South China", *Neuroepidemiology* 2008; 30: 101–104.

National Center for Health Statistics: *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey* — United States, 2001–2010. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/nhds.htm>

National Center for Health Statistics: *National Hospital Discharge Survey* — United States, 2001–2010. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/nhds.htm>

National Center for Health Statistics: *National Vital Statistics System Mortality Data* — United States, 2001–2010. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/deaths.htm>

Quezada, M. (2011): "El Daño Cerebral Adquirido (DCA) en España: principales resultados a partir de la Encuesta EDAD-2008", *Boletín del Observatorio Estatal de la Discapacidad*, nº 3, Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2011, págs. 39-59.



Wu S.H.; Ho S.C.; Chau P.H.; Goggins W.; Sham A.; Woo J. (2012): "Sex Differences in Stroke Incidence and Survival in Hong Kong, 2000–2007", *Neuroepidemiology* 2012;38:69–75.
Disponible en:
<http://www.karger.com/Article/FullText/335040?hl=1&q=stroke%20incidence>



8 Anexos

Se adjuntan los anexos siguientes:

- Códigos TCE.
- Cuestionario dirigido a personas con daño cerebral.
- Cuestionario a entidades de apoyo sobre servicios que se prestan y necesidades no atendidas.
- Guion para entrevistas y grupos de discusión
- Hoja de control de Trabajo de campo.

8.1 Códigos TCE

A) Códigos 800.0 al 801.9

Capítulo XVII Lesiones y envenenamientos, apartado 1 Fracturas de cráneo, códigos 800.0 al 801.9	
CODIGO	DESCRIP
800.00	ESTADO DE CONOCIMIENTO NO ESPECIFICADO
800.01	SIN NINGUNA PERDIDA DE CONOCIMIENTO
800.02	CON PERDIDA DE CONOCIMIENTO BREVE (MENOS DE UNA HORA)
800.03	CON PERDIDA DE CONOCIMIENTO MODERADA (DE 1 A 24 HORAS)
800.04	CON PERDIDA DE CONOC. PROLONG.(+ 24 HORAS) REGRESO NIVEL PREE
800.05	FR CERRAD BOVEDA SIN LES INTRACRAN-COMA PROFUNDO
800.06	FR CERRAD BOVEDA SIN LES INTRACRAN-COMA NO ESPECIFICADO
800.09	FR CERRAD BOVEDA SIN LES INTRACRAN-CONMOCION CEREBRAL NEOM
800.10	FRAC. BOVEDA CRAN. CERRADA LACER, CONT. CEREB. ESTAD. CONOC. N.E.
800.11	FRAC. BOVEDA CRAN. CERRADA LACER, CONT. CEREB. SIN PERDIDA CONOCI
800.12	FRAC. BOVEDA CRAN. CERRADA LACER, CONT. CEREB. PERD. CONOC. BREVE
800.13	FRAC. BOVEDA CRAN. CERRADA LACER, CONT. CEREB. PERD. CONOC. MODERAD
800.14	FR. BOVEDA CRAN. CERR. LACER, CONT. CEREB. PERD. CONOC. PROL. R. NI. CO
800.15	F. BOVEDA CRAN. CERR. LACER, CONT. CEREB. PERD. CONOC. PROL. SR. NI. CO
800.16	FR. BOVEDA CRAN. CERR. LACER, CONT. CEREB. PERD. CONOC. TIEMPO NO ES
800.19	FR. BOVEDA CRAN. CERR. LACER, CONT. CEREB. CONM. CEREBRAL NO ESPECI
800.20	FR CERR BOV CRAN/HEMORR MENINGE-ESTADO CONOCIMIENTO NEOM
800.21	FR CERR BOV CRAN/HEMORR MENINGE-SIN COMA
800.22	FR CERR BOV CRAN/HEMORR MENINGE-COMA BREVE (< 1 HORA)
800.23	FR CERR BOV CRAN/HEMORR MENINGE-COMA MODERADO (1-24 HORAS)
800.24	FR CERR BOV CRAN/HEMORR MENINGE-COMA PROLONG (> 24 HORAS)
800.25	FR CERR BOV CRAN/HEMORR MENINGE-COMA PROFUNDO
800.26	FR CERR BOV CRAN/HEMORR MENINGE-COMA NO ESPECIFICADO
800.29	FR CERR BOV CRAN/HEMORR MENINGE-CONMOCION CEREBRAL NEOM
800.30	FR CERR BOV CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN-EST CONOCIMIENTO NEOM
800.31	FR CERR BOV CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN-SIN COMA
800.32	FR CERR BOV CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN-COMA BREVE (< 1 HORA)
800.33	FR CERR BOV CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN-COMA MODERADO(1-24 HR
800.34	FR CERR BOV CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN-COMA PROLONG(> 24 HORA
800.35	FR CERR BOV CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN-COMA PROFUNDO
800.36	FR CERR BOV CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN-COMA NO ESPECIFICADO
800.39	FR CERR BOV CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN-CONMOCION CEREBR NEOM
800.40	FR CERR BOV CRAN-LESION INTRACRAN NEOM/OTRA-EST CONOCIM NEOM
800.41	FR CERR BOV CRAN/LESION INTRACRAN NEOM/OTRA-SIN COMA
800.42	FR CERR BOV CRAN/LESION INTRACRAN NEOM/OTRA-COMA BREV (<1 H.
800.43	FR CERR BOV CRAN/LESION INTRACRAN NEOM/OTRA-COMA MODER(1-24h
800.44	FR CERR BOV CRAN/LESION INTRACRAN NEOM/OTRA-COMA PROL(>24 H.
800.45	FR CERR BOV CRAN/LESION INTRACRAN NEOM/OTRA-COMA PROFUNDO

