



6045-636. EVOLUCIÓN DE LAS DIFERENCIAS DE GENERO EN EL TRATAMIENTO INICIAL DEL IAMEST EN UNA RED ASISTENCIAL

Miren Tellería Arrieta¹, Mario Sadaba Sagredo², José Jesús Artacheberria Zuazo¹, Gabriel Hernando Aguado², Koldo García San Román³, Abel Andrés Morist⁴, Alfonso Torres Bosco⁵, Jon Letona Aranburu⁶ y Pilar Vázquez Naveira⁷, del ¹Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa), ²Hospital de Galdakao, Vizcaya, ³Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya), ⁴Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya), ⁵Hospital Universitario Araba, Vitoria (Álava), ⁶Dirección de Asistencia Sanitaria Osakidetza y ⁷Emergentziak-Larrialdiak Osakidetza.

Resumen

Introducción y objetivos: Registros de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST) han observado diferencias de sexo, tanto en el porcentaje de pacientes a los que se aplica tratamiento de reperfusión, como en los criterios de calidad de reperfusión.

Métodos: Se registran de forma prospectiva todos los pacientes IAMEST que contactan con el sistema sanitario en 3 periodos de tiempo auditados: octubre 2012-abril 2013 (RB1), octubre 2014-abril 2015 (RB2) y octubre 2016-abril 2017 (RB3). Se realiza un análisis comparativo (SPSS 15.0) del acceso a tratamientos de reperfusión y calidad de la misma en relación al sexo durante los 3 periodos de tiempo.

Resultados: Se incluyeron 1.453 pacientes (RB1 510, RB2 461 y RB3 482), el porcentaje global de mujeres es 25,9% con una mediana de edad de 73 años en mujeres y 61 años en varones. El porcentaje global de mujeres no reperfundidas fue del 6,1 frente a 3,4% en varones ($p = 0,003$). A lo largo del tiempo este porcentaje disminuye en mujeres (RB1 7,1%, RB2 6,6% y RB3 4,7%) y también en varones (RB1 6%, RB2 2,8% y RB3 1,1%). La realización de ICP primaria mejora del 77% (RB1) al 91% (RB3) en mujeres y del 68% (RB1) al 94% (RB3) en varones. Aunque sigue habiendo diferencias en pacientes no reperfundidos en cuanto a sexo, estas no estadísticamente significativas cuando se ajustan por la edad. El tiempo síntomas-primer contacto médico (PCM), PCM-BALON y PCM- ECG (tabla) mejora a lo largo del tiempo tanto para varones como para mujeres, pero la diferencia de sexo se amortigua en el segundo y tercer periodo de tiempo, dejando de ser estadísticamente significativa. La mortalidad global fue del 13% en mujeres y 5,6% en varones ($p 0,001$), persistiendo significativa a lo largo de los 3 periodos (RB1 15,2 frente a 5,8% $p 0,002$, RB2 11,8 frente a 5,3% $p 0,01$ y RB3 14,8 frente a 5,7% $p 0,002$). Si ajustamos por edad esta diferencia es significativa solo en el RB3.

Tiempos	Mujeres	Varones	p
Tiempos RB1			
Síntomas-PCM (min)	107 (60-239)	77 (36-170)	$p = 0,002$

PCM-balón (min)	125 (86-167)	106 (82-140)	p = 0,01
PCM-ECG (min)	5,5 (4,25-11,75)	5 (3-9)	p = 0,008
Tiempos RB2			
Síntomas-PCM (min)	119 (49-186)	88 (37-204)	p = 0,3
PCM-balón (min)	100 (77-127)	89 (72-119)	p = 0,05
PCM-ECG (min)	6 (3-10)	5 (2-11)	p = 0,2
Tiempos RB3			
Síntomas-PCM (min)	72 (45-173)	72 (38-152)	p = 0,4
PCM-balón (min)	90 (73-127)	87 (70-110)	p = 0,25
PCM-ECG (min)	6 (3-11)	5 (2-11)	p = 0,21

Conclusiones: En la evolución de la red de infarto, los parámetros relacionados con la calidad asistencial en el IAMEST han mejorado globalmente en términos de porcentaje de pacientes reperfundidos, porcentaje de ICP primaria y tiempos de actuación. Las diferencias de sexo en cuanto al tiempo de síntomas-PCM, PCM-balón y PCM-ECG desaparecen a lo largo de la consolidación de la red de infarto, lo que supone un beneficio para la población general y en particular para las mujeres, inicialmente peor tratadas.