



4004-2. IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 SOBRE LA ATENCIÓN AL INFARTO EN ESPAÑA. RESULTADOS DEL REGISTRO ACI-SEC DE CÓDIGO INFARTO

Oriol Rodríguez Leor¹, Ana Belén Cid Álvarez², Armando Pérez de Prado³, Xavier Rosselló Lozano⁴, Soledad Ojeda Pineda⁵, Ana M. Serrador Frutos⁶, Ramón López Palop⁷, Javier Martín Moreiras⁸, José Ramón Rumoroso Cuevas⁹, Ángel Cequier Fillat¹⁰, Borja Ibañez⁴, Ignacio Cruz González⁸, Rafael Romaguera Torres¹⁰ y Raúl Moreno¹¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona). ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña). ³Complejo Asistencial Universitario de León. ⁴Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Madrid. ⁵Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁶Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ⁷Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁸Hospital Universitario de Salamanca. ⁹Hospital de Galdakao, Galdakao (Vizcaya). ¹⁰Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ¹¹Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios preliminares en nuestro país han sugerido que durante el brote de COVID-19 ha habido una disminución en el número de pacientes con infarto con elevación de ST (IAMEST) atendidos en las redes de código infarto. El objetivo de este estudio fue evaluar los cambios en el manejo de los pacientes con IAMEST durante el brote de COVID-19.

Métodos: Registro observacional, multicéntrico, retrospectivo, de ámbito nacional, en el que se incluyeron pacientes consecutivos con IAMEST atendidos en 75 centros de referencia de código infarto en España. Durante 30 días, se compararon las características del paciente, del procedimiento realizado y los resultados durante el ingreso hospitalario en 2 cohortes de pacientes: antes de COVID-19 (pacientes atendidos entre el 1 y el 30 de abril de 2019) y durante COVID-19 (pacientes atendidos entre el 16 de marzo y el 14 de abril de 2020).

Resultados: Durante COVID-19, la incidencia de asistencia a las redes de IAMEST disminuyó un 27,6% y el número de IAMEST confirmados disminuyó de 1.305 a 1.009 (22,7%). No hubo diferencias en la estrategia de reperfusión (> 94% tratados con angioplastia primaria en ambas cohortes). El tiempo de isquemia fue significativamente más largo durante COVID-19 (233 [150-375] vs 200 [140-332] minutos, $p < 0,001$) sin que hubiera diferencias en el tiempo entre el primer contacto médico y la reperfusión. La mortalidad hospitalaria fue mayor durante COVID-19 (7,5 vs 51%, OR no ajustado (IC95%) = 1,50 (1,07-2,11), $p < 0,001$). Esta asociación se mantuvo después de ajustar por factores de confusión (OR ajustado a riesgo (IC95%) = 1,88 (1,12-3,14), $p = 0,017$). En la cohorte de 2020 hubo una incidencia de infección por SARS-CoV2 durante la hospitalización del 6,3%.

Conclusiones: Durante el actual brote de COVID-19 se ha detectado una disminución en el número de pacientes con IAMEST que son atendidos en las redes de Código Infarto, junto con un incremento en el tiempo de isquemia y con un incremento significativo en la mortalidad hospitalaria. No se detectaron cambios en la estrategia de reperfusión, con angioplastia primaria en la gran mayoría de casos. La combinación de IAMEST e infección por SARS-CoV2 fue relativamente infrecuente.