800.46	FR CERR BOV CRAN/LESION INTRACRAN NEOM/OTRA-COMA NEOM
800.49	FR CERR BOV CRAN/LESION INTRCRANE NEOM/OTRA-CONM CEREBR NEOM
800.50	FRACT ABIERTA BOVEDA CRAN SIN LESION INTRACRAN-CONOCIM NEOM
800.51	FR ABIER BOV CRAN SIN LESION INTRACRANEAL-SIN COMA
800.52	FR ABIER BOV CRAN SIN LESION INTRACRANEAL-COMA BREVE (<1 H.)
800.53	FR ABIER BOV CRAN SIN LESION INTRACRANEAL-COMA MODER (1-24 H
800.54	FR ABIER BOV CRAN SIN LESION INTRACRANEAL-COMA PROLON (>24 H
800.55	FR ABIER BOV CRAN SIN LESION INTRACRANEAL-COMA PROFUNDO
800.56	FR ABIER BOV CRAN SIN LESION INTRACRANEAL-COMA NEOM
800.59	FR ABIER BOV CRAN SIN LESION INTRACRANEAL-CONMOC CEREBR NEOM
800.60	FR.BOVEDA CRAN.ABIERTA LACER,CONT.CEREB.ESTAD.CONOC.NO ESPEC
800.61	FR.BOVEDA CRAN.ABIERTA LACER,CONT.CEREB.SIN PERDIDA CONOCIM
800.62	FR.BOVEDA CRAN.ABIERTA LACER,CONT.CEREB.PERD.CONOCIMI. BREVE
800.63	FR.BOVEDA CRAN.ABIERTA LACER,CONT.CEREB.PERD.CONOC.MODERADO
800.64	FR.BOVEDA CRAN.ABIE.LACER,CONT.CEREB.PERD.CONOC.PROL.R.NI.CO
800.65	FR.BOVEDA CRAN.ABIE.LACER,CONT.CEREB.PERD.CONOC.PROL.SR.NICO
800.66	FR.BOVEDA CRAN.ABIE.LACER,CONT.CEREB.PERD.CONOC.TIEMPO NO ES
800.69	FR.BOVEDA CRAN.ABIE.LACER,CONT.CEREB.CONM.CEREBRAL NO ESPECI
800.70	FR ABIER BOV CRAN CON HEMORR MENINGE-ESTADO CONOCIMIEN NEOM
800.71	FR ABIER BOV CRAN CON HEMORR MENINGE-SIN COMA
800.72	FR ABIER BOV CRAN CON HEMORR MENINGE-COMA BREVE (< 1 HORA)
800.73	FR ABIER BOV CRAN CON HEMORR MENINGE-COMA MODERADO (1-24 H.)
800.74	FR ABIER BOV CRAN CON HEMORR MENINGE-COMA PROLONGADO (> 24 H
800.75	FR ABIER BOV CRAN CON HEMORR MENINGE-COMA PROFUNDO
800.76	FR ABIER BOV CRAN CON HEMORR MENINGE-COMA NO ESPECIFICADO
800.79	FR ABIER BOV CRAN CON HEMORR MENINGE-CONMOCION CEREBRAL NEOM
800.80	FR ABIER BOV CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN NEOM-CONOCIMIEN NEOM
800.81	FR ABIER BOV CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN NEOM-SIN COMA
800.82	FR ABIER BOV CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN NEOM-COMA BREV (<1 H
800.83	FR ABIER BOV CRAN/OTR HEMOR INTRACRA NEOM-COMA MODERAD(1-24H
800.84	FR ABIER BOV CRAN/OTR HEMOR INTRACRA NEOM-COMA PROLON(> 24 H
800.85	FR ABIER BOV CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN NEOM-COMA PROFUNDO
800.86	FR ABIER BOV CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN NEOM-COMA NEOM
800.89	FR ABIER BOV CRAN/OTR HEMOR INTRACRAN NEOM-CONMOC CEREB NEOM
800.90	FRAC ABIE BOV CRAN/OTR LES INTRACRAN NEOM-CONOCIMIEN NEOM
800.91	FRAC ABIER BOV CRAN/OTR LES INTRACRAN NEOM-SIN COMA
800.92	FRAC ABIER BOV CRAN/OTR LES INTRACRAN NEOM-COMA BREV (< 1 H.
800.93	FRA ABIE BOV CRAN/OTR LES INTRACRAN NEOM-COMA MODER (1-24 H)
800.94	FRA ABIER BOV CRAN/OTR LES INTRACRAN NEOM-COMA PROLON (>24 H
800.95	FRAC ABIER BOV CRAN/OTR LES INTRACRAN NEOM-COMA PROFUNDO
800.96	FRAC ABIER BOV CRAN/OTR LES INTRACRAN NEOM-COMA NEOM
800.99	FRAC ABIER BOV CRAN/OTR LES INTRACRAN NEOM-CONMOC CERBR NEOM
801.00	FRACT CERRAD BASE CRANEO SIN LES INTRACRAN-CONOCIMIENTO NEOM
801.01	FRACT CERRAD BASE CRANEO SIN LES INTRACRAN-SIN COMA
801.02	FRACT CERRAD BASE CRANEO SIN LES INTRACRAN-COMA BREVE (< 1 H
801.03	FRACT CERRAD BASE CRANEO SIN LES INTRACRAN-COMA MODERA(1-24H
801.04	FRACT CERRAD BASE CRANEO SIN LES INTRACRAN-COMA PROLON(>24 H

