



6017-291. IMPLICACIONES PRONÓSTICAS DEL SEXO FEMENINO EN EL SCACEST

Juan P. Tormo Juárez, David Tejada Ponce, Marta Monteagudo Viana, Pascual Baello Monge, Ana M. Planas del Viejo, Begoña Muñoz Giner, Alexandre Sanchís Herrero y Alejandro Bellver Navarro del Hospital General, Castellón.

Resumen

Introducción y objetivos: Es sabido que el sexo femenino se asocia a un peor pronóstico en parte debido a un mayor retraso en el diagnóstico y el manejo dentro de la red asistencial del Código Infarto. Nos propusimos realizar un estudio comparativo entre sexos en nuestro medio analizando las características basales de ambos grupos, las diferencias de tiempos hasta la reperusión y la mortalidad a 30 días y al año.

Métodos: Se realizó un análisis estadístico retrospectivo de todos aquellos pacientes incluidos en la base de datos del Código Infarto desde su implantación a nivel regional (23 meses).

Resultados: De los 576 pacientes, el 24,5% eran mujeres (M). Las mujeres eran más mayores que los varones de forma significativa (M 68,6 años frente a H 62,6 años; $p < 0,01$). En cuanto a prevalencia de factores de riesgo, no hubo diferencias en HTA o DL pero sí que se evidenció una tendencia no significativa hacia una menor tasa de DM en la M (M 49,2 frente a H 64%). El tabaquismo activo fue menor en la M (55,2 frente a 70,3%; $p 0,029$). El porcentaje de falsos positivos tendía a ser mayor en la M (20 frente a 15,7%, no sig). No hubo diferencias en el modo de contacto, siendo extrahospitalario (SAMU) en la M en el 29,9 frente a 28% del H. Respecto al análisis de tiempos, el primer contacto médico era 20' mayor en la M (162' frente a 142', no sig). El retraso en el diagnóstico fue mayor en la M (85' frente a 75'; no sig) sin diferencias en el tiempo de transporte ni de procedimiento. Sin embargo, el tiempo de isquemia total fue mayor en la M de forma significativa (M 283'; frente a H 208'; $p 0,05$). En cuanto al acceso, la vía radial se utilizó en el 88,7% de las M (H 92,6% $p 0,09$). La estrategia farmacoinvasiva se utilizó menos en la M (20 frente a 31%; $p 0,007$). Hubo una tendencia no significativa hacia una mayor mortalidad a 30 días en la M (6,4 frente a 5,3%; no sig) que se acentuó al año sin llegar a la significación estadística (9 frente a 6,7%).

Conclusiones: En nuestra muestra, la mujer con SCACEST presenta una tendencia a mayor mortalidad a 30 días y a un año. Esto podría explicarse por factores intrínsecos a las pacientes en especial en relación con la edad que es el principal predictor de mortalidad, siendo las M significativamente mayores. Sin embargo, existen diferencias en el manejo dentro de la red asistencial (tiempo de isquemia total 60 min mayor en la M) que sin duda contribuyen a dibujar esta realidad y que constituyen factores modificables.