



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

B. Calvo<sup>1</sup>, J. Elola<sup>2</sup>, M. Méndez<sup>1</sup>, E. Calvo<sup>1</sup>, I. Burruezo<sup>1</sup>, A. Calvo<sup>1</sup>, R. Iguarán<sup>1</sup> y C. Fernández<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Fundación 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.