



## IC-029 - MORTALIDAD EN INSUFICIENCIA CARDIACA, ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE EL NORTE Y SUR DE ESPAÑA?

R. Quirós López<sup>1</sup>, A. Escobar Martínez<sup>2</sup>, G. Navarro Rubio<sup>3</sup>, L. García Pérez<sup>4</sup>, E. Crespo González<sup>1</sup>, D. Fernández Bermúdez<sup>1</sup>, S. Domingo González<sup>1</sup>, M. Martín Escalante<sup>1</sup> y J. García Alegría en representación del Grupo de Trabajo REDISSEC

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). <sup>2</sup>Unidad de evaluación. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya). <sup>3</sup>Unidad de Epidemiología y Evaluación. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

<sup>4</sup>Servicio de Evaluación. Dirección del Servicio Canario de Salud. Las Palmas de Gran Canaria.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las diferencias en las características de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca (IC), tratamiento recibido, reingresos a 30 días y mortalidad al año en función de si viven en el País Vasco (PV) o Andalucía (A).

**Material y métodos:** Estudio de cohortes, prospectivo, multicéntrico, inclusión de pacientes con ingreso por IC entre 01/01/2009 y 31/12/2013. Según la zona de procedencia se crean dos grupos, País Vasco (PV) y Andalucía (A), analizando características demográficas, comorbilidad, tratamiento al alta, reingresos por IC a 30 días y mortalidad al año de seguimiento.

**Resultados:** 2179 pacientes ingresaron durante el periodo de estudio, 1.389 PV (63,7%) y 790 A (36,3%). Tomando como grupo de referencia los pacientes provenientes del PV, la edad fue mayor, 78,01 vs 76,4 años,  $p < 0,001$ . La proporción de mujeres fue menor, 46,3% vs 56,1%,  $p < 0,001$ , al igual que la comorbilidad medida por índice de Charlson, 2,18 vs 2,36,  $p < 0,001$ . La FEVI fue también menor, promedio 48,9% vs 54%. Los valores promedio de NtproBNP fueron mayores en el PV, 5.079 vs 3381,  $p < 0,001$ . No hubo diferencias en la natremia al ingreso ni en la prevalencia de fibrilación auricular (55,5% vs 54,1%,  $p = 0,53$ ). El tratamiento con  $\beta$ -bloqueantes fue menos frecuente, 49,2% vs 54,7%,  $p = 0,01$ , al igual que los IECAS-ARAI, 62,6% vs 75,7%,  $p < 0,001$ . Los ahorradores de potasio fueron más empleados en el PV, 31,1% vs 25,2%,  $p = 0,01$ . No hubo diferencias en la proporción de diuréticos ni en la prescripción de anticoagulación oral en pacientes en fibrilación auricular. No hubo diferencias en el porcentaje de reingresos, 13,1% vs 9,7%,  $p > 0,05$ . La mortalidad al año por cualquier causa fue menor en los pacientes del PV, 21% vs 28%, log rank = 0,001. En el análisis multivariante ajustado por edad y género, incluyendo las variables con significación estadística en el análisis univariante las variables relacionadas de forma significativa con la mortalidad fueron la edad (OR = 1,03), FEVI (OR = 0,99), índice de Charlson (OR = 1,06) y proceder del País Vasco (OR = 0,36) respecto a Andalucía.

**Discusión:** Existen en nuestro estudio ciertas diferencias en las características basales, FEVI y tratamiento recibido que pueden estar en relación con la variabilidad de los hospitales participantes (proporción de pacientes de M. Interna o Cardiología, disponer de unidades de IC, etc.). No obstante

a pesar de una mayor edad y elevada complejidad, los pacientes del PV tienen mejor supervivencia al año respecto a los andaluces. No se ha podido incluir en el análisis la inversión por paciente y año en cada comunidad autónoma, pero probablemente sea un factor a tener en cuenta debido a la importante diferencia entre ambas (País Vasco aproximadamente 1.500 euros/paciente, Andalucía 990 euros/paciente).

*Conclusiones:* La mortalidad por IC en nuestro estudio fue superior en Andalucía frente al País Vasco. Son necesarios estudios que analicen la equidad de la atención sanitaria y el verdadero impacto de la inversión económica por paciente en el pronóstico vital de la IC.