801.05	FRAC CERRAD BASE CRANEO SIN LES INTRACRAN-COMA PROFUNDO
801.06	FRAC CERRAD BASE CRANEO SIN LES INTRACRAN-COMA NEOM
801.09	FRAC CERRAD BASE CRANEO SIN LES INTRACRAN-CONMOC CEREB NEOM
801.10	FRAC CERRAD BAS CRANEO C CONTUSION CEREBR-CONOCIMIENTO NEOM
801.11	FRAC CERRAD BAS CRANEO C CONTUSION CEREBR-SIN COMA
801.12	FRAC CERRAD BAS CRANEO C CONTUSION CEREBR-COMA BREVE(< 1 H)
801.13	FRAC CERRAD BAS CRANEO C CONTUSION CEREBR-COMA MODERA(1-24 H
801.14	FRAC CERRAD BAS CRANEO C CONTUSION CEREBR-COMA PROLON(> 24 H
801.15	FRAC CERRAD BAS CRANEO C CONTUSION CEREBR-COMA PROFUNDO
801.16	FRAC CERRAD BAS CRANEO C CONTUSION CEREBR-COMA NEOM
801.19	FRAC CERRAD BAS CRANEO C CONTUSION CEREBR-CONMOC CEREBR NEOM
801.20	FRAC CERRAD BAS CRANEO C HEMORR MENINGE-CONOCIMIENTO NEOM
801.21	FRAC CERRAD BAS CRANEO C HEMORR MENINGE-SIN COMA
801.22	FRAC CERRAD BAS CRANEO C HEMORR MENINGE-COMA BREVE (< 1 HORA
801.23	FRAC CERRAD BAS CRANEO C HEMORR MENINGE-COMA MODERAD(1-24 H)
801.24	FRAC CERRAD BAS CRANEO C HEMORR MENINGE-COMA PROLONG(>24 H.)
801.25	FRAC CERRAD BAS CRANEO C HEMORR MENINGE-COMA PROFUNDO
801.26	FRAC CERRAD BAS CRANEO C HEMORR MENINGE-COMA NO ESPECIFICADO
801.29	FRAC CERRAD BAS CRANEO C HEMORR MENINGE-CONMOC CEREBRAL NEOM
801.30	FRAC CERRAD BAS CRAN/OTR HEM INTRACRAN NEOM-CONOCIMIEN NEOM
801.31	FRAC CERRAD BAS CRAN/OTR HEM INTRACRAN NEOM-SIN COMA
801.32	FRAC CERRAD BAS CRAN/OTR HEM INTRACRAN NEOM-COMA BREV (< 1 H
801.33	FRAC CERRAD BAS CRAN/OTR HEM INTRACRAN NEOM-COMA MODERADO
801.34	FRAC CERRAD BAS CRAN/OTR HEM INTRACRAN NEOM-COMA PROLON(>24H
801.35	FRAC CERRAD BAS CRAN/OTR HEM INTRACRAN NEOM-COMA PROFUNDO
801.36	FRAC CERRAD BAS CRAN/OTR HEM INTRACRAN NEOM-COMA NEOM
801.39	FRAC CERRAD BAS CRAN/OTR HEM INTRACRA NEOM-CONMOC CEREB NEOM
801.40	FRAC CERRAD BAS CRAN/OTR LES INTRACRAN NEOM-CONOCIMIEN NEOM
801.41	FRAC CERRAD BAS CRAN/OTR LES INTRACRAN NEOM-SIN COMA
801.42	FRAC CERRAD BAS CRAN/OTR LES INTRACRAN NEOM-COMA BREV (< 1 H
801.43	FRAC CERRAD BAS CRAN/OTR LES INTRACRAN NEOM-COMA MODERADO
801.44	FRAC CERRAD BAS CRAN/OTR LES INTRACRAN NEOM-COMA PROLON(>24H
801.45	FRAC CERRAD BAS CRAN/OTR LES INTRACRAN NEOM-COMA PROFUNDO
801.46	FRAC CERRAD BAS CRAN/OTR LES INTRACRAN NEOM-COMA NEOM
801.49	FRAC CERRAD BAS CRAN/OTR LES INTRACRA NEOM-CONMOC CEREB NEOM
801.50	FRAC ABIERT BASE CRANEO SIN LES INTRACRAN-CONOCIMIENTO NEOM
801.51	FRAC ABIERT BASE CRANEO SIN LES INTRACRAN-SIN COMA
801.52	FRAC ABIERT BASE CRANEO SIN LES INTRACRAN-COMA BREVE (< 1 H)
801.53	FRAC ABIERT BASE CRANEO SIN LES INTRACRAN-COMA MODERADO
801.54	FRAC ABIERT BASE CRANEO SIN LES INTRACRAN-COMA PROLONG(>24 H
801.55	FRAC ABIERT BASE CRANEO SIN LES INTRACRAN-COMA PROFUNDO
801.56	FRAC ABIERT BASE CRANEO SIN LES INTRACRAN-COMA NEOM
801.59	FRAC ABIERT BASE CRANEO SIN LES INTRACRAN-CONMOC CEREBR NEOM
801.60	FRAC ABIER BASE CRAN-LACER/CONTUS CEREBRAL-CONOCIMIENTO NEOM
801.61	FRAC ABIER BASE CRAN-LACER/CONTUS CEREBRAL-SIN COMA
801.62	FRAC ABIER BASE CRAN-LACER/CONTUS CEREBRAL-COMA BREVE(< 1 H)
801.63	FRAC ABIER BASE CRAN-LACER/CONTUS CEREBRAL-COMA MODERADO

801.64	FRAC ABIER BASE CRAN-LACER/CONTUS CEREBRAL-COMA PROLONG(>24H
801.65	FRAC ABIER BASE CRAN-LACER/CONTUS CEREBRAL-COMA PROFUNDO
801.66	FRAC ABIER BASE CRAN-LACER/CONTUS CEREBRAL-COMA NEOM
801.69	FRAC ABIER BASE CRAN-LACER/CONTUS CEREBRAL-CONMOCION NEOM
801.70	FRAC ABIER BASE CRAN/HEMORRAGIA MENINGE-CONOCIMIENTO NEOM
801.71	FRAC ABIER BASE CRAN/HEMORRAGIA MENINGE-SIN COMA
801.72	FRAC ABIER BASE CRAN/HEMORRAGIA MENINGE-COMA BREVE (< 1 HORA
801.73	FRAC ABIER BASE CRAN/HEMORRAGIA MENINGE-COMA MODERADO(1-24 H
801.74	FRAC ABIER BASE CRAN/HEMORRAGIA MENINGE-COMA PROLONGAD(>24 H
801.75	FRAC ABIER BASE CRAN/HEMORRAGIA MENINGE-COMA PROFUNDO
801.76	FRAC ABIER BASE CRAN/HEMORRAGIA MENINGE-COMA NEOM
801.79	FRAC ABIER BASE CRAN/HEMORRAGIA MENINGE-CONMOCION NEOM
801.80	FRAC ABIER BASE CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN NEOM-CONOCIM NEOM
801.81	FRAC ABIER BASE CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN NEOM-SIN COMA
801.82	FRAC ABIER BASE CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN NEOM-COMA BREVE
801.83	FRAC ABIER BASE CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN NEOM-COMA MODERAD
801.84	FRAC ABIER BASE CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN NEOM-COMA PROLONG
801.85	FRAC ABIER BASE CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN NEOM-COMA PROFUND
801.86	FRAC ABIER BASE CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN NEOM-COMA NEOM
801.89	FRAC ABIER BASE CRAN/OTRA HEMORR INTRACRAN NEOM-CONMOC NEOM
801.90	FRAC ABIER BASE CRAN/OTRA LESION INTRACRAN NEOM-CONOCIM NEOM
801.91	FRAC ABIER BASE CRAN/OTRA LESION INTRACRAN NEOM-SIN COMA
801.92	FRAC ABIER BASE CRAN/OTRA LESION INTRACRAN NEOM-COMA BREVE
801.93	FRAC ABIER BASE CRAN/OTRA LESION INTRACRAN NEOM-COMA MODERAD
801.94	FRAC ABIER BASE CRAN/OTRA LESION INTRACRAN NEOM-COMA PROLONG
801.95	FRAC ABIER BASE CRAN/OTRA LESION INTRACRAN NEOM-COMA PROFUND
801.96	FRAC ABIER BASE CRAN/OTRA LESION INTRACRAN NEOM-COMA NEOM
801.99	FRAC ABIER BASE CRAN/OTRA LESION INTRACRAN NEOM-CONMOC NEOM

