



6048-314. DIFERENCIAS ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LA MORTALIDAD HOSPITALARIA POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN MUJERES

Milagros Pedreira Pérez¹, Antonia Sambola Ayala², José María Gámez Martínez³, Clara Bonanad Lozano⁴, Lorenzo Fácila Rubio⁴, Leticia Fernández Frieria⁵, Luis Rodríguez Padial⁶, Ángel Cequier Fillat⁷, Náyade Prado⁸, Nicolás Rosillo Ramírez⁹, Pablo Pérez¹⁰, José Luis Bernal Sobrino⁸, Cristina Fernández Pérez¹¹, Francisco Javier Elola Somoza⁸ y Carolina Ortiz Cortés¹²

¹Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España, ³Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca (Illes Balears), España, ⁴Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ⁵Servicio de Cardiología (HM CIEC). Atriaclinic. HM Hospitales, Madrid, España, ⁶Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Toledo, SESCAM, Toledo, 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, ¹¹Servicio de Medicina Preventiva, Área Sanitaria de Santiago y Barbanza, Instituto de Investigaciones Sanitarias de Santiago. Fundación IMAS, Madrid, España y ¹²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST) genera cerca de 20.000 ingresos hospitalarios al año, de los que el 32% 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 IAMSEST (códigos: I21.4, Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Edición). Se excluyeron los episodios mujeres menores de 18 años de edad, episodios de 1 día o menos de duración y alta a domicilio 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 C.A. 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 entre CC. AA. (tabla y figura); reduciéndose estas cuando se ajustaban a riesgo (OR).

Mortalidad bruta y *odds ratio* para la mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST ajustada a riesgo

	TBM	OR	IC95%		p
Andalucía	9,5%	1,00			
Aragón	4,4%	0,41	0,13	1,30	0,130
Asturias (Principado de)	6,2%	0,59	0,30	1,13	0,111
Balears (Illes)	7,1%	0,58	0,29	1,17	0,130
Canarias	4,8%	0,53	0,25	1,14	0,106
Cantabria	6,1%	0,95	0,39	2,34	0,911
Castilla y León	7,8%	0,79	0,49	1,27	0,327
Cataluña	8,3%	0,60	0,41	0,87	0,007
Comunidad Valenciana	4,6%	0,53	0,34	0,84	0,007
Extremadura	9,9%	1,12	0,63	1,97	0,702
Galicia	8,8%	1,00	0,65	1,54	0,995
Madrid (Comunidad de)	6,3%	0,46	0,29	0,74	0,001
Murcia (Región de)	6,6%	0,83	0,41	1,67	0,609
Navarra (Comunidad Foral de)	3,4%	0,29	0,07	1,17	0,082
País Vasco	5,9%	0,92	0,48	1,77	0,813
Rioja (La)	9,8%	1,48	0,43	5,04	0,535
Promedio (DE)	7,5 ± 2%				

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



Odds ratio *para la mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST ajustada a riesgo.*

Conclusiones: Existen diferencias en la mortalidad hospitalaria bruta por IAMSEST en mujeres entre CC. AA. Una vez ajustado a riesgo, las diferencias con significación estadística probablemente son atribuibles a variaciones en la práctica clínica.