



6016-174. MENOR BENEFICIO EN MUJERES QUE EN VARONES CON UN SISTEMA DE RED DE INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN ESPAÑA: UN ESTUDIO DE 325.017 EPISODIOS DURANTE 11 AÑOS (2005-2015)

Antonia Sambola Ayala¹, Manuel Anguita Sánchez², Francisco Javier Elola Somoza³, José Luis Bernal Sobrino³, Cristina Fernández García³, Manuel Ferreiro Gutiérrez⁴, Héctor Bueno Zamora⁵, Francisco Marín Ortuño⁶, José Luis Bonilla², Julio Núñez Villota⁷, Marcelo Sanmartín Fernández⁸, Sergio Raposeiras Roubín⁹, Manuel Jiménez-Navarro¹⁰, David Filgueiras-Rama¹¹ y Martín Ruiz-Ortiz², del ¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, ³Fundación IMAS, Madrid, ⁴Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ⁶Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ⁷Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, ⁸Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ⁹Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Xeral-Cíes, Vigo (Pontevedra), ¹⁰Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga y ¹¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Pocos estudios han examinado si el abordaje clínico y el pronóstico difieren según el sexo cuando se aplica el sistema de red en el infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). **Objetivos:** evaluar si el sistema de red en IAMCEST incrementa la reperfusión y disminuye la mortalidad en ambos sexos por igual en España.

Métodos: Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo, a través del MBDS del Sistema Nacional de Salud, para identificar los pacientes de 35-94 años hospitalizados con el diagnóstico principal de IAMCEST durante 2005-2015. La tasa de mortalidad hospitalaria estandarizada por riesgo (RSMR, siglas en inglés), se definió como la relación entre la mortalidad prevista y la mortalidad esperada, multiplicada por la tasa bruta de mortalidad. La RSMR se calculó utilizando modelos de riesgo multinivel desarrollados por los servicios Medicare y Medicaid. Se utilizó RSMR para comparar resultados relacionados con el sexo, la presencia de redes IAMCEST regionales y la realización de intervencionismo coronario percutáneo (ICP). Las tendencias temporales de la mortalidad hospitalaria se evaluaron mediante el análisis de regresión de Poisson.

Resultados: Se identificaron un total de 325.017 IAMCEST. De ellos, 273.182 fueron seleccionados después de las exclusiones y 106.277 (38,8%) eran mujeres. Las mujeres tenían un promedio de 10 años más que los varones y más comorbilidades. El ICP aumentó cuando existía una red regional de IAMCEST, pero las mujeres tuvieron menos probabilidades de ser tratadas con ICP: (63,7 frente a 48,2% en varones; 47,4 frente a 32,9% en mujeres; p 0,001) (figura). La tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria durante 2005-2015 fue mayor en mujeres (9,3 frente a 18,3%; OR ajustada: 1,18; IC95%: 1,14-1,22; p 0,001), y el riesgo se mantuvo durante todo el periodo del estudio (menor en 2014: OR: 1,14 y mayor en 2006 OR: 1,28). La RSMR fue menor en las mujeres atendidas por red IAMCEST (17,7 frente a 19,7%; p 0,001). La ICP y la presencia de red IAMCEST se asociaron con una menor mortalidad hospitalaria en mujeres (OR ajustado: 0,48; IC95% 0,41-0,52 y OR 0,84; IC95% 0,79-0,89, p 0,001, respectivamente).



Conclusiones: Las mujeres con IAMCEST tuvieron menos probabilidades de ser tratadas con ICP y una mayor mortalidad intrahospitalaria que los varones, a pesar de la existencia del sistema de red asistencial.