**Los códigos subrayados en amarillo han sido considerados como códigos con probabilidad de secuela

B) Códigos 803.0 al 804.9

Capítulo XVII Lesiones y envenenamientos, apartado 1 Fracturas de cráneo, códigos 803.0 al 804.9	
CODIGO	DESCRIP
804.00	FRACT CERRAD MULT CRAN Y OSEA-SIN LES INTRACRAN-CONOCIM NEOM
804.01	FRACT CERRAD MULT CRAN Y OSEA-SIN LES INTRACRAN-SIN COMA
804.02	FRACT CERRAD MULT CRAN Y OSEA-SIN LES INTRACRAN-COMA BREVE
804.03	FRACT CERRAD MULT CRAN Y OSEA-SIN LES INTRACRAN-COMA MODERAD
804.04	FRACT CERRAD MULT CRAN Y OSEA-SIN LES INTRACRAN-COMA PROLONG
804.05	FRACT CERRAD MULT CRAN Y OSEA-SIN LES INTRACRAN-COMA PROFUND
804.06	FRACT CERRAD MULT CRAN Y OSEA-SIN LES INTRACRAN-COMA NEOM
804.09	FRACT CERRAD MULT CRAN Y OSEA-SIN LES INTRACRAN-CONMOC NEOM
804.10	FRACT CERR MULT CRAN Y OSEA-LACER/CONTUS CEREBR-CONOCIM NEOM

Capítulo XVII Lesiones y envenenamientos, apartado 1 Fracturas de cráneo, códigos 803.0 al 804.9	
CODIGO	DESCRIP
804.11	FRACT CERR MULT CRAN Y OSEA-LACER/CONTUS CEREBR-SIN COMA
804.12	FRACT CERR MULT CRAN Y OSEA-LACER/CONTUS CEREBR-COMA BREVE
804.13	FRACT CERR MULT CRAN Y OSEA-LACER/CONTUS CEREBR-COMA MODERAD
804.14	FRACT CERR MULT CRAN Y OSEA-LACER/CONTUS CEREBR-COMA PROLONG
804.15	FRACT CERR MULT CRAN Y OSEA-LACER/CONTUS CEREBR-COMA PROFUND
804.16	FRACT CERR MULT CRAN Y OSEA-LACER/CONTUS CEREBR-COMA NEOM
804.19	FRACT CERR MULT CRAN Y OSEA-LACER/CONTUS CEREBR-CONMOC NEOM
804.20	FRACT CERR MULT CRAN Y OSEA/HEMORRAGIA MENINGE-CONOCIM NEOM
804.21	FRACT CERR MULT CRAN Y OSEA/HEMORRAGIA MENINGE-SIN COMA
804.22	FRACT CERR MULT CRAN Y OSEA/HEMORRAGIA MENINGE-COMA BREVE
804.23	FRACT CERR MULT CRAN Y OSEA/HEMORRAGIA MENINGE-COMA MODERADO
804.24	FRACT CERR MULT CRAN Y OSEA/HEMORRAGIA MENINGE-COMA PROLONG
804.25	FRACT CERR MULT CRAN Y OSEA/HEMORRAGIA MENINGE-COMA PROFUNDO
804.26	FRACT CERR MULT CRAN Y OSEA/HEMORRAGIA MENINGE-COMA NEOM
804.29	FRACT CERR MULT CRAN Y OSEA/HEMORRAGIA MENINGE-CONMOCIO NEOM
804.30	FRAC CER MUL CRAN Y OSEA/OTR HEMOR INTRACRAN NEOM-CONOC NEOM
804.31	FRAC CER MUL CRAN Y OSEA/OTR HEMOR INTRACRAN NEOM-SIN COMA
804.32	FRAC CER MUL CRAN Y OSEA/OTR HEMOR INTRACRAN NEOM-COMA BREVE
804.33	FRAC CER MUL CRAN Y OSEA/OTR HEMOR INTRACRAN NEOM-COMA MODER
804.34	FRAC CER MUL CRAN Y OSEA/OTR HEMOR INTRACRAN NEOM-COMA PROL
804.35	FRAC CER MUL CRAN Y OSEA/OTR HEMOR INTRACRAN NEOM-COMA PROFU
804.36	FRAC CER MUL CRAN Y OSEA/OTR HEMOR INTRACRAN NEOM-COMA NEOM
804.39	FRAC CER MUL CRAN Y OSEA/OTR HEMOR INTRACRAN NEOM-CONMO NEOM
804.40	FRAC CERR MUL CRAN Y OSEA-OTRA LES INTRACRAN NEOM-CONOC NEOM
804.41	FRAC CERR MUL CRAN Y OSEA-OTRA LES INTRACRAN NEOM-SIN COMA
804.42	FRAC CERR MUL CRAN Y OSEA-OTRA LES INTRACRAN NEOM-COMA BREVE
804.43	FRAC CERR MUL CRAN Y OSEA-OTRA LES INTRACRAN NEOM-COMA MODER
804.44	FRAC CERR MUL CRAN Y OSEA-OTRA LES INTRACRAN NEOM-COMA PROL
804.45	FRAC CERR MUL CRAN Y OSEA-OTRA LES INTRACRAN NEOM-COMA PROFU
804.46	FRAC CERR MUL CRAN Y OSEA-OTRA LES INTRACRAN NEOM-COMA NEOM
804.49	FRAC CERR MUL CRAN Y OSEA-OTRA LES INTRACRAN NEOM.CONMO NEOM
804.50	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-SIN LESION INTRACRAN-CONOC NEOM
804.51	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-SIN LESION INTRACRAN-SIN COMA
804.52	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-SIN LESION INTRACRAN-COMA BREVE
804.53	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-SIN LESION INTRACRAN-COMA MODER
804.54	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-SIN LESION INTRACRAN-COMA PROL
804.55	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-SIN LESION INTRACRAN-COMA PROFU
804.56	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-SIN LESION INTRACRAN-COMA NEOM
804.59	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-SIN LESION INTRACRAN-CONMO NEOM
804.60	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-LACER/CONTUS CEREBR-CONOC NEOM
804.61	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-LACER/CONTUS CEREBR-SIN COMA
804.62	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-LACER/CONTUS CEREBR-COMA BREVE
804.63	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-LACER/CONTUS CEREBR-COMA MODERA
804.64	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-LACER/CONTUS CEREBR-COMA PROLON

