



G-062 - IMPACTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN LOS RESULTADOS DE CIRUGÍA NO CARDIACA PROGRAMADA. COMUNIDADES AUTÓNOMAS

B. Calvo¹, J. Elola², M. Méndez¹, E. Calvo¹, I. Burruezo¹, A. Calvo¹, R. Iguarán¹ y C. Fernández³

¹Medicina Interna, ³Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Fundación IMAS. Madrid.

Resumen

Objetivos: Investigar las posibles diferencias en mortalidad intrahospitalaria atribuible a insuficiencia cardiaca (IC) perioperatoria entre las comunidades autonómicas (CCAA) de nuestro país.

Material y métodos: Estudio transversal y retrospectivo realizado a partir del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos). Aunque se analizaron 1,634.381 procedimientos de las altas procedentes de los servicios de Traumatología, Cirugía General y Urología, sólo mostramos aquí los correspondientes a la reducción de fractura abierta o cerrada de fémur con implante de material. Se incluyeron todas las altas dadas desde 2007 a 2015 ambas inclusive. En todas se identificó el código de diagnóstico secundario para IC según la CIE. Se realizó un análisis descriptivo y bivalente entre los grupos de ingresos codificados con y sin IC. Se utilizó un nivel de significación $p < 0,05$ con el paquete estadístico STATA 13.

Resultados: Se hallan notables diferencias en resultados (mortalidad y estancia ajustadas a riesgo) entre Comunidades Autónomas. En la tabla se muestran los resultados para la fractura de fémur con IC (se muestran sólo aquellas que alcanzan significación estadística).

	Media	Desviación típica	Error típico	Mínimo	Máximo	p*
Aragón	25,7	5,5	0,5	19,0	45,2	<,05
Asturias	21,4	8,8	1,2	9,0	34,2	<,05
Baleares	19,9	5,3	0,6	12,7	32,4	<,05
Cantabria	19,1	2,8	0,6	16,1	22,6	<,05
Castilla y León	13,8	5,6	0,3	6,7	31,5	<,05
Castilla La Mancha	16,5	3,7	0,3	11,4	26,3	<,05
Extremadura	21,4	6,3	1,0	17,0	39,0	<,05
Galicia	16,4	4,4	0,4	9,7	27,4	<,05
Madrid	15,5	3,5	0,2	7,9	27,1	<,05
Murcia	18,2	6,6	0,7	13,9	44,3	<,05
Navarra	14,5	2,3	0,5	12,7	18,7	<,05

Conclusiones: Las causas de las desigualdades en mortalidad evidenciadas entre CCAA no son fáciles de establecer y están por estudiar. Factores estructurales, organizativos y que posiblemente tengan también que ver con diferencias en la codificación del CMBD, seguramente están detrás de estas diferencias tan llamativas.