



4014-2. DIFERENCIAS ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LA MORTALIDAD HOSPITALARIA POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN MUJERES

Carolina Ortiz Cortes¹, José María Gámez Martínez², Clara Bonanad Lozano³, Lorenzo Fácila Rubio³, Leticia Fernández Frieria⁴, Antonia Sambola Ayala⁵, Raquel Campuzano Ruiz¹, Milagros Pedreira Pérez⁶, Ángel Cequier Fillat⁷, Náyade Prado⁸, Nicolás Rosillo Ramírez⁹, Pablo Pérez¹⁰, José Luis Bernal Sobrino⁸, Francisco Javier Elola Somoza⁸ y Luis Rodríguez Padial¹¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, Madrid, España, ²Servicio de Cardiología. Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears), España, ³Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ⁴Servicio de Cardiología (HM CIEC). Atrialclinic. HM Hospitales, Madrid, España, ⁵Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España, ⁶Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ⁷Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España, ⁸Fundación IMAS, Madrid, España, ⁹Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario 12 de Octubre. Fundación IMAS, Madrid, España, ¹⁰Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico Universitario San Carlos. Fundación IMAS, Madrid, España y ¹¹Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Toledo, SESCAM, Toledo, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es el proceso cardiológico que mayor carga asistencial genera para el sistema sanitario, con un promedio de más de 100.000 ingresos hospitalarios al año, de los que más del 50% corresponden a mujeres. El objeto de este estudio fue analizar las diferencias entre comunidades autónomas (CC. AA.) en la mortalidad en mujeres en los hospitales generales de agudos del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Métodos: Análisis del Conjunto Mínimo Básico de Datos del SNS de 2022. Se seleccionaron diagnósticos principales al alta por IC, identificando los códigos de IC en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 Edición con los criterios de inclusión de los Centers of Medicare & Medicaid Disease. Se excluyeron los episodios mujeres menores de 18 años de edad, episodios de 1 día o menos de hospitalización, portadores de dispositivo de asistencia ventricular mecánica de larga duración o trasplante cardiaco en el año previo y episodios con destino al alta desconocido. Se calcularon las *odds ratio* (OR) de mortalidad intrahospitalaria ajustada a riesgo entre CC. AA mediante un modelo de regresión logística, tomando la Comunidad de Andalucía como CA de referencia. Se excluyó del análisis a la Comunidad de Castilla-La Mancha al no disponer del CMBD del hospital de mayor complejidad de esa CA.

Resultados: Se hallaron notables diferencias en mortalidad bruta y ajustada a riesgo (OR) entre CC. AA. (tabla y figura); siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Mortalidad bruta y *odds ratio* para la mortalidad intrahospitalaria por insuficiencia cardiaca ajustada a riesgo

	TBM	OR	IC95%		p
Andalucía	16,3%	1,00			
Aragón	15,0%	0,73	0,63	0,84	0,001
Asturias (Principado de)	12,8%	0,59	0,50	0,68	0,001
Balears (Illes)	11,1%	0,60	0,48	0,76	0,001
Canarias	13,2%	0,81	0,68	0,96	0,015
Cantabria	11,8%	0,62	0,50	0,78	0,001
Castilla y León	14,3%	0,61	0,55	0,69	0,001
Cataluña	12,4%	0,56	0,51	0,62	0,001
Comunidad Valenciana	12,9%	0,78	0,70	0,86	0,001
Extremadura	13,0%	0,70	0,60	0,81	0,001
Galicia	14,5%	0,74	0,66	0,82	0,001
Madrid (Comunidad de)	10,3%	0,40	0,36	0,44	0,001
Murcia (Región de)	11,1%	0,67	0,56	0,79	0,001
Navarra (Comunidad Foral de)	15,5%	0,79	0,60	1,05	0,103
País Vasco	11,6%	0,67	0,59	0,77	0,001
Rioja (La)	11,6%	0,59	0,44	0,80	0,001
Promedio (DE)	13,1 ± 1,7%				

DE: desviación estándar; IC95%: Intervalo de confianza (95%); OR: *odds ratio*; TBM: tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria.



Odds ratio *para la mortalidad intrahospitalaria por insuficiencia cardiaca ajustada a riesgo.*

Conclusiones: Existen importantes diferencias en la mortalidad hospitalaria por IC en mujeres entre CC. AA. Estas diferencias probablemente no se explican solo por la carga de morbilidad de las mujeres atendidas al haber ajustado por riesgo, siendo posiblemente atribuibles a variaciones en la práctica clínica y a determinantes sociales.