Capítulo XVII Lesiones y envenenamientos, apartado 1 Fracturas de cráneo, códigos 803.0 al 804.9	
CODIGO	DESCRIP
804.65	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-LACER/CONTUS CEREBR-COMA PROFUN
804.66	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-LACER/CONTUS CEREBR-COMA NEOM
804.69	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-LACER/CONTUS CEREBR-CONMOC NEOM
804.70	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-HEMORRAGIA MENINGE-CONOCIM NEOM
804.71	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-HEMORRAGIA MENINGE-SIN COMA
804.72	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-HEMORRAGIA MENINGE-COMA BREVE
804.73	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-HEMORRAGIA MENINGE-COMA MODERAD
804.74	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-HEMORRAGIA MENINGE-COMA PROLONG
804.75	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-HEMORRAGIA MENINGE-COMA PROFUND
804.76	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-HEMORRAGIA MENINGE-COMA NEOM
804.79	FRACT ABIER MULT CRAN Y OSEA-HEMORRAGIA MENINGE-CONMOC NEOM
804.80	FRAC ABIE MUL CRAN Y OSEA-OTR HEM INTRACRAN ESPEC-CONOC NEOM
804.81	FRAC ABIE MUL CRAN Y OSEA-OTR HEM INTRACRAN ESPEC-SIN COMA
804.82	FRAC ABIE MUL CRAN Y OSEA-OTR HEM INTRACRAN ESPEC-COMA BREVE
804.83	FRAC ABIE MUL CRAN Y OSEA-OTR HEM INTRACRAN ESPEC-COMA MODER
804.84	FRAC ABIE MUL CRAN Y OSEA-OTR HEM INTRACRAN ESPEC-COMA PROL
804.85	FRAC ABIE MUL CRAN Y OSEA-OTR HEM INTRACRAN ESPEC-COMA PROFU
804.86	FRAC ABIE MUL CRAN Y OSEA-OTR HEM INTRACRAN ESPEC-COMA NEOM
804.89	FRAC ABIE MUL CRAN Y OSEA-OTR HEM INTRACRAN ESPEC-CONMO NEOM
804.90	FRAC ABIER MUL CRAN Y OSEA-OTRA LES INTRACRA NEOM-CONOC NEOM
804.91	FRAC ABIER MUL CRAN Y OSEA-OTRA LES INTRACRA NEOM-SIN COMA
804.92	FRAC ABIER MUL CRAN Y OSEA-OTRA LES INTRACRA NEOM-COMA BREVE
804.93	FRAC ABIER MUL CRAN Y OSEA-OTRA LES INTRACRA NEOM-COMA MODER
804.94	FRAC ABIER MUL CRAN Y OSEA-OTRA LES INTRACRA NEOM-COMA PROL
804.95	FRAC ABIER MUL CRAN Y OSEA-OTRA LES INTRACRA NEOM-COMA PROFU
804.96	FRAC ABIER MUL CRAN Y OSEA-OTRA LES INTRACRA NEOM-COMA NEOM
804.99	FRAC ABIER MUL CRAN Y OSEA-OTRA LES INTRACRA NEOM-CONMO NEOM

**Los códigos subrayados en amarillo han sido considerados como códigos con probabilidad de secuela

C) Códigos del 850.0 al 854.19

Capítulo XVII Lesiones y envenenamientos, 3 Lesiones intracraneales, códigos 850.0 al 854.19	
CODIGO	DESCRIP
850.0	CONTUSION SIN PERDIDA DE CONOCIMIENTO
850.1	CONTUSION CON PERDIDA DE CONOCIMIENTO BREVE (< 1 HORA)
850.2	CONTUSION CON COMA MODERADO (1-24 HORAS)
850.3	CONTUSION CON COMA PROLONGADO (> 24 H.) Y RECUPERAC COMPLETA
850.4	CONTUSION CON COMA PROFUNDO, SIN RECUPERACION
850.5	CONMOCION CON COMA DE DURACION NO ESPECIFICADA
850.9	CONMOCION CON CONTUSION NO ESPECIFICADA
851.00	CONTUS CORTEX CEREBR NO HERID INTRACRA ABIER-CONOCIMIEN NEOM

Capítulo XVII Lesiones y envenenamientos, 3 Lesiones intracraneales, códigos 850.0 al 854.19	
CODIGO	DESCRIP
851.01	CONTUS CORTEX CEREBR NO HERID INTRACRAN ABIER-SIN COMA
851.02	CONTUS CORTEX CEREBR NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA BREVE
851.03	CONTUS CORTEX CEREBR NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA MODERADO
851.04	CONTUS CORTEX CEREBR NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA PROLONGAD
851.05	CONTUS CORTEX CEREBR NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA PROFUNDO
851.06	CONTUS CORTEX CEREBR NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA NEOM
851.09	CONTUS CORTEX CEREBR NO HERID INTRACRAN ABIER-CONMOCION NEOM
851.10	CONTUS CORTEX CEREBRAL/HERIDA ABIERTA-CONOCIMIENTO NEOM
851.11	CONTUS CORTEX CEREBRAL/HERIDA ABIERTA-SIN COMA
851.12	CONTUS CORTEX CEREBRAL/HERIDA ABIERTA-COMA BREVE (< 1 HORA)
851.13	CONTUS CORTEX CEREBRAL/HERIDA ABIERTA-COMA MODERADO (1-24 H.
851.14	CONTUS CORTEX CEREBRAL/HERIDA ABIERTA-COMA PROLONGADO(> 24 H
851.15	CONTUS CORTEX CEREBRAL/HERIDA ABIERTA-COMA PROFUNDO
851.16	CONTUS CORTEX CEREBRAL/HERIDA ABIERTA-COMA NO ESPECIFICADO
851.19	CONTUS CORTEX CEREBRAL/HERIDA ABIERTA-CONMOCION NEOM
851.20	LACERAC CORTEX CEREBR/NO HERID INTRACRAN ABIER-CONOCIM NEOM
851.21	LACERAC CORTEX CEREBR/NO HERID INTRACRAN ABIER-SIN COMA
851.22	LACERAC CORTEX CEREBR/NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA BREVE
851.23	LACERAC CORTEX CEREBR/NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA MODERADO
851.24	LACERAC CORTEX CEREBR/NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA PROLONG
851.25	LACERAC CORTEX CEREBR/NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA PROFUNDO
851.26	LACERAC CORTEX CEREBR/NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA NEOM
851.29	LACERAC CORTEX CEREBR/NO HERID INTRACRAN ABIER-CONMOCIO NEOM
851.30	LACERAC CORTEX CEREBRAL/HERIDA INTRACRAN ABIER-CONOCIM NEOM
851.31	LACERAC CORTEX CEREBRAL/HERIDA INTRACRAN ABIER-SIN COMA
851.32	LACERAC CORTEX CEREBRAL/HERIDA INTRACRAN ABIER-COMA BREVE
851.33	LACERAC CORTEX CEREBRAL/HERIDA INTRACRAN ABIER-COMA MODERADO
851.34	LACERAC CORTEX CEREBRAL/HERIDA INTRACRAN ABIER-COMA PROLONG
851.35	LACERAC CORTEX CEREBRAL/HERIDA INTRACRAN ABIER-COMA PROFUNDO
851.36	LACERAC CORTEX CEREBRAL/HERIDA INTRACRAN ABIER-COMA NEOM
851.39	LACERAC CORTEX CEREBRAL/HERIDA INTRACRAN ABIER-CONMOCIO NEOM
851.40	CONTUS CEREBELO/PEDUNCULO-NO HERID INTRACRA ABIER-CONOC NEOM
851.41	CONTUS CEREBELO/PEDUNCULO-NO HERID INTRACRA ABIER-SIN COMA
851.42	CONTUS CEREBELO/PEDUNCUL-NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA BREVE
851.43	CONTUS CEREBELO/PEDUNCUL-NO HERID INTRACRA ABIER-COMA MODERA
851.44	CONTUS CEREBELO/PEDUNCUL-NO HERID INTRACRA ABIER-COMA PROLON
851.45	CONTUS CEREBEL/PEDUNCUL-NO HERID INTRACRA ABIER-COMA PROFUND
851.46	CONTUS CEREBELO/PEDUNCULO-NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA NEOM
851.49	CONTUS CEREBEL/PEDUNCUL-NO HERID INTRACRAN ABIER-CONMOC NEOM
851.50	CONTUS CEREBEL/PEDUNCULO-HERID INTRACRAN ABIERT-CONOCIM NEOM
851.51	CONTUS CEREBEL/PEDUNCULO-HERID INTRACRAN ABIERT-SIN COMA
851.52	CONTUS CEREBEL/PEDUNCULO-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA BREVE
851.53	CONTUS CEREBEL/PEDUNCULO-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA MODERAD
851.54	CONTUS CEREBEL/PEDUNCULO-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA PROLONG
851.55	CONTUS CEREBEL/PEDUNCULO-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA PROFUND

