



6010-48. DIFERENCIAS ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LA FRECUENTACIÓN HOSPITALARIA POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST EN MUJERES

Leticia Fernández Frieria¹, Carolina Ortiz Cortés², Antonia Sambola Ayala³, Milagros Pedreira Pérez⁴, José María Gámez Martínez⁵, Clara Bonanad Lozano⁶, Lorenzo Fácila Rubio⁶, Luis Rodríguez Padial⁷, Raquel Campuzano Ruiz², Náyade Prado⁸, Nicolás Rosillo Ramírez⁹, Pablo Pérez¹⁰, José Luis Bernal Sobrino⁸, Francisco Javier Elola Somoza⁸ y Ángel Cequier Fillat¹¹

¹Servicio de Cardiología (HM CIEC). Atrialclinic. HM Hospitales, Madrid, España, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, Madrid, España, ³Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España, ⁴Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ⁵Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca (Illes Balears), España, ⁶Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ⁷Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Toledo, SESCAM, Toledo, España, ⁸Fundación IMAS, Madrid, España, ⁹Medicina Preventiva. Hospital Universitario 12 de Octubre. Fundación IMAS, Madrid, España, ¹⁰Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Fundación IMAS, Madrid, España y ¹¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) genera algo más de 23.000 ingresos hospitalarios al año, de los que el 27% corresponden a mujeres. El objeto de este estudio fue analizar las diferencias entre comunidades autónomas (CC. AA.) en el número de altas por IAMCEST por habitante (frecuentación) en mujeres en los hospitales generales de agudos del Sistema Nacional de Salud (SNS) español.

Métodos: Análisis del Conjunto Mínimo Básico de Datos del SNS de 2022. Se seleccionaron diagnósticos principales al alta por IAMCEST (códigos: I2101, I2102, I2109, I2111, I2119, I2121, I2129, I213, Clasificación Internacional de Enfermedades 10 Edición). Se excluyeron las mujeres de menos de 18 años; los episodios de 1 día o menos de hospitalización y episodios con destino al alta desconocido. Se ponderó la población de mujeres por edad, hallándose las tasas de frecuentación ajustadas en cada comunidad autónoma. Se tuvo que excluir del análisis a la Comunidad de Castilla-La Mancha al no disponer del CMBD del hospital de mayor complejidad de esa comunidad.

Resultados: La frecuentación hospitalaria promedio por IAMCEST en mujeres del SNS ajustada por edad fue de 288 ± 53 por millón de mujeres. Existen diferencias significativas entre las tasas de frecuentación por IAMCEST entre CC. AA (tabla y figura). Estas diferencias son, sin embargo, de menor magnitud que las que se observan en otros procesos como el IAMSEST o la IC.

Frecuentación (ingresos por cada millón de mujeres), ajustada por edad, por IAMCEST

	Población	N	Tasa ajustada	IC95%	
Andalucía	3.574.083	1,058	323	303	342
Aragón	562.031	145	232	194	270
Asturias (Principado de)	462.417	149	268	225	311
Balears (Illes)	515.891	107	235	190	280
Canarias	979.824	363	403	361	445
Cantabria	257.200	73	257	198	316
Castilla y León	1.042.280	383	307	276	338
Cataluña	3.275.331	923	286	268	304
Comunidad Valenciana	2.170.734	633	295	272	318
Extremadura	448.769	187	401	343	458
Galicia	1.213.684	349	245	219	271
Madrid (Comunidad de)	2.971.907	646	228	211	246
Murcia (Región de)	618.177	145	267	223	311
Navarra (Comunidad Foral de)	277.095	70	249	190	307
País Vasco	954.699	333	309	275	342
Rioja (La)	134.776	43	297	208	387
Promedio (DE)			288 ± 53		

DE: desviación estándar; IC95%:
intervalo de confianza (95%); N:
número de episodios.



Frecuentación (ingresos por cada millón de mujeres), ajustada por edad, por IAMCEST.

Conclusiones: Las diferencias en la frecuentación hospitalaria por IAMCEST en mujeres entre CC.AA. son estadísticamente significativas pero inferiores a las diferencias de otros procesos. La mayor homogeneidad en relación con otros procesos probablemente denota que se trata de un proceso bien delimitado con un manejo clínico más homogéneo probablemente debido a la generalizada implantación del código infarto en todo el SNS.