



## 6014-231. EN EL INFARTO DE MIOCARDIO, LA MUJER SUFRE UN MAYOR RETRASO EN LA REPERFUSIÓN A CAUSA DE UN MAYOR TIEMPO EN EL DIAGNÓSTICO Y LA TOMA DE DECISIONES

Clara Gunturiz-Beltrán, Ramón López-Palop, Pilar Carrillo-Sáez, Alberto Cordero-Fort, Araceli Frutos-García, Ricardo García Belenguer, María Juskova y Nina Alcántara-Orellana de la Unidad de Hemodinámica. Sección de Cardiología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Aunque existen estudios contradictorios, el sexo femenino se ha asociado a un mayor retraso en la realización del tratamiento de reperfusión. Este hecho se ha explicado por una mayor tardanza en acceder al sistema sanitario y una mayor dificultad en el diagnóstico. Los planes código infarto intentan extender la angioplastia primaria a todos los pacientes con indicación minimizando los retrasos. Analizamos el retraso en función del sexo en las distintas fases del proceso asistencial del infarto agudo de miocardio con indicación de reperfusión en una serie consecutiva de pacientes incluidos en un plan código infarto.

**Métodos:** Estudio observacional de una serie consecutiva de pacientes con indicación de angioplastia primaria incluida en un plan código infarto. Durante 4 años (2013-2016) se compararon, en función del sexo, los retrasos entre los distintos puntos de la cadena asistencial del infarto agudo de miocardio.

**Resultados:** Se incluyeron 1.114 pacientes, 267 mujeres (24%). Diferencias varón/mujer: edad > 80 años: 75 (8,9%)/75 (28%),  $p = 0,005$ . Edad media  $61 \pm 13/69 \pm 13$  años. Hipertensión arterial: 440 (51,9%)/166 (62%),  $p = 0,003$ . Diabetes: 188 (22%)/73 (27%)  $p = 0,84$ . Tabaquismo: 522 (62%)/91(34%),  $p = 0,005$ . Hiperlipemia: 307 (36%)/108 (40%),  $p = 0,215$ . Clase Killip > 1: 101(11,9%)/47(17,6%),  $p = 0,17$ . No se observaron diferencias en el resto de factores de riesgo, localización del infarto o activación desde urgencias extrahospitalarias. La mujer presentó un significativo mayor retraso desde el inicio de los síntomas a la apertura de la arteria y en el tiempo entre el primer contacto médico y la activación del código infarto (tabla). No se observaron diferencias significativas en el resto de retrasos. La asociación del mayor retraso asociado al sexo femenino se mantuvo tras ajustar por el resto de variables en un análisis multivariante.

Comparación de los distintos retrasos en la cadena asistencial del infarto tratado con angioplastia primaria en función del sexo (minutos)

|                                 | Varón     | Mujer     | p     |
|---------------------------------|-----------|-----------|-------|
| Inicio síntomas-primer contacto | 160 ± 192 | 194 ± 307 | 0,100 |

|                                  |           |           |       |
|----------------------------------|-----------|-----------|-------|
| Primer contacto-activación       | 56 ± 80   | 71 ± 91   | 0,010 |
| Activación-punción               | 69 ± 30   | 70 ± 35   | 0,792 |
| Punción-apertura de arteria      | 13 ± 11   | 15 ± 38   | 0,393 |
| Inicio síntomas-apertura arteria | 299 ± 317 | 349 ± 332 | 0,031 |

**Conclusiones:** A pesar de la existencia de protocolos de actuación, en un plan código infarto, las mujeres presentan un mayor retraso hasta la reperusión debido a un mayor retraso en el diagnóstico y activación del código.