Capítulo XVII Lesiones y envenenamientos, 3 Lesiones intracraneales, códigos 850.0 al 854.19	
CODIGO	DESCRIP
851.56	CONTUS CEREBEL/PEDUNCULO-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA NEOM
851.59	CONTUS CEREBEL/PEDUNCULO-HERID INTRACRAN ABIERT-CONMOC NEOM
851.60	LACERAC CEREBEL/PEDUNCULO-NO HERID INTRACRA ABIER-CONOC NEOM
851.61	LACERAC CEREBEL/PEDUNCULO-NO HERID INTRACRA ABIER-SIN COMA
851.62	LACERAC CEREBEL/PEDUNCULO-NO HERID INTRACRA ABIER-COMA BREVE
851.63	LACERA CEREBEL/PEDUNCULO-NO HERID INTRACRA ABIER-COMA MODERA
851.64	LACERA CEREBEL/PEDUNCULO-NO HERID INTRACRA ABIER-COMA PROLON
851.65	LACERA CEREBEL/PEDUNCULO-NO HERID INTRACRA ABIER-COMA PROFUN
851.66	LACERAC CEREBEL/PEDUNCULO-NO HERID INTRACRA ABIER-COMA NEOM
851.69	LACERAC CEREBEL/PEDUNCUL-NO HERID INTRACRA ABIER-CONMOC NEOM
851.70	LACERAC CEREBELO/PEDUNCUL-HERID INTRACRAN ABIERT-CONOCI NEOM
851.71	LACERAC CEREBELO/PEDUNCUL-HERID INTRACRAN ABIERT-SIN COMA
851.72	LACERAC CEREBELO/PEDUNCUL-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA BREVE
851.73	LACERAC CEREBELO/PEDUNCUL-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA MODERA
851.74	LACERAC CEREBELO/PEDUNCUL-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA PROLON
851.75	LACERAC CEREBELO/PEDUNCUL-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA PROFUN
851.76	LACERAC CEREBELO/PEDUNCUL-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA NEOM
851.79	LACERAC CEREBELO/PEDUNCUL-HERID INTRACRAN ABIERT-CONMOC NOEM
851.80	OTR/NEOM LACERAC/CONTUS CEREBR-NO HERID INTR ABIE-CONOC NEOM
851.81	OTR/NEOM LACERA/CONTUS CEREBR-NO HERID INTRACR ABIE-SIN COMA
851.82	OTR/NEOM LACERA/CONTUS CEREBR-NO HERID INTRACR ABI-COMA BREV
851.83	OTR/NEOM LACERA/CONTUS CEREBR-NO HERID INTRACR AB-COMA MODER
851.84	OTR/NEOM LACER/CONTUS CEREBR-NO HERID INTRACR ABIE-COMA PROL
851.85	OTR/NEOM LACER/CONTUS CEREBR-NO HER INTRACR ABI-COMA PROFUND
851.86	OTR/NEOM LACER/CONTUS CEREBR-NO HERID INTRACR ABIE-COMA NEOM
851.89	OTR/NEOM LACER/CONTUS CEREBR-NO HERID INTR ABIE-CONMOCI NEOM
851.90	OTR/NEOM LACER/CONTUS CEREBR-HERID INTRACR ABIER-CONOCI NEOM
851.91	OTR/NEOM LACER/CONTUS CEREBR-HERID INTRACR ABIER-SIN COMA
851.92	OTR/NEOM LACER/CONTUS CEREBR-HERID INTRACR ABIER-COMA BREVE
851.93	OTR/NEOM LACER/CONTUS CEREBR-HER INTRACR ABIER-COMA MODERADO
851.94	OTR/NEOM LACER/CONTUS CEREBR-HER INTRACR ABIER-COMA PROLONGA
851.95	OTR/NEOM LACER/CONTUS CEREBR-HER INTRACR ABIER-COMA PROFUNDO
851.96	OTR/NEOM LACER/CONTUS CEREBR-HERID INTRACRAN ABIER-COMA NEOM
851.99	OTR/NEOM LACER/CONTUS CEREBR-HER INTRACR ABIER-CONMOCIO NEOM
852.00	HEMOR SUBARACNOID TRAUMAT-NO HERID INTRACR ABIERT-CONOC NEOM
852.01	HEMOR SUBARACNOID TRAUMAT-NO HERID INTRACR ABIERT-SIN COMA
852.02	HEMOR SUBARACNOID TRAUMAT-NO HERID INTRACR ABIERT-COMA BREVE
852.03	HEMOR SUBARACNOID TRAUMAT-NO HERID INTRACR ABIER-COMA MODERA
852.04	HEMOR SUBARACNOID TRAUMAT-NO HERID INTRACR ABIE-COMA PROLONG
852.05	HEMOR SUBARACNOID TRAUMAT-NO HERID INTRACR ABIE-COMA PROFUND
852.06	HEMOR SUBARACNOID TRAUMAT-NO HERID INTRACR ABIER-COMA NEOM
852.09	HEMOR SUBARACNOID TRAUMAT-NO HERID INTRACR ABIE-CONMOC NEOM
852.10	HEMOR SUBARACNOID TRAUMAT-HERID INTRACRAN ABIERT-CONOC NEOM
852.11	HEMOR SUBARACNOID TRAUMAT-HERID INTRACRAN ABIERT-SIN COMA
852.12	HEMOR SUBARACNOID TRAUMAT-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA BREVE

