



481

Cita: Rev Esp Cardiol 2003;56(Sup 2), página: 89

Variabilidad según la riqueza regional en la práctica de angioplastias coronarias para el manejo de la enfermedad coronaria en España.

Pablo Lázaro y de Mercado, J. Ignacio Méndez, M. Dolores Aguilar,

TAISS. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud, Madrid.

Objetivo: Conocer si la distribución de la riqueza contribuye a explicar la utilización de la angioplastia coronaria (AC) entre las comunidades autónomas (CCAA).

Métodos: Ámbito: Datos nacionales (año 2001). VARIABLES: 1) demográficas: población y renta per cápita (RPC); 2) de carga de cardiopatía isquémica (CI): incidencia de infartos agudos (IAM) y prevalencia de angina inestable (AI) en mayores de 25 y menores de 75 años, ajustadas por las tasas de desplazamientos entre comunidades; 3) de uso de tecnología: número AC observadas y esperadas en función de la carga de enfermedad, e índices de disimilitud (ID). Análisis estadístico: 1) correlación bivariada y parcial; 2) ID para describir la presencia de desigualdades en función de la carga de enfermedad; 3) regresión lineal simple para la semidiferencia entre AC observadas y esperadas, con la RPC; y 4) regresión múltiple para el número de procedimientos por carga de enfermedad y RPC.

Resultados: En análisis bivariado no hay correlación entre RPC y número de AC, pero sí aparece cuando se controla por la prevalencia de AI ($\phi=0,646$; $p=0,001$). El ID para la incidencia de IAM, señala que se deberían redistribuir 3.829 AC (13%) entre las CCAA. Madrid destaca con un exceso de 4,2% sobre las AC esperadas y Cataluña con un defecto del 1%. Los ID para la prevalencia de AI son mayores, debiéndose redistribuir 6.988 AC (23%). Hay más exceso respecto a lo esperado en Madrid (4,3%) y hay menos AC de las esperadas en Andalucía (4,6%). El modelo de regresión lineal que incluye la prevalencia de AI y la RPC explica el 76% de la varianza del número de AC. Las diferencias entre AC observadas y esperadas para la prevalencia de AI según la RPC, presentan una R^2 de 0,30 ($\beta=0,114$; $Ic=(0,014-0,213)$; $p=0,028$).

Conclusiones: Existe asociación entre la riqueza económica y el uso de AC para la CI independientemente de la carga de enfermedad. La diferente distribución de la riqueza explica un 30% de la disimilitud geográfica detectada. La riqueza regional parece influir en el número de procedimientos una vez que se ajusta por población y carga de la enfermedad.