Capítulo XVII Lesiones y envenenamientos, 3 Lesiones intracraneales, códigos 850.0 al 854.19	
CODIGO	DESCRIP
852.13	HEMOR SUBARACNOID TRAUMAT-HERID INTRACRAN ABIER-COMA MODERAD
852.14	HEMOR SUBARACNOID TRAUMAT-HERID INTRACRAN ABIER-COMA PROLONG
852.15	HEMOR SUBARACNOID TRAUMAT-HERID INTRACRAN ABIER-COMA PROFUND
852.16	HEMOR SUBARACNOID TRAUMAT-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA NEOM
852.19	HEMOR SUBARACNOID TRAUMAT-HERID INTRACRAN ABIER-CONMOC NEOM
852.20	HEMOR SUBDURAL TRAUMAT-NO HERID INTRACRAN ABIER-CONOCIM NEOM
852.21	HEMOR SUBDURAL TRAUMAT-NO HERID INTRACRAN ABIER-SIN COMA
852.22	HEMOR SUBDURAL TRAUMAT-NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA BREVE
852.23	HEMOR SUBDURAL TRAUMAT-NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA MODERAD
852.24	HEMOR SUBDURAL TRAUMAT-NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA PROLONG
852.25	HEMOR SUBDURAL TRAUMAT-NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA PROFUND
852.26	HEMOR SUBDURAL TRAUMAT-NO HERID INTRACRAN ABIER-COMA NEOM
852.29	HEMOR SUBDURAL TRAUMAT-NO HERID INTRACRAN ABIER-CONMOC NEOM
852.30	HEMOR SUBDURAL TRAUMAT-HERID INTRACRAN ABIERT-CONOCIM NEOM
852.31	HEMOR SUBDURAL TRAUMAT-HERID INTRACRAN ABIERT-SIN COMA
852.32	HEMOR SUBDURAL TRAUMAT-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA BREVE
852.33	HEMOR SUBDURAL TRAUMAT-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA MODERADO
852.34	HEMOR SUBDURAL TRAUMAT-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA PROLANGAD
852.35	HEMOR SUBDURAL TRAUMAT-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA PROFUNDO
852.36	HEMOR SUBDURAL TRAUMAT-HERID INTRACRAN ABIERT-COMA NEOM
852.39	HEMOR SUBDURAL TRAUMAT-HERID INTRACRAN ABIERT-CONMOCION NEOM
852.40	HEMOR EXTRADURAL TRAUMAT-NO HERID INTRACRA ABIER-CONOC NEOM
852.41	HEMOR EXTRADURAL TRAUMAT-NO HERID INTRACRA ABIER-SIN COMA
852.42	HEMOR EXTRADURAL TRAUMAT-NO HERID INTRACRA ABIER-COMA BREVE
852.43	HEMOR EXTRADURAL TRAUMAT-NO HERID INTRACRA ABIER-COMA MODERA
852.44	HEMOR EXTRADURAL TRAUMAT-NO HERID INTRACRA ABIER-COMA PROLON
852.45	HEMOR EXTRADURAL TRAUMAT-NO HERID INTRACRA ABIER-COMA PROFUN
852.46	HEMOR EXTRADURAL TRAUMAT-NO HERID INTRACRA ABIER-COMA NEOM
852.49	HEMOR EXTRADURAL TRAUMAT-NO HERID INTRACRA ABIER-CONMOC NEOM
852.50	HEMOR EXTRADURAL TRAUMAT-HERID INTRACRA ABIERT-CONOCIM NEOM
852.51	HEMOR EXTRADURAL TRAUMAT-HERID INTRACRA ABIERT-SIN COMA
852.52	HEMOR EXTRADURAL TRAUMAT-HERID INTRACRA ABIERT-COMA BREVE
852.53	HEMOR EXTRADURAL TRAUMAT-HERID INTRACRA ABIERT-COMA MODERADO
852.54	HEMOR EXTRADURAL TRAUMAT-HERID INTRACRA ABIERT-COMA PROLONGA
852.55	HEMOR EXTRADURAL TRAUMAT-HERID INTRACRA ABIERT-COMA PROFUNDO
852.56	HEMOR EXTRADURAL TRAUMAT-HERID INTRACRA ABIERT-COMA NEOM
852.59	HEMOR EXTRADURAL TRAUMAT-HERID INTRACRA ABIERT-CONMOCIO NEOM
853.00	OTR/NEOM HEM INTRACRA TRAUMAT-NO HER INTRACR ABIE-CONOC NEOM
853.01	OTR/NEOM HEM INTRACRA TRAUMAT-NO HER INTRACR ABIER-SIN COMA
853.02	OTR/NEOM HEM INTRACRA TRAUMAT-NO HER INTRACR ABIER-COMA BREV
853.03	OTR/NEOM HEM INTRACRA TRAUMAT-NO HER INTRACR ABIE-COMA MODER
853.04	OTR/NEOM HEM INTRACRA TRAUMAT-NO HER INTRACR ABIE-COMA PROLO
853.05	OTR/NEOM HEM INTRACRA TRAUMAT-NO HER INTRACR ABIE-COMA PROFU
853.06	OTR/NEOM HEM INTRACRA TRAUMAT-NO HER INTRACR ABIER-COMA NEOM
853.09	OTR/NEOM HEM INTRACRA TRAUMAT-NO HER INTRACR ABI-CONMOC NEOM

Capítulo XVII Lesiones y envenenamientos, 3 Lesiones intracraneales, códigos 850.0 al 854.19	
CODIGO	DESCRIP
853.10	OTR/NEOM HEM INTRACRA TRAUMAT-HER INTRACR ABIER-CONOCIM NEOM
853.11	OTR/NEOM HEM INTRACRA TRAUMAT-HER INTRACR ABIER-SIN COMA
853.12	OTR/NEOM HEM INTRACRA TRAUMAT-HER INTRACR ABIER-COMA BREVE
853.13	OTR/NEOM HEM INTRACRA TRAUMAT-HER INTRACR ABIER-COMA MODERAD
853.14	OTR/NEOM HEM INTRACRA TRAUMAT-HER INTRACR ABIER-COMA PROLONG
853.15	OTR/NEOM HEM INTRACRA TRAUMAT-HER INTRACR ABIER-COMA PROFUND
853.16	OTR/NEOM HEM INTRACRA TRAUMAT-HER INTRACR ABIER-COMA NEOM
853.19	OTR/NEOM HEM INTRACRA TRAUMAT-HER INTRACR ABIER-CONMOCI NEOM
854.00	LES INTRACR OTR TIPO/NEOM-NO TRAUMAT INTRACR ABIE-CONOC NEOM
854.01	LES INTRACR OTR TIPO/NEOM-NO TRAUMAT INTRACR ABIER-SIN COMA
854.02	LES INTRACR OTR TIPO/NEOM-NO TRAUMAT INTRACR ABIER-COMA BREV
854.03	LES INTRACR OTR TIPO/NEOM-NO TRAUM INTRACR ABIE-COMA MODERAD
854.04	LES INTRACR OTR TIPO/NEOM-NO TRAUM INTRACR ABIER-COMA PROLON
854.05	LES INTRACR OTR TIPO/NEOM-NO TRAUM INTRACR ABIER-COMA PROFUN
854.06	LES INTRACR OTR TIPO/NEOM-NO TRAUM INTRACR ABIER-COMA NEOM
854.09	LES INTRACR OTR TIPO/NEOM-NO TRAUM INTRACR ABIER-CONMOC NEOM
854.10	LES INTRACR OTR TIPO/NEOM-TRAUMAT INTRACR ABIER-CONOCIM NEOM
854.11	LES INTRACR OTR TIPO/NEOM-TRAUMAT INTRACR ABIER-SIN COMA
854.12	LES INTRACR OTR TIPO/NEOM-TRAUMAT INTRACR ABIER-COMA BREVE
854.13	LES INTRACR OTR TIPO/NEOM-TRAUMAT INTRACR ABIER-COMA MODERAD
854.14	LES INTRACR OTR TIPO/NEOM-TRAUMAT INTRACR ABIER-COMA PROLONG
854.15	LES INTRACR OTR TIPO/NEOM-TRAUMAT INTRACR ABIER-COMA PROFUND
854.16	LES INTRACR OTR TIPO/NEOM-TRAUMAT INTRACR ABIER-COMA NEOM
854.19	LES INTRACR OTR TIPO/NEOM-TRAUMAT INTRACR ABIER-CONMOC NEOM

**Los códigos subrayados en amarillo han sido considerados como códigos con probabilidad de secuela

Índice de Tablas

Tabla 1.	Altas hospitalarias por ACV en España. 2010-2012.	17
Tabla 2.	Códigos CIE9 Enfermedad Cerebrovascular.....	18
Tabla 3.	Altas hospitalarias por ACV cps en España. 2010-2012.	19
Tabla 4.	Altas hospitalarias por ACV cps en España. 2010-2012. Según motivo del alta y grupo de edad.....	21
Tabla 5.	Altas hospitalarias por ACV cps en España. 2010-2012. Según régimen de financiación.....	21
Tabla 6.	Altas hospitalarias por ACV cps en España. 2010-2012. Según Comunidad Autónoma de Residencia.....	22
Tabla 7.	Altas hospitalarias por TCE en España 2010-2012.	23
Tabla 8.	Altas hospitalarias por TCE cps en España 2010-2012.....	24
Tabla 9.	Altas hospitalarias por TCE cps en España 2010-2012. Según edad y motivo de alta.	27
Tabla 10.	Altas hospitalarias por TCE cps en España 2010-2012. Según régimen de financiación.....	27
Tabla 11.	Altas hospitalarias por TCE cps en España 2010-2012. Según Comunidad Autónoma de Residencia.....	28
Tabla 12.	Altas hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012.....	29
Tabla 13.	Altas hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012. Según edad y motivo de Alta.....	32
Tabla 14.	Altas hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012. Según régimen de financiación.....	32
Tabla 15.	Personas con DCA que han acudido a los servicios de valoración de discapacidad por Comunidad Autónoma de residencia. Total personas.	35
Tabla 16.	Personas con DCA que han acudido a los servicios de valoración de discapacidad por Grupo de Edad. Total personas.....	36
Tabla 17.	Personas con DCA que han acudido a los servicios de valoración de discapacidad con 33% o más, por CCAA. Total personas.....	40
Tabla 18.	Personas con Daño Cerebral Adquirido en España según la EDAD. 2008.	41
Tabla 19.	Personas con Daño Cerebral Adquirido. España 2008. Total casos y porcentaje.....	42

Tabla 20.	Personas con Daño Cerebral Adquirido según Comunidad Autónoma de Residencia. España, 2008. Total casos.....	43
Tabla 21.	Personas con Daño Cerebral Adquirido según Comunidad Autónoma de Residencia. España, 2008. Tasa por mil habitantes.....	44
Tabla 22.	Altas hospitalarias por DCA en España 2010-2012 según etiología.....	45
Tabla 23.	Altas hospitalarias por DCA en España 2010-2012 según el motivo del alta.....	45
Tabla 24.	Personas con Daño Cerebral Adquirido en España según la EDAD. 2008.	49
Tabla 25.	Personas con Daño Cerebral Adquirido en España según la EDAD. 2008.	50
Tabla 26.	Personas con Daño Cerebral Adquirido afiliadas a FEDACE. Diciembre 2013.	50

Índice de Gráficos

Gráfico 1.	Altas hospitalarias por ACV cps en España. 2010-2012. Según sexo	19
Gráfico 2.	Altas hospitalarias por ACV cps en España. 2010-2012. Según edad y sexo.	20
Gráfico 3.	Altas hospitalarias por ACV cps en España. 2010-2012. Según motivo del alta	20
Gráfico 4.	Altas hospitalarias por ACV cps en España. 2010-2012. Según Comunidad Autónoma de Residencia.....	23
Gráfico 5.	Altas hospitalarias por TCE cps en España 2010-2012. Según sexo.....	25
Gráfico 6.	Altas hospitalarias por TCE cps en España 2010-2012. Según edad y sexo.	25
Gráfico 7.	Altas hospitalarias cps en España 2010-2012. Según el motivo de alta.	26
Gráfico 8.	Altas hospitalarias por TCE cps en España 2010-2012. Según Comunidad Autónoma de Residencia.....	29
Gráfico 9.	Altas hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012. Según sexo.....	30
Gráfico 10.	Altas hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012. Según edad y sexo.	30
Gráfico 11.	Altas hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012. Según motivo de Alta.....	31
Gráfico 12.	Altas hospitalarias por Anoxia en España 2010-2012. Según Comunidad Autónoma de Residencia.....	33
Gráfico 13.	Personas con DCA que han acudido a los servicios de valoración de discapacidad por Sexo. Porcentaje.....	35
Gráfico 14.	Personas con DCA que han obtenido certificado oficial de discapacidad. Pirámide de población. Total personas.	37
Gráfico 15.	Personas con DCA que han acudido a los servicios de valoración de discapacidad por % de discapacidad concedido. Total personas.....	37
Gráfico 16.	Personas con DCA que han acudido a los servicios de valoración de discapacidad por Diagnóstico recibido. Total personas	38
Gráfico 17.	Personas con DCA que han acudido a los servicios de valoración de discapacidad por origen del DCA. Total personas.	39
Gráfico 18.	Distribución por grupos de edad de la toda la población y de la población que ha obtenido una valoración de 33% o más de discapacidad. Porcentaje.	40
Gráfico 19.	Personas con Daño Cerebral Adquirido según enfermedad crónica diagnosticada. España 2008.	42
Gráfico 20.	Personas con Daño Cerebral Adquirido afiliadas a FEDACE según etiología. Diciembre 2013.	51